

GESTIÓN DEL RIESGO EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO DESDE UNA VISIÓN ADMINISTRATIVA.

Trabajo de grado para optar por el título de Especialistas en Auditoría en Salud

Universidad Santo Tomás, Bogotá
División de Ciencias Económicas y Administrativas
Facultad de Economía
2017

GESTIÓN DEL RIESGO EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO DESDE UNA VISIÓN ADMINISTRATIVA.

Leidy Johanna Blanco Beltrán
Rafael Alfonso de la Hoz Castro
Diana Patricia Sierra Martínez

Trabajo de grado para optar por el título de Especialistas en Auditoría en Salud

Director
Alejandra Valenzuela Cazes
Fisioterapeuta
Magister en Salud Pública

Universidad Santo Tomás, Bogotá
División de Ciencias Económicas y Administrativas
Facultad de Economía
2017

Contenido

1. RESUMEN.....	4
2. INTRODUCCIÓN	5
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	7
4. JUSTIFICACIÓN	9
4.1 Objetivo General	10
4.2 Objetivos Específicos:.....	10
5. ELEMENTOS CONCEPTUALES.....	11
5.1 GLOSARIO DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.....	11
5.2 NORMATIVIDAD DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	13
5.2.1 Normatividad colombiana.....	13
5.2.2 Políticas de seguridad del paciente	15
5.3 ANTECEDENTES DE LA DIAGRAMACIÓN DEL RIESGO EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	16
5.3.1 Modelo de Reason.....	16
5.3.2 Diagrama de Ishikawa o de Espina de pescado	16
5.3.3 Método Causa - Raíz.....	16
5.3.4 Protocolo de Londres	16
5.3.5 Método Ancla.....	17
6. METODOLOGÍA	18
7. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.....	19
8. ETAPAS DE LA GESTIÓN DEL RIESGO.....	23
9. DISCUSIÓN	24
10. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	25
11. BIBLIOGRAFÍA.....	27
12. ANEXOS	28

1. RESUMEN

TITULO DEL TRABAJO: Gestión del riesgo en el ámbito hospitalario desde una visión administrativa.

Se desarrolla una investigación de tipo documental, donde a partir de la información obtenida se realiza la conformación de un marco teórico estructurado que soporta la propuesta de un diagrama de identificación y gestión del riesgo, mediante un método descriptivo, en el cual se logran identificar los principales factores causales de la aparición de un evento adverso, permitiendo así, lograr un mejor abordaje en acciones de mejora, toma de decisiones y favoreciendo la disminución de riesgos futuros por tanto aumentando la seguridad de los paciente en el ámbito hospitalario.

Palabras clave: seguridad del paciente, evento adverso, calidad, gestión clínica, gestión administrativa.

2. INTRODUCCIÓN

La seguridad del paciente a lo largo de los tiempos ha sido un tema de importante relevancia para todas las áreas de la salud y de los profesionales que están en contacto directo con los pacientes, ya que se ha podido identificar el riesgo hospitalario como uno de los factores de gran importancia en estadísticas de mortalidad intrahospitalaria.

Se ha podido identificar que a nivel mundial la mortalidad por situaciones de afección a la salud en el proceso de la atención alcanza hasta un 5 % de los pacientes hospitalizados, mientras que a nivel nacional se observa un 4.5% de la población lo cual nos muestra una gran problemática de salud pública, que se refleja en situaciones como prolongación de estancia, aumento de costos en salud y complicaciones en los sujetos de atención.

Es necesario recalcar que las diferentes organizaciones para la salud han colocado este tema como una prioridad, motivo por el cual se han desarrollado diferentes estrategias y áreas de conocimiento en pro del mismo que sin duda han colaborado con la disminución de las altas tasas de riesgos en salud, lo cual no implica que el tema esté totalmente resuelto, sino que surge la necesidad de nuevos estudios y dinámicas que día a día incrementen la seguridad en la atención.

Por lo tanto la cultura de seguridad del paciente es un lineamiento indispensable en la calidad de los servicios de salud, lo cual ha despertado gran interés tanto para entes territoriales, como para las aseguradoras y prestadores de servicios de salud pues son los principales responsables de brindar atención a los pacientes.

Cabe señalar que el objeto de la práctica en salud consiste en el acto del cuidado del paciente, el cual tiene una relación directa con la seguridad del mismo; el trabajo por la salud es en esencia la búsqueda continua de la calidad de vida de los pacientes, la cual se espera conseguir mediante la intervención de variables como los determinantes sociales en salud, los cuales se denominan como las circunstancias sociales, económicas y culturales en las que se desarrolla cada ser humano.

Dicho lo anterior se busca la intervención no solo en el proceso de enfermedad sino también en la salud, la cual se logra mediante la promoción de la misma y la prevención de la enfermedad con la instauración de hábitos de vida saludable, que

indudablemente contribuyen a la intervención en el riesgo en todos los ámbitos; por otro lado además de la intervención directa con el paciente se realiza a su vez con la familia y cuidadores, que al igual que el personal asistencial, son responsables de brindar cuidado, siendo los principales encargados, pues se encuentran con el paciente en todo momento, convirtiéndose en actores indispensables en la reducción y modificación de los riesgos a los cuales se pueda ver sometido el paciente.

Articulando todos los campos de acción de los profesionales en salud y teniendo como base que, al prestar el servicio, además del conocimiento fisiopatológico se debe tener en cuenta las políticas, lineamientos y procesos establecidos encaminado a brindar una atención integral basada en la calidad asistencial y administrativa que permita una identificación oportuna del riesgo.

Con el propósito de buscar nuevas estrategias de identificación de factores de riesgo en la atención en salud, se realiza una revisión bibliográfica y a partir del análisis de la información, se genera un modelo de diagramación de los procesos tanto asistenciales como administrativos involucrados en el mismo, con el fin de que este sea una herramienta de optimización de la gestión del riesgo hospitalario enfocado en la seguridad del paciente. (1)

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A pesar de que han pasado 15 años desde que el Instituto de Medicina de los Estados Unidos publicó el reporte “Errar es humano”, y debido a la alta prevalencia de eventos adversos que aún se reporta en la literatura mundial, la seguridad del paciente en la actualidad se ha convertido en una prioridad global. Este reporte escandalizó al mundo de la salud al calcular que, solo en los Estados Unidos de América, alrededor de 100.000 pacientes morían cada año, no como producto de sus enfermedades, sino como producto de errores en la atención médica.

Conviene subrayar que durante mucho tiempo se ha atribuido el error humano a la ocurrencia de eventos adversos, siendo el error humano tan sólo una parte del problema, sumado a esto están los procedimientos en salud establecidos, los efectos adversos de los medicamentos, el mal funcionamiento de los equipos médicos y las fallas en la producción y comercialización de medicamentos, además de las condiciones clínicas del paciente, de los trabajadores de la salud y su entorno, así como la complejidad propia de cada procedimiento clínico o quirúrgico.

En efecto cualquier escenario clínico donde hay un paciente se pueden presentar eventos adversos, accidentes, lesiones e incluso la muerte , como consecuencia en la falla de la atención, siendo estos indicadores significativos que evalúan la atención y la calidad de servicios que prestan las instituciones de salud; existen diferentes estudios e informes donde se demuestra que los eventos adversos son resultados negativos durante la asistencia a un paciente, Un ejemplo de esto es el informe dado por el instituto de medicina de los Estados Unidos, donde solo en el año 2000, se concluyó que entre 44.000 y 98.0000 pacientes, mueren al año en ese país como resultado de errores en la atención médica.

Dichas cifras situaron a la mortalidad por errores médicos por encima de las cifras arrojadas en mortalidad por enfermedades de alto costo.

A causa de esto las organizaciones reguladoras internacionales como la OMS, el centro de control y prevención de enfermedad (CDC), The Institute of Medicine y The Joint Commission de los Estados Unidos, han tenido la percepción que es necesario implementar prácticas seguras, dentro de un contexto de una política y de un programa de seguridad del paciente que lleven a reducir el creciente número de eventos adversos que se presentan en la atención en salud de un paciente.

Algo semejante sucede en nuestro país en donde se establece lineamientos por parte del Ministerio de Salud y Protección Social donde se establece una Política 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.

Sin embargo, en materia de seguridad del paciente en nuestro país se requiere trabajar para seguir disminuyendo los eventos negativos relacionados con la atención del paciente e implementar la reglamentación colombiana, la cual hace énfasis en la necesidad de garantizar la seguridad del paciente y hacer seguimiento y reporte a los eventos adversos en los ámbitos hospitalario, de urgencias, quirúrgicos y de atención gineco-obstétrica, con obligatoriedad en la monitorización de resultados negativos de la atención como son: complicaciones, infección, muerte, comorbilidad y reacciones adversas a sangre y medicamentos.

Es por eso que este tema se ha convertido en nuestro país una lucha constante, puesto que se requieren acciones coordinadas y sobre todo un importante cambio cultural donde se intentan crear verdaderas estrategias de calidad, que sean eficaces con el fin de garantizar un mejoramiento continuo de la atención en salud en Colombia.

Finalmente, lo que se requiere hoy día es tener políticas claras que permitan que la seguridad del paciente esté inmersa en todos los procesos asistenciales y administrativos de las instituciones en salud en Colombia, que se cuenta con personal altamente capacitado, lo que permitirá que las organizaciones sean cada vez más rentables, con altos procesos de calidad eficientes y más humanos (2)

4. JUSTIFICACIÓN

Dado que hoy día se considera que la seguridad del paciente es un problema de salud pública según la OMS, esta se ha convertido en un punto clave en la atención de la calidad en salud, tomando importancia desde el año 2004 a partir de la creación del programa alianza mundial para la seguridad del paciente.

Las estadísticas (ver estudio IBEAS) demuestran la necesidad de adoptar medidas eficaces, notorias y concertadas para disminuir el progresivo número de eventos adversos derivados de la atención de salud, así como todas las repercusiones que esto trae a todas las personas involucradas en el proceso de atención, dichas medidas se han convertido en la principal razón para implementar políticas de seguridad cada vez más seguras en las instituciones, con una cultura encaminada al cuidado de los pacientes.

Por lo tanto, dadas las polémicas actuales, se hace un énfasis en que las instituciones tengan la capacidad de implementar políticas de calidad con el objetivo de brindar el mayor grado de satisfacción y bienestar a los pacientes.

Entonces, es indispensable contar con bases teóricas sólidas (artículos, estudios, revisiones teóricas) al respecto que guíen los procesos destinados al alcance de los objetivos propuestos por el Sistema obligatorio de garantía de calidad en salud (SOGCS) y por supuesto, a la capacitación de quienes manejan directamente esta temática, dado que todos estos procesos van encaminados hacia la educación del personal en salud.

Con la realización de este trabajo a través de una revisión bibliográfica se decide precisar las diferentes causas que conllevan a la presencia de eventos adversos y por ende a la afectación directa de la seguridad del paciente, involucrando por supuesto todo el personal tanto asistencial como administrativo que hacen parte de la atención en salud.

De acuerdo con esto se decide la creación de un diagrama de identificación de riesgo que permite mostrar los factores relacionados a la presencia de eventos adversos y su análisis, la cual sirve como una herramienta práctica de referencia para los actores del sistema de salud involucrados en la seguridad del paciente, así como aportar soluciones dentro del papel del auditor de cómo ayudar a corregir o mitigar estos eventos relacionados. (3)

4.1 Objetivo General

Proponer un diagrama de caracterización e identificación de riesgos en el ámbito hospitalario desde una visión administrativa

4.2 Objetivos Específicos:

- Realizar una revisión bibliográfica de los aspectos más relevantes relacionados con la seguridad del paciente y su estado actual, con un enfoque que permita la aplicación dentro del marco de la atención de la calidad en los servicios de salud
- Mencionar los Factores que influyen a la práctica clínica y que contribuyen al evento adversos dentro del ámbito hospitalario.
- Describir la gestión del riesgo desde el punto de vista organizacional para facilitar la toma de decisiones para establecer mecanismos de mejora continua.
- Proponer conclusiones y recomendaciones orientado a la detección de eventos adversos derivados de la atención en salud en pacientes hospitalizados.

5. ELEMENTOS CONCEPTUALES

A continuación, se mencionan conceptos básicos de seguridad del paciente para contextualización del tema:

5.1 GLOSARIO DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.

Atención en salud.

Servicios recibidos por los individuos o las poblaciones para, mantener, monitorizar o restaurar la salud.

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

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.

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 insegura.

Un acontecimiento o una circunstancia que pueden alertar acerca del incremento del riesgo de ocurrencia de un incidente o evento adverso.

Falla en 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.

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 (4)

5.2 NORMATIVIDAD DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Organización mundial de la salud (OMS)

En octubre de 2004, lanzó oficialmente la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente con el fin de “lograr mejoras importantes para los pacientes de países ricos y pobres, desarrollados y en desarrollo, se creó en respuesta a la Resolución WHA55.18, adoptada por la 55ª Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2002.

5.2.1 Normatividad colombiana

Se hace mención de normatividad colombiana en seguridad del paciente establecidas por el ministerio de salud y protección social.

- **Ley 100 de 1993**

Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones que tiene como objeto garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que la afecten.

- **Decreto 1011 de 2006**

Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país (5).

Componentes del SOGCS.

Tendrá como componentes los siguientes:

1. El Sistema Único de Habilitación (Resolución 1043/ 2006, derogada por la Resolución 2003/ 2014)
2. La Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud. (Decreto 2174 de 1996, derogada por el Decreto 1011 de 2006)
3. El Sistema único de Acreditación (Resolución 1445/2014 derogada por Resolución 0123/2014)
4. El Sistema de Información para la Calidad en salud (Resolución 1446/ 2006 Derogada por Resolución 256/ 2016).



Fuente: Charla seguridad del paciente, cámara de comercio de Medellín

5.2.2 Políticas de seguridad del paciente

En Colombia según lo establecido por la ley en complemento con el sistema obligatorio de garantía de calidad en salud, se definen lineamientos que permiten hoy día establecer políticas para creación de sistemas de atención segura en las instituciones prestadoras de salud como requisito básico en la habilitación.

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

Algunas de las prácticas seguras que utilizan las instituciones para disminuir la presencia de riesgos, son las barreras de seguridad dentro de las cuales se pueden mencionar:

- Acciones a nivel individual y organizacional para disminuir las fallas asociadas al factor humano: fatiga, comunicación, entrenamiento.
- Programas para evitar riesgo de caídas en pacientes
- Protocolos para la remisión oportuna de pacientes
- Barreras de seguridad en la utilización de tecnología que se desprende del análisis multicausal de los eventos adversos ocurridos, para lo cual recomendamos la utilización del protocolo de Londres, o del análisis del modo de falla de los procesos de atención en salud

* Otro pilar fundamental se considera el acompañamiento por parte de la familia ya que al estar involucrado directamente en su cuidado y enterado de la condición clínica, fortalece las barreras de seguridad evitando la ocurrencia de eventos adversos.

*Es necesario recalcar que dentro de estas prácticas seguras hay proceso educativo que permita una mayor adherencia del personal asistencial con la cultura de informar los incidentes y eventos adversos presentados (6)

5.3 ANTECEDENTES DE LA DIAGRAMACIÓN DEL RIESGO EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

5.3.1 Modelo de Reason

También llamado modelo de queso suizo, el cual fue planteado con el fin de analizar las posibles causas que desarrollan riesgos potenciales. El modelo compara las causas de riesgo con capas de queso suizo, en donde para que se genere una acción se requieren de varias fallas para llegar a este, ya que, si hay alguna barrera, indudablemente esa causa potencial no permitirá que se convierta en daño. Habla de cuatro factores que contribuyen con el alcance del daño: Formación insuficiente, Comunicación deficiente, Falta de supervisión, Aparato inadecuado.

5.3.2 Diagrama de Ishikawa o de Espina de pescado

Formulado por Ishikawa quien era químico industrial y administrador de empresas como respuesta a la necesidad de implementar la calidad en los procesos empresariales. Por medio de su propuesta es fácil observar la relación entre la causa y efecto. Menciona seis componentes que llevan a la problemática los cuales son: mano de obra, material, método, maquina, medidora y medio ambiente.

5.3.3 Método Causa - Raíz

Metodología propuesta por con el fin de encontrar la causa o factor principal que llevan a generar errores, ya que es más efectivo eliminar el problema desde su origen y no simplemente tratar los síntomas y complicaciones que se generen de ella. Es utilizado para poder desarrollar actividades a partir del aprendizaje obtenido mediante el análisis de las causas y generar de esta manera una mejora continua.

5.3.4 Protocolo de Londres

Es un método de identificación multicausal de posibles factores que desarrollan una problemática en particular, se plantea con el fin de poder ver no sólo el evento sino tener una visión general de todos los componentes causales que llevan al desenlace del mismo, así se puede realizar intervención no sólo en factores primarios sino también específicos que disminuyen la ocurrencia de los errores. Emplea diferentes maneras de captación de información como lo es la revisión de la historia clínica, entrevistas, revisión de factores tecnológicos, verificación documental (guías y protocolos), alteraciones institucionales entre otras.

5.3.5 Método Ancla

Realiza un análisis y clasificación de los errores en la atención en salud mediante la observación de los diferentes niveles que componen la organización en donde ocurre el mismo. Maneja dos metodologías las cuales se encargan de clasificar la clase de evento y posteriormente investigar el porqué de la ocurrencia de este. Maneja los siguientes niveles: I actos inseguros, II precondition en que facilitan la aparición del evento, III supervisión inadecuada, IV organización, V legislación estado otros (7)

6. METODOLOGÍA

Para este trabajo se realizó una revisión bibliográfica, por medio de la cual se lleva a cabo una búsqueda documental, basada en informes, escritos, artículos, estudios y estadísticas de diferentes fuentes basada en la evidencia científica, en relación con el tema de seguridad del paciente.

Posterior a dicha revisión se hace un análisis de la información y partir de este se diseña una estructura que permite identificar los factores de riesgo relacionados con la atención del paciente y el potencial que estos tienen con la presencia de eventos adversos, relacionando entre si el área administrativa y asistencial.

Se establecieron diferentes factores involucrados en el proceso de causalidad del riesgo, basado en la información revisada, obteniendo un conjunto de elementos claves en la existencia de un evento adverso, agrupándolos en un diagrama de autoría propia con el fin de que sea una herramienta de uso y consulta que facilite la gestión del riesgo.

7. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

A partir de la información recolectada se realiza un diagrama de identificación del riesgo desde el punto de vista administrativo en relación con el área asistencial, con el fin de utilizarlo como una herramienta de gestión del riesgo en las instituciones de salud y aplicarlo en pro de la seguridad del paciente.

A continuación, se encuentra el diagrama Joradi en el cual se encuentran identificados 5 factores contribuyentes, que usualmente están presentes en el momento de la ocurrencia de un evento adverso, ya sea solo uno de ellos o varios de los mismos.



Figura 1: Diagrama Joradi. Fuente: Autoría propia

Factor sociocultural

Hace relación a la existencia de determinantes sociales que influyen directamente en la salud de un paciente, entre ellos encontramos:

· Red Apoyo

Hace referencia a las personas involucradas en la atención directa del paciente, es decir, familiares, cuidadores, amigos quienes tienen una responsabilidad importante en el proceso salud – enfermedad – rehabilitación, ya que actúan como un elemento responsable de brindar calidad de vida al individuo no solo desde la parte de satisfacción de necesidades físicas, sino también emocionales, sociales y psicológicas. L anterior se da siempre y cuando sea una

red de apoyo estructurada y solidaria con el individuo, pero puede ser un desencadenante de aumento del riesgo, ya que, al no estar bien consolidada, favorece el aumento del estrés, la falta de adherencia a tratamientos y la existencia de pocas actividades relacionadas con el cuidado, lo que lleva a complicar la condición clínica del paciente.

· Nivel educativo

La falta de oportunidades de crecimiento intelectual, se convierte en una barrera de promoción de la salud, ya que si el paciente no tiene los conocimientos básicos para lograr entender lo que le está sucediendo y si el personal de salud tampoco se da a la tarea de encontrar métodos en que el paciente comprenda mediante la comunicación asertiva, simplificar los conceptos médicos y adecuar el lenguaje; se perjudica directamente la consolidación de actividades de cuidado, la comprensión de pautas de tratamiento y los signos de alarma en los que debe asistir a consultar, lo cual dificulta considerablemente el bienestar del paciente.

· Nivel económico

Comprende la capacidad adquisitiva del paciente y la familia para contribuir al apoyo en el tratamiento y seguimiento de la evolución de la enfermedad; elementos como la compra de insumos de aseo personal (pañales, crema hidratante, etc.) o la posibilidad de contar con un acompañante permanente por parte de la red de apoyo, genera el aumento de la posibilidad de la aparición de factores de riesgo para la presencia de eventos adversos.

Factor fisiopatológico

Involucra la condición clínica actual del paciente, la cual puede permitir un mayor deterioro de la salud, favoreciendo la exposición al riesgo y por ende afectando puntualmente a la seguridad del paciente.

- Comorbilidad

Entiéndase como la presencia de enfermedad subyacente en el paciente, que puede relacionarse a una mayor prolongación de la internación y por ende una mayor exposición al riesgo hospitalario y evento adverso, provocando un aumento en las tasas de morbilidad y mortalidad.

-Factores predisponentes

Comprende las distintas causas que influyen directamente a la presencia de un evento adverso, dentro de los cuales están los factores intrínsecos (sexo, edad, condición clínica factores mentales, raza) y factores extrínsecos (cuidado intrahospitalario, uso de dispositivos, tratamiento médico)

-Complicación de la enfermedad

Se trata de la evolución de la enfermedad hacia una etapa de complicación mayor, generando deterioro en la calidad de vida del paciente haciéndolo más propenso al evento adverso.

Factor relacional

Se trata de la condición de relación interpersonal del equipo asistencial, así como de su entorno laboral y personal; factores que contribuyen a la predisposición de la ocurrencia de fallas o acciones inseguras durante la atención en salud, dentro de estas causas se pueden mencionar: stress ocupacional, agotamiento físico, inconformidad del estilo de vida laboral, múltiples empleos y alta carga laboral).

Factor institucional

Son los elementos relacionados con la organización y la toma de decisiones desde el ámbito directivo, los cuales influyen directamente sobre la calidad de atención que se brinda a los sujetos de cuidado. Dentro de los factores institucionales encontramos:

-Infraestructura

Hace referencia al conjunto de requerimientos en cuanto a la planta física y de recursos financieros, necesarios en la institución. Dentro de estos también se pueden comprender:

- Espacio físico que debe estar dentro de los lineamientos de habilitación, dados por el sistema obligatorio legislativo, lo que los convierte en lugares óptimos para una adecuada atención en salud.
- La calidad de insumos y equipos biomédicos con que se cuenta, por lo que se deben generar revisiones preventivas de los mismos para evitar daños que favorezcan en la aparición de sucesos no esperados y negativos.

- Tener una suficiencia patrimonial y financiera necesaria, que permita la garantía de la prestación de los servicios de una manera adecuada.

-Comité de seguridad de paciente

Corresponde a un grupo de profesionales de salud capacitados para liderar la política de seguridad del paciente en las instituciones de manera transversal y general, que debe incluir el cubrimiento de todas las áreas asistenciales que puedan tener la organización y actuar en los distintos niveles de gestión desde el asesoramiento de políticas institucionales como en el mejoramiento continuo de procesos.

-Guías y protocolos

Son lineamientos básicos de cumplimiento obligatorio de las maneras adecuadas de llevar a cabo los procesos de atención en salud, con el objetivo de asegurar que todos los actores involucrados en el cuidado y atención de los pacientes realicen las mismas acciones y así disminuir la incidencia de actos inseguros.

-Acciones de reducción de riesgo

Son las estrategias y/o herramientas que se llevan a cabo que se utilizan para monitorear y evaluar las diferentes actividades que pueden desencadenar un riesgo potencial. Dentro de estas encontramos listas de chequeo, rondas de seguridad clínica, retroalimentación, análisis de casos, etc.

Factor legislativo

Son lineamientos claros dados por los entes gubernamentales en términos de direccionamiento de políticas seguras en atención en salud con una articulación mayor dada por el SOGC – Decreto 1011 de 2006 (acreditación, habilitación, sistemas de información y auditoría para el mejoramiento de la calidad). Con estos se busca que las instituciones de salud en Colombia, así como los profesionales que laboran en ellas sean más competentes para identificar los errores más frecuentes en la atención, gestionarlos, prevenirlos e instaurar una adecuada cultura de seguridad del paciente.

8. ETAPAS DE LA GESTIÓN DEL RIESGO

En términos generales, pueden reconocerse

4 etapas en la Gestión del Riesgo:

1.) **Identificar riesgos**

La gestión comienza por identificar los riesgos de la organización, entendiendo por organización la misma y su contexto, comprendiendo sus necesidades y las de sus partes interesadas.

2.) **Analizar y evaluar riesgos**

Una vez identificados los riesgos, deben prevenirse estimando la posibilidad de que ocurran y cuales serían sus consecuencias. Existen numerosas herramientas para realizar esta evaluación, como la Tormenta de ideas, el Análisis de peligros y puntos críticos de control (ACCPP), Análisis de causa y efecto o el Análisis modal de fallos y efectos AMFE. Pero si toma en cuenta un enfoque estratégico, la herramienta que puede tener más utilidad es el Análisis de debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades (DAFO/FODA).

3.) **Toma de acciones**

Luego de realizada la evaluación, se deben definir las acciones de mejora que hagan frente a estos riesgos que se han identificado y cuantificado, integrándolas e implantándolas en los procesos del sistema de gestión.

4.) **Verificación de la toma de acciones**

La etapa final consiste en evaluar la eficacia de las acciones tomadas mediante el seguimiento y la revisión, empezando de nuevo el proceso tal y como lo define el Ciclo PDCA de la mejora continua.

9. DISCUSIÓN

En términos generales a lo largo de este trabajo se amplió el campo de visión sobre las diferentes herramientas establecidas sobre la seguridad del paciente, enfocándose en la identificación de riesgo y los factores relacionados con la presencia de eventos adversos que influyen directamente sobre la gestión del riesgo.

De los resultados obtenidos de esta investigación se puede deducir que pese a todas las herramientas que hoy día existen para trabajar por la seguridad del paciente, se requiere que las instituciones cada día desde la dirección de las mismas implementen una política de salud basada en el mejoramiento continuo que permita la obtención de resultados positivos a la hora de la atención del paciente reduciendo la probabilidad de acciones inseguras.

Basado en estos hallazgos surge la necesidad de crear una nueva estrategia de análisis causal del riesgo, por medio de un diagrama que contiene diferentes factores relacionados entre sí, lo que permite abordar la problemática desde la causa principal, pero sin dejar a un lado las causas secundarias, dada la relevancia que estas tienen sobre la calidad de la atención que se ofrece por parte de las instituciones, en donde el objetivo principal debe ser brindar una atención con una calidad real e igual a la esperada por los usuarios.

Por lo tanto, es necesario que se continúe investigando sobre el tema para que se tomen en cuenta las conductas de riesgo, con el principal propósito de mejorar la calidad de vida de los pacientes.

10. CONCLUSIONES Y RECOMEDACIONES

La seguridad del paciente es una de las principales dimensiones del cuidado de la salud, hoy día ha tomado gran relevancia dado el impacto social, sanitario y económico que ocasionan la presencia de eventos adversos relacionados a la atención en salud a nivel mundial. Desde que la Organización mundial de la salud en el 2004 emitió el programa Alianza mundial para la seguridad del paciente, con el objetivo de mejorar la calidad de atención en salud, es de carácter obligatorio que las instituciones en salud cumplan con una política de seguridad del paciente y además de la creación de estrategias tendientes a la prevención de los errores.

En nuestro país se establecen dichas políticas a través de lineamientos dados por el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud donde participan diferentes actores alrededor de una filosofía y estrategia que reduzcan los riesgos y efectos negativos a los que se enfrenta un paciente durante su atención. Sin embargo, sigue existiendo la gran problemática de lograr establecer o identificar los riesgos de mayor potencial que contribuyen a la presencia de eventos adversos, así como la falta de adherencia por parte del personal de salud a las diferentes políticas establecidas y en gran medida a un sistema de reporte eficaz.

A partir del desarrollo del trabajo anteriormente expuesto se plantean las siguientes recomendaciones:

- a. Los procesos encaminados a mejorar la seguridad del paciente de una institución debe involucrar todos los actores en salud, teniendo un lineamiento directo desde la dirección de la institución apoyados por un equipo de calidad que permita realizar mejoras y verificar el cumplimiento de dichos lineamientos.
- b. Definir una verdadera política de seguridad del paciente a nivel institucional que permitan el mejoramiento continuo de la calidad en salud de la institución que cumpla con los objetivos establecidos por la ley (SOGCS) y verificar si las acciones de mejoramiento y de

seguimiento propenden a mejorar la calidad de los servicios que recibe el usuario.

- c. Fomentar la cultura de la notificación de situaciones que puedan afectar la seguridad del paciente durante la prestación del servicio garantizando la confidencialidad de la información, así como analizar la causalidad de los eventos adversos.
- d. Se requiere una verdadera adherencia por parte del personal de salud, con gran compromiso para cumplir con las directrices establecidas a brindar una atención segura.
- e. Difundir en nuestras instituciones estrategias de comunicación efectiva en los diferentes niveles de las organizaciones, la participación de los empleados, pacientes y familiares, teniendo en cuenta sus opiniones que permitan identificar las causas de los eventos adversos, así como las barreras de seguridad para implementarlas y garantizar la calidad en los diferentes procesos de atención
- f. Implementación de acciones de reducción de riesgo con el objetivo de monitorizar y evaluar las actividades que pueden desencadenar un riesgo potencial.

11. BIBLIOGRAFÍA

- 1 bogota sds. Default. [Online].; 20012 [cited 2017 Noviembre 15. Available from: . www.saludcapital.gov.co/sitios/VigilanciaSaludPublica.
- 2 Social MdSyP. lineamientos para la implementacion de la politca de seguridad del . paciente pdf. [Online].; 2008 [cited 2017 Noviembre 15. Available from: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article>.
- 3 Salud OMdl. Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. [Online].; 2008 [cited 2017 . Noviembre 15. Available from: www.who.int/patientsafety/information_centre/documents/ps_research_brochure_es.pdf .
- 4 social Mp. Bienestar Unal. [Online].; 2008 [cited 2017 Noviembre 14. Available from: . http://www.bienestar.unal.edu.co/wp-content/uploads/2017/09/lineamientos_implementacion_politicas.pdf.
- 5 Minsalud. seguridad del paciente y la atención segura- paquetes instruccionales. . [Online].; 2016 [cited 2017 Noviembre 15. Available from: www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia-buenas-practicas-seguridad-paciente.pdf.
- 6 salud Md. minsalud. [Online].; 2017 [cited 2017 Diciembre 12. Available from: . www.minsalud.gov.co/salud/PServicios/Paginas/Seguridad-del-Paciente.aspx.
- 7 Giron JJV. Enfermeria y Seguridad del Paciente. [Online].; 2012 [cited 2017 Noviembre . 12. Available from: <http://www.enfermeriayseguridaddelpaciente.com/2017/05/metodologias-de-analisis-de-eventos.html>.
- 8 Enfermeria universitari. [Online].; 2015 [cited 2017 noviembre 12. Available from: . http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_serial&pid=1665-7063&lng=es&nrm=iso.

12. ANEXOS



fuelle: tomada de la revista vida salud, número 41. año 2007

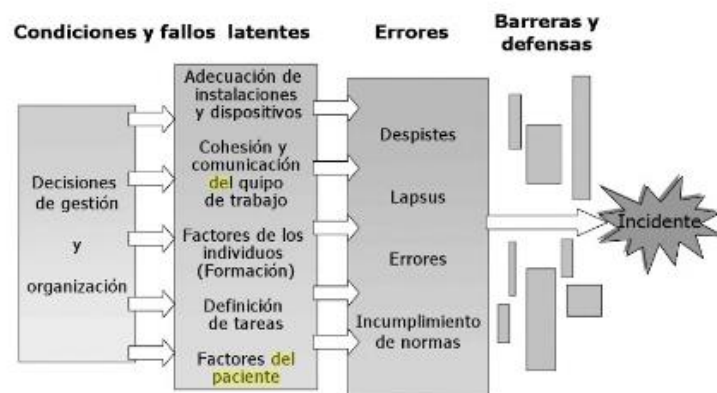


Fig. 1: Análisis sistemático de eventos adversos ligados a la atención sanitaria

libro: Seguridad del paciente un reto para la asistencia sanitaria. Editorial: RC libros 2012. Pag 13.

