

**ANALISIS SOBRE CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE Y SU IMPACTO
EN LA CALIDAD DEL SERVICIO**



JADITH MARITZA RODRIGUEZ VASQUEZ

UNIVERSIDAD MILITAR NUEVA GRANADA

FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS

ESPECIALIZACIÓN EN ALTA GERENCIA

SEMINARIO DE INVESTIGACIÓN

Bogotá, Colombia

2015

***Docente: Jesús salvador Moncada**

1. RESUMEN

Luego de muchas investigaciones realizadas, alrededor del mundo se ha logrado evidenciar, que en la práctica clínica, ocurren muchos errores inherentes a la prestación del servicio, no solo por la enfermedad de base que aqueja a un paciente, sino por las prácticas clínicas que desempeña el personal, que tiene responsabilidad sobre este individuo.

Estos casos adversos se evidencian no solo con el personal médico, sino con la parte asistencial y paraclínica, de las diferentes entidades de salud. Quienes con un certero conocimiento de seguridad del paciente, podrían evitar complicaciones de salud en cada uno de los usuarios que requieren de estos servicios. Es propio crear conciencia y responsabilidad vital sobre todo el proceso, desde el ingreso del paciente a la institución, hasta un seguimiento posterior a su egreso y de esta manera prestar un servicio integral y humano.

1.2 PALABRAS CLAVE

Accidente, acción insegura, evento adverso, evento adverso prevenible, evento adverso no prevenible, riesgo

1. Accidente:

Es una lesión o daño reversible o irreversible que genera o no secuelas e incluso la muerte, a los usuarios, acompañantes, visitantes o transeúntes, que ocurren dentro o fuera de las instalaciones y que no están asociados a la Prestación del Servicio.

2. Acción Insegura:

Conducta que ocurre durante el proceso de atención en salud, usualmente por acción u omisión de algún procedimiento por parte de los miembros del equipo. En un incidente

pueden estar involucradas una o varias acciones inseguras, con características comunes, en las cuales se observa que la atención, se aparta de los límites de una práctica segura por desviación de la acción, generando un potencial evento adverso.

3. **Evento Adverso:**

Toda lesión o daño no intencional al paciente, y/o a la comunidad, provocado por los Servicios de Salud extramural o extramural, más que al proceso patológico, que conduce a una hospitalización, o la prolongación de la estancia hospitalaria, , que puede ir desde una sensación de molestia hasta la muerte.

4. **Evento Adverso Prevenible:**

Situación no deseada, no intencional; que se habría evitado mediante la implementación oportuna de métodos y protocolos de seguridad ante la detección preventiva de procedimientos.

5. **Evento Adverso No Prevenible:**

Resultado no intencional, no deseado que se presenta a pesar de dar cumplimiento a todas las medidas de seguridad.

6. **Riesgo:** Es la probabilidad que un incidente ocurra.

ABSTRACT

After many conducted research around the world has been able to demonstrate that in clinical practice, many errors inherent in the service occur not only because the underlying disease afflicting a patient, but by the clinical practices that plays the staff who has responsibility for this individual.

These adverse events are evident not only medical personnel, but with care and preclinical part of the various health agencies. Those with an accurate knowledge of patient safety could prevent health complications in each of the users who require these services. It is proper to raise awareness and vital responsibility for the whole process, from patient admission to the institution, to a follow-up after their discharge and thus provide a comprehensive and human service.

KEYWORDS

Accident, Action Unsafe, Adverse Event, Preventable Adverse Event, No Preventable Adverse, Risk Event

1. Accident

It is a reversible or irreversible injury or damage generated or not sequels and even death, users, companions, visitors or transients that occur within or outside the premises and are not associated with service delivery.

2. Action Unsafe

Conduct occurring during health care, usually by act or omission of a procedure by team members. In one incident they may be involved one or more unsafe actions with common characteristics, which shows that attention is outside the limits of a safe practice by deflecting action, generating a potential adverse event.

3. Adverse Event:

Any injury or unintentional harm to the patient and / or the community caused by intramural or extramural Services Health rather than the pathological process leading to hospitalization or prolongation of hospital stay, which can range from a sense of discomfort to death.

4. Preventable Adverse Event:

Unwanted situation, unintentional; that would have been avoided by the timely implementation of security protocols and methods to detect and correct procedures.

5. No Preventable Adverse Event:

Unintentional, unwanted result occurs despite complying with all security measures.

6.Risk: The probability that an incident occurs.

2. INTRODUCCIÓN

Aunque han pasado años después de que el instituto de medicina de los Estados Unidos publico el artículo “errar es humano”, En los últimos años, se ha evidenciado un total interés en los temas de promoción de la cultura de seguridad del paciente, todo este auge debido a la publicación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) donde crea una alianza para abordar este tema desde varios ámbitos asistenciales clínicos (Alianza Mundial para la seguridad del paciente).

Esta Alianza crea un compromiso no solo clínico, sino también del estado en participar en la sensibilización de todas las áreas que involucra la atención a pacientes. No solamente fijando su atención en el servicio como tal, sino en la sensibilización y orientación al personal sobre atención segura.

Durante varios años se han realizado estudios sobre el riesgo y daños posteriores que corre un paciente en su atención médica. Por lo tanto el mundo ha volteado sus ojos a observar, analizar y corregir los errores evitables que tiene el personal de salud, además de estudiar y proponer estrategias para erradicarlos. Todo este tema se debe basar desde un tema humano, sin dejar a un lado las buenas prácticas clínicas y el profesionalismo caracterizado por el área de la salud, siempre con tendencia a mejorar y superar sus propias expectativas, todo en beneficio del paciente de cualquier entidad prestadora de salud.

Por lo tanto toda entidad de salud debe encaminar su labor , a realizar análisis y mejoramiento de cada uno de los procesos de atención al cliente, manejando fielmente los

lineamientos del sistema de calidad ISO 9001:2008, Se debe crear conciencia por parte de la organización prestadora de servicios de salud , para estar conjuntamente, enfocados y minimizando riesgos a los que los pacientes pueden estar expuestos y generar una cultura organizacional que priorice la seguridad del paciente en cada uno de los escenarios en los que este se desenvuelve dentro de la institución.

3. PREGUNTA CIENTIFICA

¿Que grado de conocimiento tiene el personal asistencial, sobre cultura de seguridad en el paciente y cuál sería el impacto en la garantía de la calidad?

4. OBJETIVO GENERAL:

Analizar fortalezas y oportunidades de mejora continua, encaminados a la cultura de seguridad del paciente con el fin de mejorar la calidad en el servicio.

5. OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Identificar fortalezas y debilidades del personal asistencial, sobre conceptos claros encaminados a seguridad del paciente.
2. Crear conciencia, en el personal que labora en salud sobre la importancia en el tema de seguridad del paciente, como un ítem prioritario en la atención a este.
3. Promover la implementación de estrategias practicas de seguridad del paciente

6. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Desde principios de siglo, a partir de estudios realizados en Estados Unidos sobre seguridad del paciente, la Organización Mundial de la Salud (OMS), realizó indagaciones, y caracterizaciones alrededor del mundo, que los llevó a crear la Alianza Mundial por la seguridad del paciente, y categorizar esta problemática como “epidemia” desde el 2004.

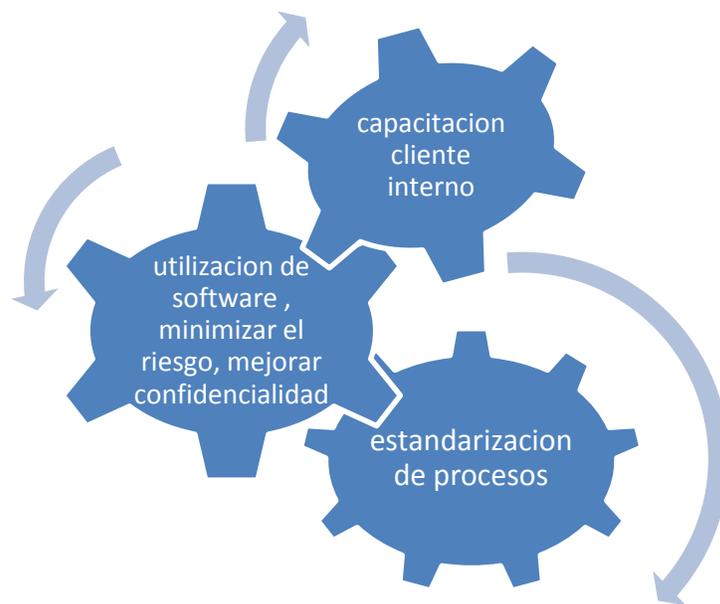
Estos estudios, se encaminaron a crear estrategias para prevenir los eventos adversos suscitados en las entidades prestadoras de salud, posterior a la prestación del servicio. Estos eventos pueden ser de poca magnitud, hasta provocar la muerte y fuertes demandas, por parte de los usuarios. Lo que genera una necesidad de implementar y promover la cultura de seguridad, a nivel interdisciplinario, todo en beneficio de la salud de los pacientes.

7. SEGURIDAD DEL PACIENTE

Seguridad del paciente, se define como el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que encaminadas a minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias”.

El ministerio de salud en el año 2008, creó una política de seguridad del paciente con fines netamente preventivos, y creó protocolos para buenas prácticas de seguridad del Paciente. Todo

encaminado a minimizar la cantidad de eventos adversos que se pueden suscitar , con practicas clínicas, no estandarizadas para todo el personal tanto medico , como administrativo que labora en una entidad prestadora de salud, para que cada colaborador de una organización sea consciente de la importancia de una ayuda oportuna y certera ante un evento inesperado cada uno debe conocer como actuar y prevenir eventos adversos



La atención enfocada a la seguridad del paciente, debe llevar unos lineamientos precisos, para no desenfocar su atención clínica primordial, entre estos pueden estar los siguientes

1. Atención enfocada en el usuario: se tiene como estandarte la atención al usuario y los resultados que el obtiene luego de asistir en búsqueda de un servicio médico.
2. Cultura de seguridad: Mantener un horizonte claro donde la seguridad, la confidencialidad y el confort del paciente se despliegue por cada una de las dependencias. Facilitando de esta manera su estancia segura en la entidad prestadora de salud

3. La atención en salud y su relación con la norma ISO 9001:2008: verificar que el sistema de gestión de la calidad este íntimamente relacionado en propender por la atención al paciente y su responsabilidad en cada evento que se suscite en la prestación del servicio.
4. Multicausal: La seguridad del paciente debe ser llevado desde el desenvolvimiento propio del paciente, la infraestructura que se maneja y como punto primordial, la asistencia que se le presta desde su ingreso.
5. Verificación y validez : se necesitan procesos claros y estandarizados soportados en evidencia clínica para ayudar a la salud del paciente
6. Multidireccional: Esto va enfocado a crear contacto no solo con el paciente, sino con sus familias, para demostrar la importancia de la atención medica coadyuvada, como un equipo de trabajo- institución - médico – paciente- familia.

La seguridad del paciente implica todo un conjunto de procedimientos, desde el lavado de manos, medicación justa y propicia, normas de tecnovigilancia propias para cada uno de los elementos que interactúan con los pacientes. Esto se puede analizar como la piedra angular aplicado en calidad de la atención medica, pero no obstante requiere no solamente un enfoque medico, sino individual, personalizado y humano a cada usuario, sin importar dolencia, patología o grado de urgencia que presente su atención.



Fuente : <http://www.fvc.org/site/productos/telemedicina>

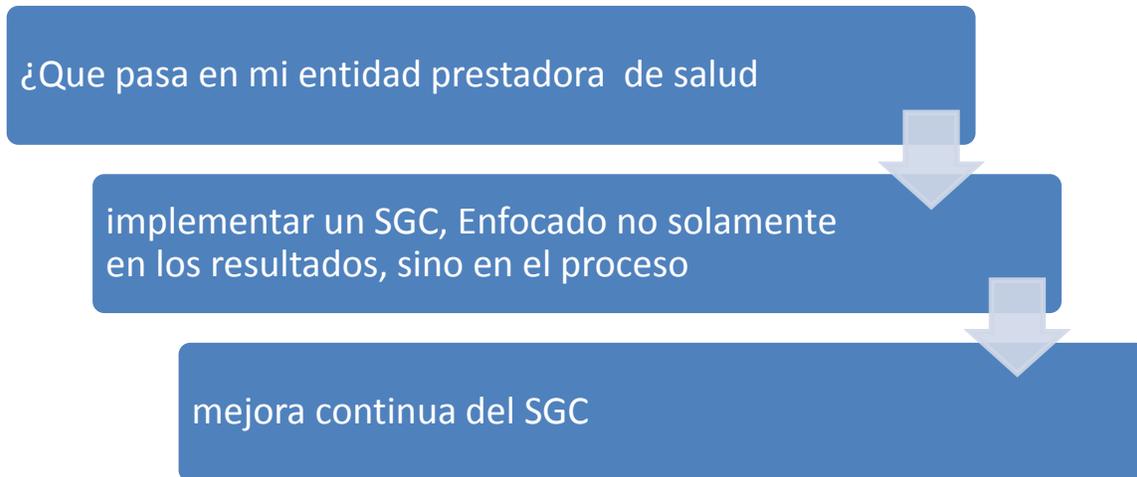
Al realizar un análisis introspectivo de las instituciones , se puede recolectar de manera concienzuda la información sobre los errores por parte del personal asistencial y estudiar a fondo el impacto que cierta actividad puede provocar en el paciente. Este análisis debe ser veraz y real. Esta información será de gran valor analítico, para hallar los posibles puntos o procesos críticos de la atención al paciente.

Bajo una visión real de lo que acontece con el paciente y los posibles errores que se cometen se pueden tomar acciones claras y precisas frente a la atención o manipulación riesgosa que puede desencadenar en situaciones inseguras, que impacten negativamente al paciente. Y así se contará con un conocimiento que aportará situaciones y prácticas no controladas, para así minimizar el impacto negativo sobre el usuario.

El SGC y la seguridad del paciente, deben ir de la mano, ya que se busca crear lineamientos claros, precisos y seguros, para que cada colaborador conozca detalladamente los procesos de las áreas e interactúe de manera clara, eficaz y certera ante el paciente. Este enlace crea fortalezas y debilidades, que son evidenciadas, tras los años de práctica continua en

cada dependencia, siendo de gran importancia la comunicación y el mejoramiento continuo de las falencias detectadas

El SGC, recomienda algún ítem que deben ser tenidos en cuenta en la prestación de servicios de salud, y se concentra de la siguiente manera:



El analizar cada una de las acciones del personal involucrado en la atención al cliente, lleva a una estandarización del proceso, evidenciando donde se encuentran los mayores incidentes de casos adversos y así poder minimizar los daños que puedan conllevar estos.

La colaboración por parte del personal es de mucha importancia, en la veracidad y la forma como ocurren los hechos, esto se utiliza de manera positiva, para crear medidas de seguridad innovadoras y crear conciencia del error y mejorar

La concientización del reporte de error: Las investigaciones se orientan a robustecer el sistema de seguridad interno del paciente y encontrar soluciones que permitan tomar medidas claras y puntuales, estos estudios tienen varias fases en las cuales a cada uno se enfoca en algo puntual como:

1. Analizar la magnitud del daño y que tipos de eventos adversos a ocasionado este daño en la salud del paciente
2. Cuáles son las causas de los daños a pacientes
3. Encontrar soluciones para evitar los posibles daños que se le ocasionaron a un paciente determinado
4. Evaluar y hacer seguimiento a las soluciones creadas



Al realizar un enlace de la seguridad del paciente con el SGC, se promueve una cultura más eficaz y justa, creando conciencia de la importancia del papel de cada cargo en la atención a un paciente, desde el ingreso de este a nuestra institución debemos salvaguardar su integridad, y la de su acompañante en cada una de las dependencias que visite durante su permanencia en la compañía.

Para la realización de este estudio se pueden utilizar diferentes listas de chequeo, en las diferentes dependencias de la institución, las cuales en momentos determinados, va a ser analizados y se crean medidas correctivas o preventivas, para mantener la seguridad del paciente



Fuente: <http://presentacionresolucion2014>

La atención médica a la persona es más compleja y más especializada, lo que requiere prestar más atención a un trabajo de equipo en salud. Una práctica de verdadera colaboración exige un alto grado de comunicación, pasar las tareas y resultados y roles y responsabilidades claramente definidos. La comprensión realista de los riesgos de la medicina moderna exige que todos los profesionales de la salud puedan cooperar con las partes pertinentes, adoptar un enfoque de sistemas proactivos y tener responsabilidad profesional. Esto incluye ante nada el diálogo con nuestros pacientes y respetar sus necesidades, expectativas, miedos y esperanzas.

La seguridad del paciente debe analizarse en los diferentes niveles de atención de medica, y construir una atención prioritaria en los servicios de salud, encontrar riesgos potenciales y adicionales a la prestación de servicio de salud , en cada estudio que se realiza de este tema debe tenerse en cuenta frecuencia de eventos adversos , percepción de seguridad , expectativas, franqueza en la comunicación de errores , todo esto lleva a la organización una evolución a la mejora continua de calidad que aunque es un estudio de probabilidades intangibles, muestran resultados tangibles.

1. Conclusiones

La seguridad del paciente

- Crea un ambiente de seguridad y fidelista al usuario, ya que el paciente observa que es tenido en cuenta y es parte importante de la cadena de prestación de salud.
- la seguridad del paciente unido a un SGC, es un medio efectivo para detección de errores médicos , propios de la atención , que se pueden minimizar
- se debe crear una cultura de conciencia propia, resaltando la importancia de cada cargo en las diferentes dependencias de las instituciones prestadoras de salud
- el crear una política de seguridad del paciente en una entidad prestadora de salud, lleva a aminorar los costos de tratamientos a largo plazo, y así , mejorando la capacidad financiera de la institución
- la política de seguridad del paciente, no depende solamente del departamento médico, el paciente es clave en la identificación de errores en la prestación del servicio.
- Se debe realizar un monitorio o seguimiento a las pautas de seguridad del paciente, para medir así su eficiencia y eficacia.

RECOMENDACIONES

- Crear una política de seguridad del paciente en cada organización
- El SGC , debe ser inicialmente el gestor de la política de seguridad del paciente, para crear lineamiento y procedimientos claros
- El departamento médico debe ser un apoyo claro y consistente en la evaluación de la política de seguridad del paciente
- Al crear un comité de ética, conjunto con la política de seguridad del paciente , se dará veracidad y credibilidad a las practicas realizadas en cada institución
- Dar formación, cursos de actualización a todo el personal que labora en las entidades de salud, sobre su responsabilidad en la salud del paciente.

Bibliografía

1. Rodríguez H, CE. Estudio latinoamericano de seguridad de paciente y acreditación en salud. (sitio en internet). URL disponible en:
<http://www.unydos.com/acreditacion/catalogo/docs/EstudioIBEAS.PDF>
2. Jesse, WF. Garantía de la calidad en los hospitales de Estados Unidos. Salud publica México 1990; 32 (2) : 131-137
3. OMS. Manual de Seguridad del paciente.2015
4. Seguridad del paciente. Fundación valle de Lili. Cali. Colombia. 2014