

POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE



Tabla de Contenido

Introducción	3
Objetivo General.....	3
Objetivos específicos	3
Glosario de Términos	4
Marco Teórico	5
Justificación	5
Normatividad	6
Planeación Estratégica de la Seguridad	8
Las Barreras de Seguridad que previenen la ocurrencia del evento adverso	8
Fortalecimiento de la Cultura de Seguridad	9
Divulgación de la Información.....	10
Guía de Promoción de Buenas Prácticas en Seguridad del Paciente	11
Análisis de Efecto y Modo de Falla	12
Protocolo de Reporte de Eventos Adversos.....	18
Protocolo Londres	18
Identificación del evento adverso, incidente o complicación.....	19
Comité de Seguridad del Centro.....	19
Proceso de Investigación	19
Recomendaciones y sugerencias.....	21
Referencias.....	23

Anexos

Anexo 1. Código QR reportes de seguridad del paciente.

Anexo 2. Registro de fallas en la Atención en salud del Centro.

Introducción

El Centro de la Fundación Universitaria Konrad Lorenz, es una institución prestadora de servicios de salud en psicología, medicina general y medicina laboral. La Política de Seguridad del Paciente hace parte del Sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención en salud y está compuesto por la planeación estratégica de la seguridad, el fortalecimiento de la cultura de seguridad, medición, reporte, análisis y gestión de eventos.

Objetivo general

Generar estrategias que permitan una atención adecuada y segura en salud en el Centro.

Objetivos específicos

- Direccionar las políticas institucionales y el diseño de los procesos hacia la promoción de una atención en salud segura.
- Educar a los pacientes y sus familias en los procesos de seguridad del paciente para contribuir a las mejoras en atención en salud.

Glosario de Términos

Para la comprensión general de la política de salud y seguridad del paciente, el Ministerio de Salud, en su documento "Seguridad del paciente y la atención segura" (2016), propone una serie de definiciones de diferentes términos para clarificar la expresión de ideas:

Accidente. Daño ocurrido a personas que no reciben atención, pero se encuentran en la institución.

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

Barrera de seguridad. Acción o circunstancia que reduce la probabilidad de presentación del incidente o evento adverso.

Complicación. Daño o resultado clínico no esperado, no atribuible a la atención en salud sino a la enfermedad o a las condiciones propias del paciente.

Evento adverso. Es el resultado de una atención en salud que de forma no intencional causó algún tipo de daño o lesión durante el proceso de atención. Hay que tener en cuenta que los eventos adversos pueden ser o 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.

Eventos centinela. Eventos que debido a su gravedad son vigilados regularmente.

Fallas activas o acciones inseguras. Son acciones u omisiones que tienen el potencial de generar daño o evento adverso. Es una conducta que ocurre durante el proceso de atención en salud por miembros del equipo misional de salud (enfermeras, médicos, regente de farmacia, fisioterapeuta, bacteriólogos, auxiliares de laboratorio, auxiliar de enfermería, odontólogos etc).

Factores contributivos. Son aquellos que intervienen ayudando a que se cometa la acción insegura (error), no son causa directa, pero tienen que ver en que se produzca.

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

Fallas latentes. Son errores en el diseño y organización de los procesos o en los sistemas.

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

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

Riesgo. Es la probabilidad que un incidente o evento adverso ocurra.

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.

Marco teórico

Justificación

La seguridad del paciente es una prioridad para la prestación del servicio de salud en la institución, en este sentido, los incidentes, complicaciones y eventos adversos son la luz roja que alerta sobre la existencia de una atención insegura que afecta negativamente el bienestar del consultante, así pues, se espera que este documento permita evitar, prevenir o aminorar los desenlaces adversos derivados del proceso del cuidado de la salud en sí mismo, teniendo en cuenta que la seguridad surge de la interacción de los componentes del sistema. Debe aclararse que la seguridad no depende en su totalidad de un individuo o de un departamento dentro de una organización, sino debe estar involucrada de manera transversal en esta, sin importar el rango o rol que la persona desempeña.

De acuerdo con la Guía técnica de buenas prácticas en seguridad del paciente del Ministerio de protección social (2010), en Colombia el estudio IBEAS encontró una prevalencia de 13,1% de eventos adversos, es decir, en daños generados al usuario en la prestación del servicio de salud. A partir de los datos obtenidos en el año 2005 el sistema Único de Acreditación en Salud propuso como requisito la necesidad de contar con un sistema de reporte de eventos adversos diseñado por cada institución que planea acreditarse (Ministerio de Salud, 2010).

Debe entenderse que los eventos adversos se presentan en cualquier actividad, son un indicador fundamental de la calidad y sirven de insumo para poder investigar cuales son las causas y las disposiciones que generan el evento, y así identificar las barreras de seguridad que podrían desarrollarse para evitar la reincidencia de este evento adverso. Al ser un indicador de calidad, es necesario diferenciar el concepto de seguridad del paciente con calidad en el servicio, ya que una atención certificada en calidad no necesariamente trae la concepción de seguridad implícita y los asuntos concernientes a esta son de una amplia variedad.

Dentro de los procesos de calidad en salud, las políticas de seguridad del paciente han capturado la atención del mundo, con la finalidad de disminuir los riesgos en la atención de la población. Dichas políticas hacen énfasis en la importancia de prevenir, controlar e intervenir lesiones o complicaciones involuntarias llamadas eventos adversos que pueden ocurrir durante la atención y que se deben reportar e intervenir (Burbano, Caicedo, Cerón, Jacho & Yépez, 2013).

En definitiva, la política de seguridad del Centro será un documento fundamental que guiará todo el proceso atencional con el fin de brindar un servicio adecuado a los consultantes, en donde se garantice su bienestar físico y emocional cumpliendo así con la misión de la organización.

Normatividad

La política de seguridad es guiada por una normatividad que permite generalizar los conceptos y formas de actuar en el servicio de salud nacional. En primer lugar, la ley 100 de 1993 en la cual se crea el sistema de seguridad social integral, definido como "El conjunto de instituciones, normas y procedimientos, de que disponen la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la

capacidad económica, de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad" (Ley 100, 1993).

En segundo lugar, la Resolución 0452 de 2017 del Ministerio de Salud y Protección Social establece la especificación de las actividades del diseño, orientación y desarrollo de políticas, procesos, planeación y proyectos dirigidos a mejorar la atención de los usuarios, siguiendo los planes de mejoramiento en el sector de la salud.

En tercer lugar, el Decreto 1011 de 2006 en el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud de acuerdo con el cual la organización debe cumplir con ciertos requerimientos básicos para la prestación de servicio, evaluado desde el sistema único de habilitación que menciona la financiación de tecnologías e infraestructuras para prestar un servicio adecuado.

En cuarto lugar, es de suma importancia incluir la ley 1751 de 2015 que aborda los derechos de salud, deberes y los principios fundamentales de los consultantes al momento de recibir atención. Finalmente, el decreto 780 de 2016 en el cual se reúne y simplifica la normatividad referente a las reglas existentes en el contexto de la salud y tiene como objetivo racionalizar y unificar las normas que permitan guiar la prestación de servicios en la salud.

En quinto lugar, la resolución 3100 de 2019 se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilidadación de Servicios de Salud.

Por último, la resolución 544 de 2023 modifica la Resolución 3100 de 2019 adecuando algunos aspectos relacionados con la inscripción de prestadores y la habilitación de servicios de salud, complementado así los requerimientos adecuados para prestar servicios de salud.

A partir de lo anterior, se evidencia la importancia de los derechos y deberes de los consultantes dentro del Centro desde una perspectiva legal, resaltando la necesidad de desarrollar, promover y socializar guías que expongan de manera potencial los derechos y deberes que los amparan a partir del momento en el que se accede a la prestación de los servicios otorgados por la institución de salud (Eraso, Sepúlveda., & Rojas. 2012).

Es claro que toda organización promotora de salud (EPS, IPS entre otras) debe desarrollar y divulgar una guía básica donde se expongan los derechos y deberes de los usuarios, contextualizando al lector sobre la importancia y garantía del cumplimiento de los mismos, expuestos y promovidos por la organización (Eraso, Sepúlveda, & Rojas. 2012), por esta razón, el documento cuenta con la información necesaria en relación a la seguridad del paciente en donde se mencionan conceptos fundamentales que debe conocer el consultante, los practicantes, grupo administrativo, secretarías, personal médico y auxiliar de enfermería.

Planeación Estratégica de la Seguridad del Paciente

Las barreras de seguridad que previenen la ocurrencia del evento adverso

La Política Nacional de Seguridad del Paciente dirigida por el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención en salud involucra la identificación y análisis de eventos adversos con el fin de realizar un análisis causal, que lleve a la implementación de prácticas seguras dentro de la institución. A partir de junio de 2008, el Ministerio de la Protección Social expidió los “Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente”, donde se especifican prácticas seguras que pueden utilizar las instituciones con el fin de disminuir la probabilidad de ocurrencia de un evento adverso, de las cuales se mencionan aquellas relacionadas a los servicios brindados por el Centro:

- Acciones encaminadas a prestar una atención limpia en salud.
- Acciones a nivel individual y organizacional dirigidas a las fallas de factor humano donde se incluye fatiga, comunicación y entrenamiento.
- Programas para disminuir los riesgos de los pacientes.
- Protocolos para la remisión oportuna de pacientes.
- Barreras de seguridad en la utilización de tecnología.
- Adherencia a las guías de práctica clínica adoptadas.
- Gestión segura del uso de medicamentos.
- Prevención y control de infecciones asociadas al cuidado de la salud.
- Prevención de accidentes o caídas de pacientes.
- Uso responsable de antibióticos.

Con base en lo anterior, se proponen una serie de indicadores presentados en la Tabla 1, que permiten guiar el cumplimiento de estándares de calidad con el fin de verificar la ejecución adecuada de los procesos desarrollados en el Centro.

Tabla 1.

Indicadores de Seguridad del Paciente.

Nombre	Objetivo	Tipo	Clase
Entorno Seguro	Generar condiciones seguras que permitan la atención adecuada de cada usuario del Centro.	<i>Cumplimiento:</i> Realización y ejecución del plan de acción.	<i>Cualitativo:</i> Documento plan de acción.
Cultura de Seguridad	Instaurar una cultura de seguridad que permita prevenir y reducir los riesgos en la organización.	<i>Cumplimiento:</i> Aplicación de campañas y promoción a partir de material didáctico.	<i>Cualitativo:</i> Documento de campañas, folletos, material didáctico.
Análisis de los eventos adversos	Crear e implementar el formato y análisis de eventos adversos siguiendo el protocolo de Londres con el fin de prevenir y disminuir futuras situaciones.	<i>Cumplimiento:</i> Realización y ejecución (en los casos que sea necesario) del formato de eventos adversos, informes de análisis y planes de seguimiento.	<i>Cualitativo:</i> Formato eventos adversos e informes de análisis.

Fuente: Elaboración propia.

Con base en los indicadores planteados se espera que cada integrante de la organización promueva la ejecución y cumplimiento de los indicadores generales, participando activamente en las actividades propuestas. En este sentido, a partir de una cultura justa y educativa se abordará cada indicador de la Política de Seguridad del Paciente, en donde se recomienda el seguimiento de los siguientes pasos:

1. El apoyo desde la dirección, coordinación y jefe de servicio médico quiénes lideran la conformación de un comité de seguridad.
2. El análisis y gestión de riesgos en donde se identifican e implementan acciones que permitan mejorar las condiciones de desempeño llevando a la reducción de situaciones que surjan de manera inesperada.
3. La educación del paciente por medio de la cultura de seguridad y salud del paciente.

Fortalecimiento de la Cultura de seguridad

La cultura de seguridad es la base central del Programa de Seguridad del Paciente, teniendo en cuenta que al generarse en el centro se prestará un servicio de calidad que promueva la seguridad y el bienestar de los consultantes, representada por la participación del área administrativa, usuarios (practicantes en formación, comunidad externa) y personal que haga parte del Centro.

La cultura se define como el conjunto de conocimientos, experiencias, valores, creencias y actitudes que comparten todos los miembros de una organización, que afectan el comportamiento y los resultados de esta. Por lo tanto, si los integrantes de la organización guían las características de sus comportamientos en torno a la seguridad de los usuarios, el resultado que se obtendrá será la seguridad y calidad en la atención hacia los usuarios (Ministerio de Salud, 2010).

A continuación, se presentan los cuatro componentes fundamentales que propone el Ministerio de Salud sobre los cuales se deben trabajar al interior de todas las organizaciones:

Seguridad psicológica. El término hace referencia a la convicción que tienen los integrantes de la organización de que no tendrán algún tipo de consecuencia negativa por exponer sus ideas, hacer preguntas, exponer sus preocupaciones sobre la seguridad de la atención o por cometer errores.

Liderazgo efectivo. Hace referencia a la creación de un ambiente de trabajo por parte de los líderes que apoye o favorezca la seguridad psicológica para que así todos los integrantes de la organización se sientan dispuestos a expresar sus preocupaciones de seguridad.

Transparencia. Hace referencia a que la organización hace visibles a sus integrantes los eventos adversos que se han presentado. La organización transparente investiga los errores y comparte los hallazgos internamente para que otros aprendan y eviten cometer errores similares.

Cultura justa. Parte del principio de que cualquier integrante de la organización puede cometer un error involuntariamente. Teniendo en cuenta esto, al momento de tomar algún tipo de decisión por un evento adverso se distingue entre los eventos que son producto de los errores de la persona y los que son producto de fallas en el sistema. Es claro que las personas son responsables por sus actos, así que la justicia está en que se reconoce que los colaboradores no pueden ser responsables por fallas en el sistema sobre las cuales ellos no tienen control.

Divulgación de la información

A partir de lo anterior se pretenden emplear ciertas estrategias que permitan la divulgación de la información puesto que es importante reconocer que estas fuentes de información generan un gran impacto e influyen de manera significativa en la actitud de

los individuos, estas herramientas van dirigidas a la promoción, prevención y control de Seguridad y Salud del Paciente dentro del Centro.

En primer lugar, se deben estandarizar las prácticas en la atención en salud para que de esta forma se incremente la calidad asistencial y la seguridad del paciente. Esto implica que si todos los colaboradores tienen la misma información en relación a la toma de decisiones en la atención se mejorará la calidad en todos los procesos. Así mismo se debe buscar la forma en la que esta información tan extensa llegue a todos los colaboradores de manera veraz, se recomienda el uso de **checklist** como herramienta de verificación y control.

Seguido a esto, se encuentra que el uso de **folletos y/o boletines** benefician al individuo ya que pueden apropiarse del material y esto les permite recordar durante cualquier situación la información, siendo este un instrumento creativo y llamativo que genera mayor interés para la persona y permite incorporar detalles concretos.

En último lugar, el uso e implementación de **materiales audiovisuales y virtuales** permitirán promover la información de forma llamativa mostrando gráficamente la información y generando un impacto positivo en la población. Además, es fundamental generar un control y seguimiento constante de los factores que puedan vulnerar la seguridad de los usuarios del Centro de la Fundación Universitaria Konrad Lorenz, es por esto que es indispensable el diligenciamiento de formatos que permitan corroborar y controlar determinada información.

Guía de Promoción de Buenas Prácticas en Seguridad del Paciente. Con base en los paquetes instruccionales que brinda el Ministerio de Salud (2015), se realizó una adaptación de la información enfocando los procedimientos y procesos del Centro compuesto por el procedimiento de Consentimiento Informado, la comunicación efectiva entre el personal y los pacientes, la prevención del cansancio en los prestadores de servicios de salud y también las herramientas necesarias para que el paciente pueda tener autonomía y autocuidado durante los servicios que se le ofrecen; por último, se brinda información sobre cómo reducir el riesgo de eventos adversos en pacientes que asisten, teniendo en cuenta los servicios que ofrece el Centro.

Por otro lado, en los servicios de medicina general y medicina laboral se realiza la adaptación de la información de prácticas seguras en procesos de gestión segura del uso de medicamentos, gestión segura de la tecnología biomédica, prevención, prevención y reducción de la frecuencia de caídas, asegurar la

correcta identificación del paciente, uso de protocolos y/o guías diagnósticas y terapéuticas estandarizadas, detectar, prevenir y reducir riesgos de infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS).

De esta manera, el lector contará con una guía que le permitirá mejorar sus competencias y habilidades en la atención en salud, además se logrará promover conductas seguras para mitigar el impacto de los eventos adversos de la atención en salud mental que brinda el centro tanto en el personal como en los usuarios. El material se encontrará disponible en versión PDF en los archivos OneDrive para que el personal disponga de él.

Análisis de Efecto y Modo de Falla

Es una metodología para el análisis de los riesgos de fallas potenciales en un sistema (Ministerio de Salud, 2015). De esta manera se identifican oportunidades de mejora, además de identificar las barreras de seguridad y métodos de detección con los cuales cuenta el Centro.

Para la elaboración de este sistema se realizó un listado de las posibles fallas, teniendo en cuenta los servicios y modelos de atención que ofrece el Centro, los cuales pueden ser presencial o mediado por tecnologías de manera sincrónica (en el caso de telepsicología). (Ver Tabla 2 y 3).

Tabla 2.

AMEF Atención Psicológica

Actividad del procedimiento	Modo de falla	Efecto	Causa	Mecanismo de detención y control
Inscripción del consultante en el sistema de base de datos en la entidad	Omitir o errar en la información consignada en la historia clínica. (Presencial – telepsicología)	-Dificultades de comunicación con el usuario -Historias clínicas con información errónea.	Incumplimiento en las responsabilidades del cargo.	Fomentar cultura de rigurosidad con la información del paciente.
Realizar proceso de contacto con el consultante	Brindar Información incompleta o errónea al consultante.	- Desistimiento del consultante en el proceso terapéutico. -Mala percepción en la calidad del servicio.	-Incumplimiento en el rol como terapeuta.	- Guion de primer contacto con los consultantes. -Modelamiento por parte de supervisores a practicantes.
-Realización de las sesiones por parte del practicante en formación.	Uso de lenguaje hostil o poco asertivo con el consultante.	Mala percepción en la calidad del servicio	-Falta de habilidades clínicas por parte del terapeuta	-Modelamiento por parte de supervisores a practicantes. --Acompañamiento en supervisión. -Formación en telepsicología.

Actividad del procedimiento	Modo de falla	Efecto	Causa	Mecanismo de detención y control
	No realización de las sesiones programadas	-Percepción desfavorable del servicio. -Dificultad para el procedimiento terapéutico.	- Incumplimiento en el rol usuario/terapeuta	- Reposición de las sesiones en sesión doble
Modelo de atención remota sincrónica.	En el contexto de la sesión se presentan interferencias visuales, auditivas que realizan interrupción en la sesión.	Ausencia de confidencialidad en la atención.	- Modelo de atención virtual. - Incumplimiento del rol y condiciones de atención.	- Condiciones de prestación del servicio.
Socialización de consentimientos informados, y condiciones de servicio.	Envío de documentación hacia correos electrónicos erróneos.	- Vulneración de los derechos del consultante	- Incumplimiento en las responsabilidades del terapeuta.	-Fomentar cultura de prácticas seguras, en el manejo de la información y documentación relacionada a historias clínicas. - Material informativo para todos los usuarios sobre prácticas seguras en la información.
Socialización de los procedimientos de la atención clínica con el consultante.	No contar con el equipo necesario para realizar la sesión sincrónica remota.	- Omisión de información relevante en el proceso - Dificultad en la comunicación. - No desarrollo de la sesión.	- Modelo de atención sincrónica remota.	Fomentar practicas seguras, teniendo en cuenta el curso en atención de telepsicología para los practicantes.
Socialización de consentimiento informado	No presentar el consentimiento informado con suficiente anterioridad.	- Omisión de información. - Disminución en la calidad de atención al usuario - Vulneración de la autonomía del paciente.	- Incumplimiento en el rol como terapeuta.	Procedimiento de modalidad de atención en telepsicología.

Tabla 3.

AMEF Servicio consulta externa medicina general y medicina laboral

Actividad del procedimiento	Modo de falla	Efecto	Causa	Mecanismo de detención y control
Asignación de citas de consulta externa de los servicios de medicina general y medicina laboral.	-Generar agendas con tiempos no adecuados para cada servicio. -Error en la fecha, día, hora de la asignación de la cita. -Generar agenda en días no hábiles para la atención	-Usuario no atendido. -Necesidad de reprogramación. -Demora en la atención. - Usuario insatisfecho. -Peticiónes, quejas o reclamos.	-Desconocimiento de los tiempos de consulta establecidos para cada servicio. -Alta demanda de citas por parte de la comunidad educativa. - Falta de socialización de procedimientos al personal con rol de asignación de citas. -Falta de compromiso o incumplimiento de labores por	1. Socializar procedimiento y tiempos establecidos para agendamiento de las citas para cada uno de los servicios. 2. Bloquear agenda en los días no hábiles.

	(festivos, días de permiso o incapacidad).		parte del personal con rol de asignación de citas.	
Identificación y apertura de la historia clínica del usuario.	Omitir o errar en la información de identificación del usuario consignada en la historia clínica.	<ul style="list-style-type: none"> -Historias clínicas con información errónea o sin diligenciar. -Problemas de comunicación con el usuario. -Atención al paciente incorrecto. -Usuario insatisfecho. -Evento adverso. 	<ul style="list-style-type: none"> -Falta de conocimiento o de socialización de las estrategias institucionales para asegurar la correcta identificación del usuario en los procesos asistenciales. -Falta de adherencia o compromiso con las estrategias institucionales para asegurar la correcta identificación del usuario en los procesos asistenciales. -Exceso de confianza por parte del personal administrativo y/o asistencial. -Alta demanda de pacientes. -Fallas en digitación o escritura. -Nombres de difícil escritura y no confirmación con el documento de identificación. -Tiempo de atención insuficiente. - Paciente mal informante. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Socializar en los procesos de inducción y reinducción las estrategias institucionales para asegurar la correcta identificación del paciente en los procesos asistenciales. 2. Fomentar la cultura de rigurosidad con la información del paciente. 3. Fortalecer el reporte de evento adverso relacionado con inadecuada identificación del paciente.
Consulta médica (Medicina General y Medicina Laboral)	Caída del paciente.	<ul style="list-style-type: none"> - Eventos adversos. - Quejas y demandas. - Hospitalizaciones evitables. 	<ul style="list-style-type: none"> -Falta de conocimiento o de socialización de las estrategias institucionales para la prevención de caídas de los usuarios. -Falta de adherencia o compromiso con las estrategias institucionales para la prevención de caídas de los usuarios. -No detección del riesgo de caída en la valoración inicial del usuario. -Ambiente físico en malas condiciones (pisos mojados, sin señalización, zonas de circulación con objetos, etc). -Paciente sin acompañamiento. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Socializar en procesos de inducción y reinducción las estrategias institucionales para la prevención de caídas en los usuarios. 2. Verificación diaria de las condiciones físicas de infraestructura que puedan generar riesgos de caída. 3. Supervisión esporádica del proceso de limpieza y desinfección de servicios generales.
	Diligenciamiento inadecuado de la historia clínica.	<ul style="list-style-type: none"> -Eventos adversos. -Atención médica insegura. -Quejas y demandas. 	<ul style="list-style-type: none"> -Falta de conocimiento o de socialización del procedimiento institucional de historias clínicas. -Falta de adherencia o compromiso con el procedimiento institucional de historias clínicas. -Inadecuada o insuficiente valoración del paciente. -Desconocimiento de la normatividad nacional relacionada con historia clínica. -Alta demanda de citas por parte de la comunidad educativa. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Socializar en procesos de inducción y reinducción el procedimiento institucional de historias clínicas. 2. Realización de auditoría a las Historias clínicas por parte del Comité encargado.
	No cumplimiento de las normas de bioseguridad.	<ul style="list-style-type: none"> -Posibles accidentes laborales de riesgo biológico. -Posibles Infecciones cruzadas entre personal de salud y pacientes. 	<ul style="list-style-type: none"> -Falta de conocimiento o socialización del Instructivo Institucional de Bioseguridad e Instructivo de higiene de manos. -Falta de adherencia o compromiso con los instructivos mencionados en el ítem previo. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Socializar en los procesos de inducción y reinducción el Instructivo de Bioseguridad y de higiene de manos con el personal administrativo y de salud.

		<ul style="list-style-type: none"> -Infecciones asociadas a la atención en salud. -Atención médica insegura. -Quejas y demandas. 	<ul style="list-style-type: none"> -No realizar una revisión periódica de la aplicabilidad de los instructivos anteriores. 	<ul style="list-style-type: none"> 2. Realización de rondas de seguridad o verificación del cumplimiento de las normas de bioseguridad.
	Diagnóstico inadecuado	<ul style="list-style-type: none"> -Aumento de la sintomatología clínica. -Eventos adversos -Quejas y demandas -Fallas terapéuticas -Hospitalizaciones evitables -Reingresos - Pérdida de credibilidad de imagen institucional. -Deserción de los pacientes 	<ul style="list-style-type: none"> -Valoración médica inadecuada -Desconocimiento o no adherencia a las guías clínicas adoptadas por la Institución. -Falta de habilidades y competencias del personal médico en la realización de la valoración médica. -Arrastre automático de información de consultas previas favoreciendo el mal diligenciamiento. 	<ul style="list-style-type: none"> 1. Socializar en los procesos de inducción y reinducción del personal de salud las guías de práctica clínica adoptadas por la Institución. 2. Adherencia al perfil del cargo del personal en salud que se contrate, garantizando que se cumpla con lo requerido para el puesto en salud. 3. Apoyo por parte de la Institución en la capacitación continua del personal de salud. 4. Realización de auditoría aleatoria a las historias clínicas.
	Inadecuado o insuficiente plan de tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> -Aumento de la sintomatología clínica. -Posibles eventos adversos. -Quejas y demandas. -Problemas relacionados con el uso de medicamentos -Fallas terapéuticas. -Hospitalizaciones evitables. -Reingresos. -Pérdida de credibilidad de imagen institucional. 	<ul style="list-style-type: none"> -Desconocimiento o no adherencia a las guías clínicas adoptadas por la Institución. -Inadecuada anamnesis y examen físico. -No indagar antecedentes, patologías previas y concomitantes. -Falta de habilidades y competencias del personal médico. -Formulación errónea en presentaciones y concentraciones de los medicamentos -No realización de conciliación farmacológica adecuada 	<ul style="list-style-type: none"> 1. Socializar en los procesos de inducción y reinducción del personal de salud las guías de práctica clínica adoptadas por la Institución. 2. Realización de conciliación medicamentosa 3. Retroalimentación de análisis de eventos clínicos 4. Realizar auditorías de historias clínicas
	No diligenciar consentimiento informado o diligenciarlo mal en los procedimientos que lo requieran.	<ul style="list-style-type: none"> -Posibles eventos adversos. -No entendimiento del paciente del procedimiento a realizar. -Insatisfacción del usuario -Quejas y demandas -Reprocesos -No aceptación del procedimiento por parte del paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> - Alta demanda de citas, tiempo insuficiente para la atención. -No explicación por parte del médico sobre procedimiento a realizar y riesgos asociados a este. -No diligenciamiento correcto del consentimiento informado por parte del paciente. -No firma del consentimiento informado por parte del paciente o del médico. 	<ul style="list-style-type: none"> 1. Socializar con el equipo de salud el formato de consentimiento informado y el procedimiento para su diligenciamiento. 2. Realizar talleres con el personal asistencial en habilidades de comunicación.

	No informar al paciente sobre recomendaciones, signos de alarma, plan de tratamiento.	<ul style="list-style-type: none"> -Posibles eventos adversos. -Fallas terapéuticas por abandono de tratamiento. -Reingresos. -Quejas y reclamos. -Pérdida de credibilidad de imagen institucional. -Deserción de los pacientes 	<ul style="list-style-type: none"> -Falta de habilidades y competencias comunicacionales del personal médico -No detectar los riesgos de patologías específicas. - No explicar frente a la conciliación farmacológica los medicamentos que debe continuar y cuales suspender, si aplica. -No disponer de recomendaciones específicas escritas por patología frecuente, que faciliten la recordación al paciente - Desconocimiento de efectos secundarios y reacciones esperadas. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Documentar plantillas explicativas sobre recomendaciones y signos de alarma que faciliten la recordación al personal asistencial y al paciente. 2. Realizar talleres con el personal asistencial en técnicas de comunicación. 3. Educar al paciente respecto a los nuevos medicamentos y la continuidad o no de los medicamentos que venía tomando, si aplica.
Valoración de enfermería	Caída del paciente	<ul style="list-style-type: none"> - Eventos adversos. - Quejas y demandas - Sobrecostos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de conocimiento o de socialización de las estrategias institucionales para la prevención de caídas de los usuarios. - Falta de adherencia o compromiso con las estrategias institucionales para la prevención de caídas de los usuarios. - No detección del riesgo de caída en la valoración inicial del usuario. - Ambiente físico en malas condiciones (pisos mojados, sin señalización, etc). -Paciente sin acompañamiento. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Socializar en procesos de inducción y reinducción las estrategias institucionales para la prevención de caídas en los usuarios 2. Inspección y verificación diaria de las condiciones físicas de infraestructura que puedan generar riesgos de caída. 3. Supervisión esporádica del proceso de limpieza y desinfección de servicios generales.
	Diligenciamiento inadecuado de la historia clínica	<ul style="list-style-type: none"> -Eventos adversos. -Atención médica insegura - Quejas y demandas 	<ul style="list-style-type: none"> -Falta de conocimiento o de socialización del procedimiento institucional de historias clínicas. - Falta de adherencia o compromiso con el procedimiento institucional de historias clínicas. - Inadecuada o insuficiente valoración del paciente. - Desconocimiento de la normatividad relacionada con historia clínica. - Alta demanda de valoraciones por parte de la comunidad educativa. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Socializar en procesos de inducción y reinducción el procedimiento institucional de historias clínicas. 2. Realización de auditoría a las Historias clínicas por parte del Comité de Historias Clínicas.
	No cumplimiento con las normas de bioseguridad	<ul style="list-style-type: none"> - Accidentes laborales de riesgo biológico. - Posibles Infecciones cruzadas entre personal de salud y pacientes. - Infecciones asociadas a la atención en salud. *Atención médica insegura. 	<ul style="list-style-type: none"> -Falta de conocimiento o socialización del Instructivo de Bioseguridad e Instructivo de higiene de manos. - Falta de adherencia o compromiso con los instructivos mencionados previamente. - No revisión periódica de la aplicabilidad de los instructivos anteriores. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Socializar en los procesos de inducción y reinducción el Instructivo de Bioseguridad y de higiene de manos con el personal administrativo y de salud. 2. Realización de rondas de seguridad o verificación del cumplimiento a las normas de bioseguridad.

		*Quejas y demandas.		
--	--	---------------------	--	--

Posteriormente de acuerdo a los lineamientos de la guía de Buenas Prácticas en Seguridad del Paciente (Ministerio de salud, 2015) se incorporó la guía para registrar la ponderación sobre el impacto de las potenciales fallas, de la siguiente manera:

Probabilidad de Ocurrencia: Asignando un valor de 1 a 10, teniendo en cuenta que tan frecuentemente se presenta el mecanismo de falla, teniendo en cuenta la siguiente clasificación (Ver Tabla 3.)

Tabla 3.

Probabilidad de Ocurrencia -AMEF

NIVEL DE PROBABILIDAD	VALOR DE NP	SIGNIFICADO
Muy Alto (MA)	10	Situación deficiente con exposición continua, o muy deficiente con exposición frecuente. Normalmente la materialización del riesgo ocurre con frecuencia.
Alto (A)	8	Situación deficiente con exposición frecuente u ocasional, o bien situación muy deficiente con exposición ocasional o esporádica. La materialización del riesgo es posible que suceda varias veces en la vida laboral.
Medio (M)	6	Situación deficiente con exposición esporádica, o bien situación mejorable con exposición continuada o frecuente. Es posible que suceda el daño alguna vez
Bajo (B)	4	Situación mejorable con exposición ocasional o esporádica, o situación sin anomalía destacable con cualquier nivel de exposición. No es esperable que se materialice el riesgo, aunque puede ser concebible.

Fuente: Área de Seguridad y Salud en el Trabajo FUKL (2020).

Impacto: Asignando un valor de 0 a 10 teniendo en cuenta la severidad de la falla en el usuario. (Ver tabla 4.)

Tabla 4.

Nivel de Impacto - AMEF

NIVEL DE IMPACTO	I	SIGNIFICADO
DAÑOS PERSONALES		
Muy Grave (MG)	10	Lesiones o enfermedades graves irreparables
Grave (G)	5	Lesiones o enfermedades con incapacidad laboral temporal

Leve (L)

2

Lesiones o enfermedades que no requieren incapacidad

Fuente: Área de Seguridad y Salud en el Trabajo FUKL (2020).

Detección- Impacto de las medidas de control: Asignando un valor de 1 a 4, en donde el valor asignado se caracteriza por ser inversamente proporcional a los efectos evidenciados.

NPR Número de prioridad de riesgo: Es el producto de la multiplicación de los valores de Probabilidad de Ocurrencia, Impacto, Detección. (PxIxD) y al final se realiza la sumatoria de estos valores. (Ver tabla 5.)

Tabla 5.

Prioridad de Riesgo - AMEF

Nivel de riesgo	SIGNIFICADO
I	No aceptable
II	Aceptable con control específico
III	Aceptable

Fuente: Área de Seguridad y Salud en el Trabajo FUKL (2020).

Protocolo de Reporte de Eventos Adversos

En caso tal de presentarse, se debe informar la situación presentada con el fin de intervenir y buscar una oportunidad de mejora, esto se realiza mediante el protocolo denominado **FR-CA-S-506** el cual brinda una guía sobre cómo realizar el procedimiento de estos eventos. Para este proceso, se toma como marco de referencia el "Protocolo de Londres" que se explicará a continuación.

Protocolo Londres

El protocolo de Londres es una versión revisada del "Protocolo para investigación y análisis de incidentes clínicos", una guía práctica que tiene como propósito facilitar la investigación clara y concreta de incidentes clínicos que permita identificar aquellos factores que influyeron directamente y que cumple con un proceso de investigación, análisis y recomendaciones (Ministerio de salud, 2007).

Es una metodología organizacional causal para analizar los eventos adversos, el cual permite identificar las causas del error de los sucesos adversos. Para proceder es pertinente identificar las acciones inseguras y realizar un análisis hasta llegar a la cultura y

los procesos organizacionales. Además, se debe analizar el contexto institucional y las circunstancias y factores contributivos en las que se dio la situación.

Identificación del evento adverso, incidente o complicación. El practicante en formación identifica una situación que genere algún tipo de efecto negativo en la sesión, lo cual, voluntariamente hace el reporte de seguridad del paciente escaneando un código QR (Anexo1) que se encuentra en la parte inferior izquierda de los computadores de cada consultorio, este formato permitirá al comité de seguridad del paciente crear herramientas que mejoren la calidad del servicio que brinda el Centro.

Comité de Seguridad del Centro. Al iniciar el proceso de investigación de los eventos adversos, se conforma el Comité de Seguridad del Centro

- Director(a) a quien se le reportan los eventos adversos y quien tendrá que diligenciar y reportar los eventos que se presenten, así como también ser partícipe del seguimiento de los casos.
- Coordinador de la sede o docente adscrito a quien esté asignado el practicante en formación.
- Jefe de servicio médico.
- Practicante o terapeuta asignado al usuario afectado.
- Estudiante asignado por la facultad de psicología para contribuir al proceso de investigación.
- Personal Administrativo en caso de que haya realizado el reporte del evento adverso, incidente o complicación.

Proceso de Investigación.

Recolección de información Una vez se tiene la información de lo sucedido, se reúne información; para esto, es necesario incluir los formatos, observaciones, entrevistas con los involucrados y evidencia física. Al momento de realizar la recolección de información deben indagarse los elementos relevantes, siguiendo una secuencia lógica de lo ocurrido y realizar un análisis que permita identificar los antecedentes, conductas y consecuencias de los eventos.

Para la **ejecución de la entrevista** se puede seguir el siguiente protocolo que sirve como guía y modelo para la obtención de información relevante:

- **Lugar:** Privado y relajado, lejos del sitio donde ocurrió el incidente. El entrevistado puede estar acompañado por quien desee.

- **Explique el propósito:** Identifique el papel del entrevistado en el incidente y registre el límite de su participación. Establezca con su ayuda la secuencia de hechos que llevaron al incidente, tal como el entrevistado la vivió. Compare esta información con la secuencia general que se conoce hasta el momento.
- **Identifique las acciones inseguras:** Explique al entrevistado el significado del término acción insegura e ilustre el concepto con un ejemplo diferente al caso que se investiga. Invite al entrevistado a identificar acciones inseguras relevantes para el caso, sin preocuparse por si alguien es o no culpable. Cuando hay protocolos es relativamente fácil identificar no adherencia a recomendaciones específicas. Recuerde que en la práctica diaria es aceptable algún grado de variación.
- **Identifique los factores contributivos:** Explique al entrevistado el significado del término factor contributivo e incentive su identificación sistemática mediante ejemplos ilustrativos. Cuando el entrevistado identifica un factor contributivo pregúntele si es específico para la situación actual o si se trata de un problema general de la unidad asistencial.
 - **Cierre:** Permita que el entrevistado haga las preguntas que tenga. Las entrevistas deben durar entre 20 y 30 minutos.

Precisar la cronología del incidente. En este paso el comité debe tener en cuenta toda la información recolectada y encontrar las diferencias y similitudes en los reportes obtenidos, siguiendo un orden cronológico, con su respectiva coherencia y relación entre los datos obtenidos.

Identificar las acciones inseguras. Se deben definir de manera puntual las acciones inseguras, por esta razón, los miembros del comité deben trabajar en equipo para identificar el motivo por el cual ocurrió el evento, el comité debe asegurarse de que las acciones sean conductas específicas. El análisis de modo y efecto de falla (AMEF) puede ser una herramienta relevante que contribuya a la identificación de dichas acciones.

Identificar los factores contributivos. Una vez identificadas las acciones inseguras se deberán seleccionar las más relevantes y realizar un análisis, ya que cada una tiene un conjunto de factores contributivos, en este paso es posible realizar un esquema que permita la organización y relación de causas que llevaron a desencadenar el evento o incidente. Para mayor facilidad en la tabla 5 se

muestran los factores contributivos que pueden interferir en el contexto laboral (Ministerio de Salud, 2016).

Tabla 3.

Tipos de Factores Contributivos

Origen	Factor Contributivo
Paciente	Complejidad y gravedad, lenguaje, comunicación, factores sociales.
Tarea y tecnología	Diseño de la tarea y claridad de la estructura; disponibilidad y uso de protocolos; disponibilidad y confiabilidad de las pruebas diagnósticas; ayudas para toma de decisiones.
Individuo Equipo de trabajo	Conocimiento, habilidades y competencia, salud física y mental. Comunicación verbal y escrita, Supervisión y disponibilidad de soporte.
Ambiente	Estructura del equipo, personal suficiente; mezcla de habilidades; carga de trabajo; patrón de turnos; diseño, disponibilidad y mantenimiento de equipos.
Organización y gerencia	Recursos y limitaciones financieras; estructura organizacional; políticas, estándares y metas; prioridades y cultura organizacional.
Contexto institucional	Contactos externos económicos y regulatorios.

En la tabla se encuentran los diferentes tipos de factores contributivos a eventos adversos, incidentes o complicaciones en la atención en salud. Fuente: Ministerio de Salud (2015).

Una vez realizado el análisis completo de la situación presentada, se debe realizar un informe en donde se presenten los resultados obtenidos en la investigación, los formatos de recolección de información y el respectivo análisis de las causas encontradas. Es necesario adjuntar el informe junto con el formato de eventos adversos.

Recomendaciones y plan de acción.

En esta etapa se debe realizar un plan de acción para reducir o prevenir los factores contributivos, con el fin de evitar la ocurrencia de eventos adversos. Para la ejecución de este, una persona del Centro será la encargada de recibir los recursos y ejecutar el plan y a partir de esto se establece una fecha para realizar un seguimiento oportuno de las medidas de intervención (Ministerio de Salud, 2016).

Para el inicio del plan de acción se encuentra nuevamente el formato del anexo 1 que tiene como objetivo realizar un seguimiento adecuado a cada uno de

los incidentes o eventos adversos que se presenten dentro del Centro, tras realizarse un análisis del evento reportado, su contenido deberá ser socializado con el afectado.

El formato del anexo 2 permite un seguimiento de la cantidad total de los casos que se presenten en el centro semestralmente, el mismo debe ser diligenciado en cada una de las reuniones que realice el comité y funcionara como primer control para conocer el estado de los eventos reportados.

Se recomienda que se continúe actualizando las posibles fallas en la atención en salud o factores contributivos, en compañía de las conductas seguras en los diferentes procesos y procedimientos de la Institución. Además de en compañía del Comité de Seguridad, actualizar la ponderación del análisis de riesgos mediante la metodología AMEF (Análisis de Modo y Efecto de Falla).

REFERENCIAS

- Burbano Valdés, H. M., Caicedo Eraso, M. E., Cerón Burgos, A., Jacho Caicedo, C., & Yépez Chamorro, M. C. (2013). Causas del no reporte de eventos adversos en una institución prestadora de servicios de salud en Pasto-Nariño, Colombia. *Univ. salud*, 15(2), 187-195
- Cely, G. (1999). Del Concepto de Paciente a Concepto de Cliente en la Prestación de Servicios de Salud. *Investigación en Enfermería*. Recuperado de: <http://revistainvestigacionenfermeria.javeriana.edu.co/files/12.pdf>
- Cobián, M. V. R. (2017). Cultura y organización en la empresa familiar. *Iztapalapa* (55), 119-141. Recuperado de: <http://revistaiztapalapa.izt.uam.mx/index.php/izt/article/view/417>
- Decreto 1011 (2006). Ministerio de la protección social. Recuperado de: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO%201011%20DE%202006.pdf
- Eraso, T. M., Sepúlveda Marín, G., & Rojas, O. P. (2012). Conocimiento de los usuarios sobre sus derechos y deberes en el SGSSS, Hospital San José de Buga, 2011.
- Ley 100 de 1993. Sistema de Seguridad social integral. Recuperado de: https://normativa.colpensiones.gov.co/colpens/docs/ley_0100_1993.htm
- Ley 1751 de 2015. Derecho fundamental de la salud. Recuperado de: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf
- Ministerio de salud (2007). Protocolo de Londres. https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/PROTOCOLO_DE_LONDRES_INCIDENTES%20CLINICOS.pdf
- Ministerio de Salud. (2010). Seguridad del Paciente y la Atención Segura. Guía Técnica "Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente en la Atención en Salud". Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia-buenas-practicas-seguridad-paciente.pdf>

Ministerio de salud y protección social (2006) Decreto 1011 de 2006. Recuperado de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO%201011%20DE%202006.pdf

Ministerio de Salud (2017) resolución 0452 de 2017. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Resolucion-00452-de-2017.pdf>

Ministerio de Salud (2008). Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente. Recuperado: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/LINEAMIENTOS_IMPLEMENTACION_POLITICA_SEGURIDAD_DEL_PACIENTE.pdf

Remón, C. (s.f). Seguridad del Paciente. Una Alianza Mundial para una Atención más Segura. Organización Mundial de la Salud. Universidad Zaragoza, España. Recuperado de: <http://www.who.int/patientsafety/research/Sesion1.pdf>

Salud Ocupacional Universidad EAFIT (2010). Manual para elaboración de matrices de peligro de investigaciones y proyectos desarrollados en la Universidad EAFIT. Primera edición. Recuperado de: <http://www.eafit.edu.co/investigacion/comunidad-investigativa/semilleros/documentos/manual%20para%20elaboracion%20de%20matrices%20de%20peligro%20para%20investigaciones%20y%20proyectos.pdf>

Tenjo Correa, M., Gómez Gómez, G. P., Bedoya Rodríguez, T., & Giraldo Arango, C. (2012). Reclasificación y análisis de los eventos adversos hospitalarios en una IPS de tercer nivel entre enero y diciembre, Manizales Colombia 2010. Recuperado de: <http://repositorio.ucm.edu.co:8080/jspui/handle/10839/231>

Anexo 1. Código QR reporte de seguridad del paciente



Anexo 2. Registro de fallas en la Atención en salud del Centro.

REGISTRO DE FALLAS EN LA ATENCIÓN EN SALUD

A continuación, se encuentra un formato en el cual se diligenciarán los eventos que pongan en riesgo el bienestar de los consultantes, presentados durante la atención a recibida en el Centro de Psicología Clínica Konrad Lorenz. Es importante distinguir si se trató de un incidente, complicación o evento adverso.

Fallas en la atención en salud	Tipo: Señale con una equis "X" según corresponda			Fecha de presentación	Realización de análisis		Documentación Plan de mejora	
	Incidente	Complicación	Evento adverso		Si	No	Si	No