

# PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Francia Elena Moreno Villa  
Ferney Cuello Bernal  
Estudiantes de Maestría en Administración Hospitalaria  
Universidad de Antioquia FNSP



UNIVERSIDAD  
DE ANTIOQUIA

1 8 0 3



# DATOS IMPORTANTES



## PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Página 1 de 48
Código: MSP - 01
Versión: 01
Fecha de actualización: Julio 2020
Elaborado por: Comité de Calidad

### INTRODUCCIÓN

*"Errar es humano. Ocultar los errores es imperdonable. No aprender de ellos no tiene perdón" (Donaldson)*

La seguridad es un principio fundamental del cuidado de los pacientes y un componente clave de la calidad asistencial. Debe ser una prioridad para todo sistema y debe situarse en el centro de todas las políticas de las instituciones de salud, por la creciente importancia que se le está concediendo desde el Ministerio de Salud y Protección Social y la O.M.S. con la puesta en marcha de la Alianza Mundial Para La Seguridad Del Paciente.



# DATOS IMPORTANTES

Según estudios del Instituto de Medicina de Estados Unidos (1999), los errores asistenciales ocasionan la muerte de 48.000 a 90.000 pacientes por año, cifra superior a la de las muertes por accidentes de tráfico aéreo (1 en 8, 000,000 vuelos), cáncer del seno o sida. Además se reporta que se da un evento adverso de cada 27 a 34 ingresos hospitalarios.

# NORMATIVA

La política de seguridad en Colombia propende porque cada vez las instituciones y los profesionales, sean más hábiles en identificar los errores más frecuentes que suceden durante el proceso de atención, aprendan a gestionarlos y prevenirlos para progresivamente instaurar la cultura de seguridad del paciente. Es congruente con la tendencia mundial en calidad en salud y se da como consecuencia del avance del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud normado por el Decreto 1011 de 2006 que hace énfasis en los resultados que se consiguen en el paciente.

# OBJETIVOS

1. Establecer políticas institucionales encaminadas hacia una atención segura.
2. Prevenir la ocurrencia de eventos adversos en los procesos de atención en salud, mediante el despliegue de metodologías científicamente probadas y la adopción de herramientas prácticas que mejoren las barreras de seguridad y establezcan un entorno seguro de la atención en salud.
3. Promover dentro de la institución una cultura del reporte de eventos adversos.
4. Analizar los eventos adversos reportados en las diferentes áreas de la institución.
5. Establecer planes de mejoramiento basados en el análisis de los eventos adversos reportados.
6. Reducir costos de la no calidad secundaria a la ocurrencia de un evento adverso.
7. Elaborar y dar a conocer programas educativos para la seguridad del paciente.



# ALCANCE





# EJES FUNDAMENTALES DE LA POLÍTICA

- La cultura de la seguridad del paciente.
- La estandarización de los procesos institucionales
- La estandarización de los procesos asistenciales.
- El sistema de reporte, gestión de eventos adversos y aprendizaje organizacional



# MODELO DE DESARROLLO

## LA CULTURA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.

- Desarrollo de hábitos y prácticas seguras.
- Normas transversales de seguridad
- Fomento de la cultura del reporte
- Procesos de inducción y reinducción
- Capacitación y entrenamiento en seguridad del paciente



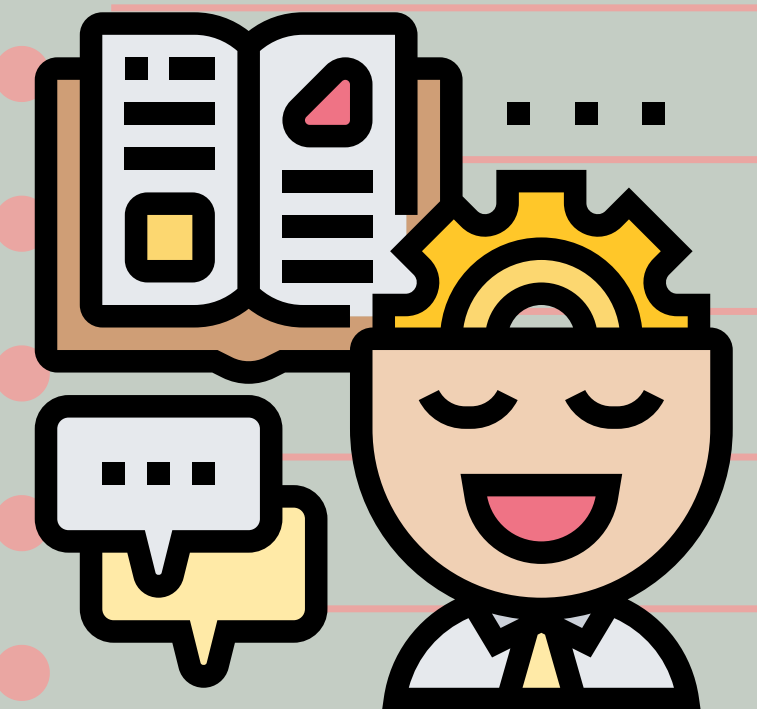
## - PROCESOS SEGUROS. -

- GUÍAS DE PRACTICA CLÍNICA DE MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA
- MANUAL PARA LA CONSECUION DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO
- PROTOCOLO CÓDIGO AZUL
- PROTOCOLO PARA EL USO SEGURO DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS

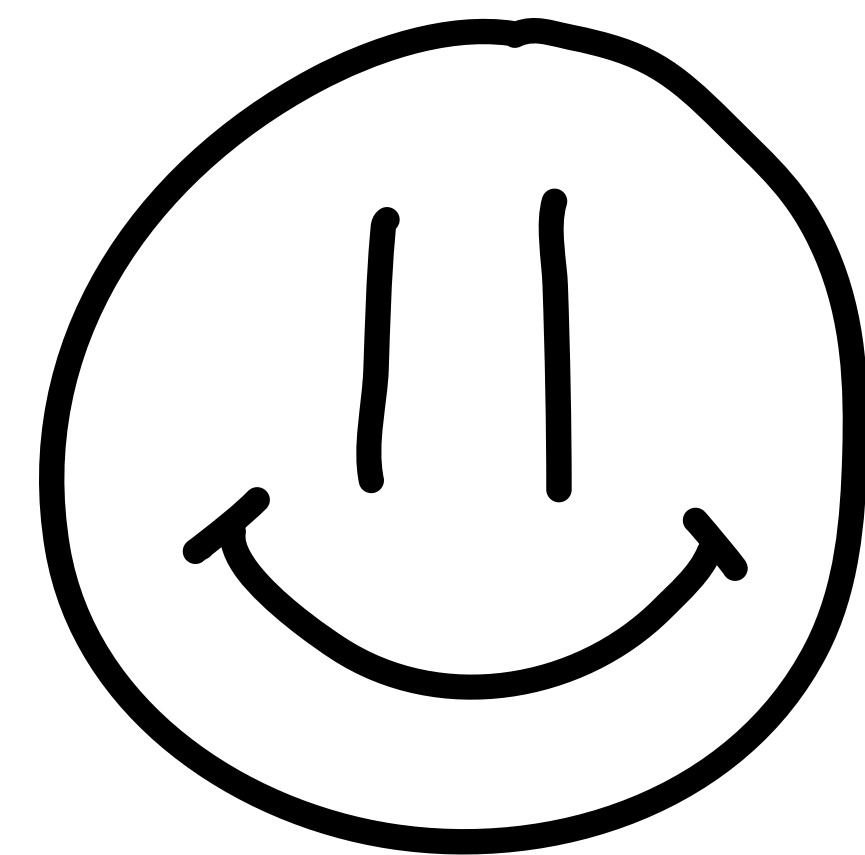


## Aprendizaje organizacional.

- METODOLOGÍA DE REPORTE Y ANÁLISIS DE EVENTOS ADVERSO
- PLANES DE MEJORAMIENTO
- MONITOREO Y EVALUACION DE LOS RIESGOS







# ALGUNOS CONCEPTOS

1

EL EVENTO ADVERSO se caracteriza por la presencia de una tríada:

1. Hay daño o lesión,
2. Es atribuible a la atención en salud
3. Se ha producido de manera involuntaria por el personal asistencial.

2

Acciones inseguras: Son aquellas situaciones u omisiones involuntarias o violaciones conscientes de normas de seguridad de quienes tienen a cargo ejecutar la tarea, también se conoce como fallas activas.

3

Atención Segura: Aquella que incorpora la mejor evidencia clínica disponible en el proceso de toma de decisiones, con el propósito de maximizar los resultados y minimizar los riesgos.

4

Complicación: Resultado clínico adverso de probable aparición e inherente a las condiciones propias del paciente y/o de su enfermedad.

# ALGUNOS CONCEPTOS

1

**Error:** acción fallida que no se realiza tal como se planificó.

2

**Incidente:** Aquel acontecimiento o situación que potencialmente podría haber causado daño pero que no lo ha hecho a causa de la presencia de una barrera de seguridad del paciente que lo ha impedido o por casualidad. Son también llamados "casi errores", situaciones al límite del error, error potencial

3

**Evento centinela:** Es un tipo de evento adverso que ha dado por resultado una muerte no anticipada o una pérdida de función permanente y significativa, no relacionada con el curso natural de la enfermedad del paciente o de su condición subyacente.

4

**Seguridad:** Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por prevenir y minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención en salud o minimizar sus consecuencias.

# Ejemplos

- Error en la medicación que es detectado previo a su administración al paciente.

INCIDENTE

- Técnica de cuidado de catéter incorrecta que aún no ha ocasionado una flebitis.
- Olvido de material quirúrgico en cavidad.

EVENTO  
ADVERSO



CENTINELA

- Infección asociada a la atención en salud

FALLA  
ADMINISTRATIVA

Errores de prescripción, preparación y administración de medicamentos (tipo, dosis o vía de administración) o soluciones no transcritas en las indicaciones médicas



## BIBLIOGRAFÍA

01. República de Colombia, Ministerio de la Protección Social, Decreto Número 1011, abril 03 de 2006

02. República de Colombia, Ministerio de la Protección Social, Resolución Número 1043, abril 03 de 2006

03. Franco, A.L. Fundamentos de seguridad al paciente para disminuir errores médicos. 1ª ed. Cali: Editorial universidad del Valle, 2006:17-172.

04. Tan D., Srinivas S, Effectiveness of Self-managed teams in clinical laboratories. p.3.

05. Otero, M.J. ERRORES DE MEDICACIÓN Y GESTIÓN DE RIESGOS, Revista Española de Salud Pública, 2003, 77: 527-540.

06. Kerguelen C.A. Más allá del error médico. Revista vía salud 2002, 19:38-43.



GRACIAS

