

**DISEÑO DE UNA GUÍA DE MANEJO EN BUENAS PRÁCTICAS EN  
SEGURIDAD DEL PACIENTE, HACIENDO ENFASIS EN IDENTIFICACIÓN DEL  
USUARIO Y DETECCIÓN DE INFECCIONES EN LA CLÍNICA CARLOS ARDILA  
LÜLLE (FOSCAL) BASADOS EN LOS LINEAMIENTOS DEL MINISTERIO DE  
PROTECCIÓN SOCIAL**

**HERNAN DARIO HERRERA MAYORGA  
NINI JOHANA PUENTES BAYONA**

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER  
FACULTAD DE INGENIERÍA FISCO-MECÁNICAS  
ESCUELA DE ESTUDIOS INDUSTRIALES Y EMPRESARIALES  
ESPECIALIZACION EN GERENCIA INTEGRAL DE LA CALIDAD  
BUCARAMANGA**

**2016**

**DISEÑO DE UNA GUÍA DE MANEJO EN BUENAS PRÁCTICAS EN  
SEGURIDAD DEL PACIENTE, HACIENDO ENFASIS EN IDENTIFICACIÓN DEL  
USUARIO Y DETECCIÓN DE INFECCIONES EN LA CLÍNICA CARLOS ARDILA  
LÜLLE (FOSCAL) BASADOS EN LOS LINEAMIENTOS DEL MINISTERIO DE  
PROTECCIÓN SOCIAL**

**HERNAN DARIO HERRERA MAYORGA  
NINI JOHANA PUENTES BAYONA**

**Trabajo de monografía para optar el título de: Especialista en Gerencia  
Integral de la Calidad**

**DIRECTOR:  
SANDRA PATRICIA MENDIVELSO MORENO  
Magister en Calidad**

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER  
FACULTAD DE INGENIERÍA FISCO-MECÁNICAS  
ESCUELA DE ESTUDIOS INDUSTRIALES Y EMPRESARIALES  
ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA INTEGRAL DE LA CALIDAD  
BUCARAMANGA**

**2016**

## TABLA DE CONTENIDO

	<b>Pág.</b>
INTRODUCCIÓN .....	19
1. PROBLEMA .....	20
1.1 TITULO .....	20
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	20
1.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	22
1.4 JUSTIFICACIÓN.....	22
1.5 OBJETIVOS.....	24
1.5.1 Objetivo general.....	24
1.5.2 Objetivos específicos. ....	24
1.6 ALCANCES Y LIMITACIONES .....	25
1.6.1 Alcance. ....	25
1.6.2 Limitaciones. ....	25
2. MARCO CONTEXTUAL .....	26
2.1 MARCO TEORICO .....	26
2.1.1 Investigaciones realizadas a nivel mundial sobre seguridad del paciente. ...	26
2.1.1.1 Estudio “TO ERR IS HUMAN”.....	26
2.1.1.2 Estudio Ibeas. ....	29
2.1.2 Trabajos realizados en Colombia sobre seguridad del paciente.....	30

2.1.2.1 Título: Guía técnica “buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud” .....	31
2.1.2.2 Título: Seguridad del paciente y la atención segura. ....	31
2.1.3 Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente en la república de Colombia. ....	32
2.1.3.1 Los principios orientadores de la política. ....	33
2.1.3.2 Caracterización del problema. ....	35
2.1.3.3 Las barreras de seguridad que previenen la ocurrencia del evento adverso .....	36
2.1.4 Paquetes instruccionales del ministerio de protección social que abordaremos en el desarrollo de la guía de seguridad del paciente.....	37
2.1.4.1 Detectar, prevenir el riesgo de infecciones asociadas con la atención en salud. ....	37
2.1.4.2 Asegurar la correcta identificación del paciente en los procesos asistenciales .....	38
2.1.4.3 Metodologías para la evaluación de la frecuencia con lo cual se presentan los eventos adversos. ....	40
3. MARCO REFERENCIAL.....	42
3.1 PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA FUNDACIÓN OFTALMOLOGÍA DE SANTANDER CLÍNICA CARLOS ARDILA LULLE (FOSCAL) .....	42
4 .MARCO CONCEPTUAL .....	44
4.1 SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE LA CALIDAD.....	44
4.2 SISTEMA UNICO DE ACREDITACION.....	44
4.3 SISTERMA UNICO DE AUDITORIA.....	45
4.4 SISTEMA UNICO DE HABILITACION .....	45
5 MARCO LEGAL .....	47

5.1 DESCRIPCIÓN BREVE DE LEYES Y DECRETOS APLICABLES EN SALUD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE .....	49
5.1.1 Manejo del entorno legal en seguridad del paciente.....	52
5.2 APLICACIÓN DEL REFERENTE EN LA CLINICA CARLOS ARDILA LULLE .	53
6. CONCLUSIONES .....	54
7. RECOMENDACIONES.....	56
BIBLIOGRAFIA.....	58
ANEXOS.....	62

## LISTA DE TABLAS

	<b>Pág.</b>
Tabla 1. Descripción breve de leyes y decretos aplicables en salud y seguridad del paciente.....	49

## LISTA DE FIGURAS

	<b>Pág.</b>
Figura 1. Modelo de Reason (queso suizo de causalidad de los accidentes).....	36

## LISTA DE ANEXOS

	<b>Pág.</b>
Anexo A. Guía para asegurar la correcta identificación del paciente y prevención de infecciones intrahospitalarias. ....	62
Anexo B. Publicación en internet utilizando el software ISSU .....	63
Anexo C. Correcta identificación del paciente en procesos asistenciales.....	64
Anexo D. Prevención de infecciones intrahospitalarias .....	65

## GLOSARIO

**ATENCIÓN DE SALUD:** la Atención de Salud se define como el conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población. (Decreto 1011 2006).

**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.

**ACCIÓN INSEGURA:** conducta que ocurre durante el proceso de atención en salud, usualmente por acción u omisión de miembros del equipo.

**AMBIENTE SEGURO:** Que cumple con la normatividad y se encuentra libre de peligros.

**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.

**CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD:** Se entiende como la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios.

**CONDICIONES DE CAPACIDAD TECNOLÓGICA Y CIENTÍFICA:** Son los requisitos básicos de estructura y de procesos que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud por cada uno de los servicios que prestan y que se consideran suficientes y necesarios para reducir los principales riesgos que amenazan la vida o la salud de los usuarios en el marco de la prestación del servicio de salud.

**COMPLICACIÓN:** Daño o resultado clínico no atribuible a la atención en salud sino a la enfermedad o a las condiciones propias del usuario.

**CULTURA DE SEGURIDAD:** Difundir y socializar conceptos y políticas de seguridad del paciente.

**EVENTO DE ATENCIÓN EN SALUD:** Incidente o evento adverso derivado de la atención en salud.

**EVENTO ADVERSO:**daño prevenible en el usuario relacionado con la atención médica y no a las complicaciones de su enfermedad o condiciones propias del usuario.

**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.

**EQUIPO INVESTIGADOR:** Personas designadas por la oficina de Atención Segura para realizar la investigación, análisis del caso y formulación del plan de intervención; En los eventos catalogados como severidad grave o III siempre el jefe de servicio correspondiente formará parte del equipo investigador.

**FACTOR CONTRIBUTIVO:** Condiciones que facilitaron o predispusieron a una acción insegura.

**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.

**GESTIÓN DEL EVENTO ADVERSO:** Conjunto de herramientas, procedimientos y acciones utilizadas para identificar y analizar la progresión de una falla o la producción del daño al usuario, con el propósito de prevenir o mitigar sus consecuencias.

**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.

**INCIDENTE:** Evento que tiene el potencial de causar un evento adverso, pero por la intervención oportuna o una barrera de seguridad no genera daño en el usuario.

**LÍDER DE GESTIÓN:** corresponde al funcionario responsable de realizar la investigación del evento.

**OFICINA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE:** Oficina encargada del programa de Seguridad del paciente de la institución y que orienta sus esfuerzos a acciones que prevengan o disminuyan la ocurrencia de eventos adversos prevenibles en los usuarios.

**PROCESOS CONFIABLES:** Conjunto de actividades mutuamente relacionadas, con el objetivo de preservar y mantenerla salud de los individuos.

**PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE:** Estrategia institucional diseñada para identificar, evaluar, gestionar y prevenir los eventos y riesgos que afecten la seguridad de un usuario durante la atención en salud en las diferentes instituciones hospitalarias, se fundamenta en 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.

**PERSONAL DE SALUD:** Se refiere al personal asistencial o administrativo de la institución.

**PLAN DE INTERVENCIÓN:** Conjunto de tareas definidas posterior al análisis de los eventos que se deben cumplir como acciones que prevengan la nueva ocurrencia del evento analizado.

**SEGURIDAD DEL PACIENTE:** es el conjunto de elementos estructurales, proceso, 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.

**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

**SEVERIDAD DEL DESENLACE:** Clasificación del impacto en el usuario según severidad o gravedad:

*I Leve:* Aquel que ocasiona lesión en el usuario hospitalizado sin prolongación de la estancia hospitalaria, o no genera hospitalización en paciente ambulatorio.

*II Moderado:* Aquel que ocasiona prolongación de la estancia hospitalaria de al menos de 1 día de duración en paciente hospitalizado, o genera hospitalización en paciente ambulatorio.

*III Grave:* Aquel que ocasiona muerte o incapacidad residual al alta

**RIESGO:** probabilidad de que un incidente o evento adverso ocurra.

**RESPONSABLE DE SEGUIMIENTO:** corresponde al funcionario de la oficina de Seguridad del Paciente que realiza la auditoria y seguimiento de los planes propuestos.

**PROTOCOLO DE LONDRES:** es una versión revisada y actualizada de un documento previo conocido como “Protocolo para Investigación y Análisis de Incidentes Clínicos” y Su propósito es facilitar la investigación clara y objetiva de

los incidentes clínicos, lo cual implica ir mucho más allá de simplemente identificar la falla o de establecer quién tuvo la culpa.

## RESUMEN

**TITULO:** DISEÑO DE UNA GUÍA DE MANEJO EN BUENAS PRÁCTICAS EN SEGURIDAD DEL PACIENTE, HACIENDO ENFASIS EN IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO Y DETECCIÓN DE INFECCIONES EN LA CLÍNICA CARLOS ARDILA LÚLLE (FOSCAL) BASADOS EN LOS LINEAMIENTOS DEL MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL

**AUTOR:** NINI JOHANA PUENTES BAYONA  
HERNAN DARIO HERRERA MAYORGA\*\*

**PALABRAS CLAVES:** Seguridad del paciente, evento adverso, infecciones nosocomiales, correcta identificación del paciente.

Esta monografía corresponde a la revisión bibliográfica y análisis de la literatura sobre la “seguridad del paciente en la prestación de servicios de salud” desde hace años, diversos organismos nacionales e internacionales como la O. M. S vienen desarrollando de forma periódica, estrategias de seguridad del paciente para mejorar la calidad de los cuidados en los diferentes centros asistenciales, Colombia impulsa 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.

La seguridad del paciente se considera un indicador importante en la calidad de la atención, es importante que las organizaciones cuenten con una política de seguridad del paciente e implementar prácticas seguras en los diferentes procesos de atención.

El resultado de esta monografía fue la elaboración de una herramienta que ayude al personal asistencial a prevenir y/o minimizar los eventos adversos mediante la aplicación de la presente guía de manejo en buenas prácticas en seguridad del paciente “correcta identificación del paciente y prevención de infecciones intrahospitalarias.

---

\* Trabajo de grado

\*\* Facultad de Ingenierías Físico – Mecánicas Escuela de Estudios Industriales y Empresariales. Especialización en Gerencia Integral de la Calidad Director Sandra Patricia Mendivelso

## ABSTRACT

**TITLE:** DESIGN OF A GUIDE ON BEST PRACTICES IN PATIENT SAFETY, WITH AN EMPHASIS ON IDENTIFICATION OF THE USER AND DETECTION OF INFECTIONS IN THE CLÍNICA CARLOS ARDILA LÚLLE (FOSCAL) BASED ON THE GUIDELINES OF THE MINISTRY OF SOCIAL PROTECTION

**AUTHOR:** NINI JOHANA PUENTES BAYONA  
HERNÁN DARÍO HERRERA MAYORGA\*\*

**WORDS KEY:** safety of the patient, event adverse, infections in the hospital, correct identification of the patient.

This monograph corresponds to the literature review and analysis of the literature on the "patient safety in the delivery of health services" for years, various national and international bodies such as OMS have been developing periodically, strategies of patient safety to improve the quality of care in the different assistance centers, likewise there have been studies around the world that helped in decision making regarding the management of the patient hospitalized, Colombia promotes a policy of patient safety, led by the compulsory system of guarantee of quality of healthcare, which aims to prevent the occurrence of situations that affect the safety of the patient, reduce and if possible eliminate the occurrence of adverse events for having safe and competitive institutions internationally.

The safety of the patient is considered an important indicator in the quality of care, an adverse event is a situation unexpected, harmful to the patient product of this relationship with the health team, it is important that organizations have a policy of patient safety that includes the identification and analysis of adverse events and incidents to identify its causes and actions for to intervene them. In such a way that starting from the causal analysis should design and implement safe practices in the different processes of care.

The result of this monograph was the development of a tool that will help the nursing staff to prevent or minimize adverse events through the application of the management guide on good practice in safety of the patient "correct identification of patient and prevention of hospital infections.

---

\* Bachelor Thesis

\*\* Faculty of Physical - Mechanical Engineering School of Industrial and Business Studies. Specialization in Integral Quality Management Director Sandra Patricia Mendivelso

## INTRODUCCIÓN

La seguridad del paciente es un pilar fundamental para lograr la calidad en la prestación de los servicios de salud, debido a que diariamente se presenta un alto índice de eventos adversos generados por inadecuadas prácticas del personal de salud, esto puede deberse a fallas de los sistemas de salud, falta de capacitación y procesos estructurados en los diferentes centros asistenciales, con los estudios realizados se han logrado identificar puntos críticos que influyen en la seguridad de los usuarios por consiguiente, se han planteado políticas y programas a niveles mundiales enfocados a disminuir el evento adverso.

Las diferentes organizaciones e instituciones de salud se han interesado en que tomar acciones que minimicen los riesgos y/o prevengan eventos adversos con acciones como, actuar a tiempo, corregir errores y aprender de ellos, son indispensables para crear un clima de seguridad que lleve al mejoramiento continuo de la calidad en la atención en salud.

Los errores en salud no son producto consiente de hacer daño, sino de inadecuados sistemas, procesos y actividades; fortalecer la capacidad para actuar y evitar en gran medida que no ocurran eventos y proteger a los pacientes contra riesgos innecesarios es el objetivo de todo el trabajo se ha venido realizando en los últimos años a nivel mundial.

## **1. PROBLEMA**

### **1.1 TITULO**

DISEÑO DE UNA GUÍA DE MANEJO EN BUENAS PRÁCTICAS EN SEGURIDAD DEL PACIENTE, HACIENDO ENFASIS EN IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO Y DETECCIÓN DE INFECCIONES EN LA CLÍNICA CARLOS ARDILA LÜLLE (FOSCAL) BASADOS EN LOS LINEAMIENTOS DEL MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL.

### **1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La preocupación por la seguridad del paciente, no es un tema nuevo, desde hace mucho tiempo se tiene conocimiento sobre errores que se cometían en el desarrollo de la práctica médica pero los estudios realizados no tuvieron el auge esperado, solo hasta comienzos de los años noventa cuando Brennan y Leape <sup>1</sup> dos investigadores estadounidenses, publicaron en el The New England Journal of Medicine, una de las más prestigiosas revistas del mundo científico, los resultados de su revisión de treinta mil historias clínicas escogidas al azar, estos autores encontraron que hay “una cantidad importante de lesiones infligidas a pacientes por la atención médica, y que muchas de estas lesiones son producto de atención subestándar”, y concluyeron diciendo que “la reducción de estos eventos requeriría identificar sus causas y desarrollar métodos para prevenir el error o reducir sus consecuencias”.

---

<sup>1</sup> QUALITY OF HEALTH CARE IN AMERICA, INSTITUTE OF MEDICINE, To Err Is Human: Building a Safer Health System Linda T. Kohn, Janet M. Corrigan, and Molla S. Donaldson, Editors; Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine, noviembre 2000.[En línea]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1987460>

A partir de esta publicación, la Seguridad del paciente ha venido adquiriendo un auge en investigación y conocimiento, pero trasciende cuando el Instituto de Medicina (IOM) en los Estados Unidos publicó en 1999 el informe: "To Err is Human"<sup>2</sup>, su contenido provocó un gran impacto en la sociedad y en la propia comunidad médica al señalar que la mortalidad de pacientes hospitalizados por errores médicos oscilaba entre 44,000 y 98,000 muertes por año, por arriba de accidentes automovilísticos, cáncer de mama o SIDA.

En octubre de 2004 la Organización Mundial de la Salud (OMS) creó la antigua Alianza Mundial por la Seguridad de los pacientes, hoy Programa de Seguridad del Paciente y pidió a los países miembros trabajar en el tema para evitar eventos adversos prevenibles.

Luego se publicó el informe europeo "Una Organización con Memoria" y le han seguido múltiples publicaciones y planes de acción tanto a nivel nacional como internacional.

En América Latina el primer documento nacional que estableció oficialmente una política de seguridad del paciente fue el denominado "Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente" en Colombia promulgado por el Ministerio de la Protección Social en junio de 2008 seguido en el 2009 de la una Guía técnica "Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud".

En Colombia la seguridad del paciente, es 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.

---

<sup>2</sup>Ibíd.

### **1.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

De acuerdo a la problemática que existe en seguridad del paciente y debido a la falta de investigación en este campo en Colombia ¿Cómo alinear los referentes nacionales con las prácticas desarrolladas en IPS Clínica Carlos Ardila Lulle (FOSCAL)?

### **1.4 JUSTIFICACIÓN**

La seguridad del paciente tiene gran importancia para todos los que se ven involucrados en el proceso de la atención de servicios de salud. Tanto para pacientes y sus familias, que buscan sentirse seguros y con plena confianza en los cuidados que se les proporcionan, como para el personal de salud que desean ofrecer una atención médica efectiva, eficiente, de calidad y segura.

El desarrollo de las actividades de la medicina conlleva a riesgos para los pacientes, sin que esto signifique que haya una intención de hacer daño por parte de los trabajadores de la salud, cuando se causa lesión a un paciente se puede denominar como un incidente o evento adverso entendiéndose éste último, como un accidente imprevisto e inesperado que causa algún daño o complicación al paciente y que es consecuencia directa de la asistencia sanitaria que recibe y no de la enfermedad que padece; Ante la gravedad de este problema de salud pública, las instituciones prestadoras de servicios de salud deberían implementar programas para mejorar la atención y la seguridad del paciente, se deben diseñar estrategias de control de eventos adversos, conocer muy bien los procesos institucionales para determinar barreras que nos ayuden a disminuir cada vez las lesiones ocasionadas por la prestación de servicios médicos a los usuarios, se debe realizar investigaciones dentro de las organizaciones para poder actuar y mejorar la seguridad del paciente.

La Clínica Carlós Ardila Lülle (FOSCAL) como institución prestadora de servicios de salud, ha venido fortaleciendo el manejo de la seguridad del paciente desde hace 10 años, sus inicios se dieron en el año 2006 con el programa de “Seguridad del usuario durante la hospitalización” en donde solo se realizaba análisis de los eventos adversos por parte de enfermería, actualmente tiene establecido el programa de atención segura, dando cumplimiento a la normatividad vigente expedida por el Ministerio de la Protección Social; hoy en día su visión está orientada a consolidarse a nivel de Latinoamérica en una organización líder en la seguridad del paciente.

Sin embargo y pese a los esfuerzos realizados en estos últimos años, se siguen presentado eventos adversos e incidentes durante la atención de un paciente, algunos de los factores son: el cambio constante de las condiciones clínicas del paciente, personal nuevo que ingresa a la institución, la complejidad propia de cada procedimiento clínico o quirúrgico, de factores humanos relacionadas con la atención, equipos y desarrollo de nuevas tecnologías a utilizadas en los procesos que en últimas llevan a errores, esto hace que se sigan presentado eventos adversos, no obstante, la FOSCAL continúa investigando soluciones para la problemática existente en seguridad del paciente, con el objetivo de disminuir el riesgo de la atención en salud, implementando un enfoque preventivo en la ocurrencia de eventos adversos en los procesos de atención, fomentando una cultura institucional orientada a la seguridad del paciente y educando a los trabajadores de la institución, proveedores de servicios, pacientes y sus allegados en procesos confiables bajo un ambiente seguro.

Para ayudar a disminuir la incidencia de eventos adversos dentro de la organización, en esta monografía se abordará el tema de seguridad del paciente mediante la elaboración de una guía de manejo en buenas prácticas, enfatizando en identificación del usuario y control de infecciones, basada en los lineamientos del Ministerio de la Protección Social, de tal manera que esta guía sea una

herramienta que ayude al personal de salud al momento de brindar atención a los usuarios y que contribuya a disminuir los eventos adversos e incidentes dentro de la organización.

## **1.5 OBJETIVOS**

**1.5.1 Objetivo general.** Diseñar una guía metodológica de buenas prácticas de seguridad del paciente en el manejo de identificación del usuario y control de infecciones de fácil aplicación, dirigida al personal asistencial de la Clínica Carlos Ardila Lülle (FOSCAL) con base en las pautas emitidas por el Ministerio de la Protección Social.

### **1.5.2 Objetivos específicos.**

- Realizar una investigación documental sobre los estándares nacionales e internacionales para el manejo de seguridad del paciente.
- Diseñar y estructurar guía metodológica de fácil aplicación teniendo en cuenta la información recopilada, en aspectos normativos y prácticas asistenciales de sector salud.
- Prevenir la ocurrencia de eventos adversos en los procesos de atención en salud mediante el diseño de una guía de buenas prácticas en seguridad del paciente haciendo énfasis en identificación del usuario y prevención de infecciones intrahospitalarias utilizando metodologías científicamente probadas que mejoren las barreras de seguridad y establezcan un entorno seguro de la atención en salud.
- Utilizar el software ISSUU como herramienta que permita la difusión en internet de la guía de buenas prácticas en seguridad del paciente, para fomentar en los trabajadores de salud buenas prácticas en identificación de usuarios y prevención de infecciones intrahospitalarias.

## **1.6 ALCANCES Y LIMITACIONES**

**1.6.1 Alcance.** El análisis propuesto incluye interpretación de los lineamientos vigentes del Ministerio de la Protección Social, planeación y diseño de una guía de manejo metodológica de la seguridad del paciente, que sea aplicable en las áreas asistenciales de la Clínica Carlos Ardila Lülle (FOSCAL).

**1.6.2 Limitaciones.** Dentro de las limitaciones a las cuales nos podemos enfrentar en el desarrollo de esta monografía podemos establecer:

- I) El diseño de la guía de buenas prácticas en seguridad del paciente, en el software ISSUU, ya que se requiere de tiempo para poder realizar el montaje en esta plataforma.
- II) Falta literatura sobre estudios de investigación en seguridad del paciente realizados en Colombia, en el desarrollo de la presente revisión bibliográfica se han tenido referentes americanos y europeos.
- III) La complejidad de los 23 paquetes instruccionales elaborados por el Ministerio de la "Protección Social de los cuales, razón 10 son de obligatorio cumplimiento para las IPS.

## 2. MARCO CONTEXTUAL

### 2.1 MARCO TEORICO

**2.1.1 Investigaciones realizadas a nivel mundial sobre seguridad del paciente.** Según la OMS el daño involuntario a pacientes que son sometidos a tratamientos no es un fenómeno nuevo. El registro más antiguo de este problema data del siglo XVII A.C. La respuesta en aquellos días era clara y exclusivamente punitiva (por ejemplo, se le cortaba la mano a un cirujano). Hoy en día, las soluciones para mejorar la seguridad del paciente ofrecen un enfoque más constructivo, uno en el cual el éxito (una atención más segura) es determinado por lo bien que los profesionales médicos trabajan en equipo, cuán efectivamente se comunican entre sí y con los pacientes, y cuán cuidadosamente diseñados están los procesos de prestación de atención y los sistemas de apoyo de la atención. Con el creciente reconocimiento de los problemas de seguridad en la atención sanitaria, es momento de crear y difundir “Soluciones” para la seguridad del paciente.

**2.1.1.1 Estudio “TO ERR IS HUMAN”.** El tema del error en medicina adquiere relevancia internacional luego del reporte “Errar es Humano”<sup>3</sup> que en 1999 publicó cifras alarmantes en cuanto a cantidad de errores, sus consecuencias y costos en los Estados Unidos de América. 98.000 personas fallecidas en los hospitales por año en USA, según proyección del estudio de Nueva York, con 3,7% de eventos adversos en hospitalización, de los cuales 13,6% condujeron a fallecimientos y 2,6% a importante incapacidad permanente, de estos 58% eran previsibles. El 27% de los errores fue por negligencia y de estos uno de cada cuatro fueron mortales.

---

<sup>3</sup>Ibid.

- La proyección según el estudio realizado en Colorado – Utah estimó 44.000 personas fallecidas en hospitales por año, 2,9% de eventos adversos, de los cuales 6,6% condujeron a fallecimiento. 29,2% de los errores fue por negligencia, de estos uno de cada once fueron mortales y el 53% era previsible.

En ambos estudios las personas fallecidas por errores médicos superaron a las de accidente de tránsito por vehículos a motor, por cáncer de mama o HIV-Sida.

- 7.391 personas fallecidas en 1993 por errores en la medicación.
- Aproximadamente una operación en el lado incorrecto en el país por día.
- 3% de errores medicamentosos en terapias infantiles.
- 4,2% de eventos adversos por medicación en ambulatorio.
- 20% de errores en las soluciones endovenosas preparadas por enfermería.
- 45,8% de eventos adversos en terapias.
- 14% de paros cardíacos consecutivos a eventos adversos, de los cuales el 50% era previsible.

A nivel mundial, la Asamblea de la World Health Organization en el año 2002 adoptó una resolución solicitando a los países miembros a prestar especial atención al problema de la seguridad de los pacientes y en octubre de 2004 creó la Alianza Mundial para la Seguridad de los pacientes, con el lema “first do no harm” (primero no dañar) para reducir accidentes y el riesgo de errores en los Sistemas de Salud.

En 2005, la Organización Mundial de la Salud (OMS) lanzó la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente,<sup>4</sup> e identificó seis campos de acción. Uno de estos

---

<sup>4</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, presenta la iniciativa mundial en pro de la seguridad del paciente y publica unas directrices sobre higiene de las manos en la atención sanitaria [En línea]. Disponible en: (<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2005/pr50/es/>)

campos de acción es el desarrollo de “Soluciones para la seguridad del paciente”<sup>5</sup>. En el mismo año, la Comisión Conjunta y la Comisión Internacional Conjunta fueron designadas como Centro Colaborador de la OMS sobre Soluciones para la Seguridad del Paciente<sup>6</sup>, a fin de iniciar y coordinar el trabajo de elaboración y difusión de soluciones para la seguridad de los pacientes. El producto de este componente de la Alianza Mundial se proporcionará a la comunidad médica de todo el mundo como “Soluciones para la seguridad del paciente”.

La OMS estima que, a escala mundial, cada año, decenas de millones de pacientes sufren lesiones incapacitantes o mueren como consecuencia de prácticas médicas o atención insegura.

Casi uno de cada 10 pacientes sufre algún daño al recibir atención sanitaria en hospitales bien financiados y tecnológicamente adelantados.

Es importante tener presente que se sabe muy poco sobre la magnitud de las lesiones producidas por la atención insegura en los países en desarrollo, y que éstas pueden ser superiores a las de los países desarrollados debido a limitaciones de infraestructura, tecnología y recursos humanos.

La atención insegura genera gastos médicos y de hospitalización, infecciones nosocomiales, pérdida de ingresos, discapacidad y pleitos que en algunos países cuestan entre US\$ 6000 millones y US\$ 29 000 millones por año.

El coste anual generado por las inyecciones administradas sin precauciones de seguridad se estima en US\$ 535 millones en gastos médicos directos.

---

<sup>5</sup> OMS lanza "Nueve soluciones para la seguridad del paciente" a fin de salvar vidas y evitar daños .OMS centro de prensa 2007.(<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2007/pr22/es/>)

<sup>6</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, presenta la iniciativa mundial en pro de la seguridad del paciente y publica unas directrices sobre higiene de las manos en la atención sanitaria. [En línea]. Disponible en: (<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2005/pr50/es/>)

La falta de seguridad del paciente es un problema mundial de salud pública que afecta a los países de todo nivel de desarrollo.

La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente se estableció a fin de promover esfuerzos mundiales encaminados a mejorar la seguridad de la atención de los pacientes de todos los Estados Miembros de la OMS.

La Alianza hace especial hincapié en fomentar la investigación como uno de los elementos esenciales para mejorar la seguridad de la atención sanitaria.

**2.1.1.2 Estudio Ibeas.** Prevalencia de eventos adversos en hospitales de Latinoamérica (2009)

"IBEAS<sup>7</sup> es un proyecto dirigido por el Ministerio de Sanidad y Política Social de España y la Organización Mundial de la Salud en colaboración con los Ministerios de Argentina, Colombia, Costa Rica, México y Perú y gestionado por la Organización Panamericana de la Salud.

Ha sido el primer estudio llevado a cabo a gran escala en América Latina para medir los eventos adversos que ocurren como resultado de la atención médica en los hospitales. Conocer la magnitud y las características del problema es el primer paso para poner soluciones y conseguir disminuir la carga de enfermedad debida a riesgos en los cuidados sanitarios.

Colombia específicamente mostró una prevalencia de eventos adversos del 13,1%, el 27.3% de los eventos se presentaron en menores de 15 años y el 27.7% se presentaron durante la realización de un procedimiento.

---

<sup>7</sup> MINISTERIO DE SALUD Estudio IBEAS Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica. [En línea]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/RESULTADOS%20ESTUDIO%20IBEAS.pdf>

## Principales resultados del estudio

10 de cada 100 pacientes ingresados en un día determinado en los hospitales había sufrido daño producido por los cuidados sanitarios, este riesgo se duplicaba si consideráramos todo el tiempo en el que el paciente estuvo hospitalizado, de modo que 20 de cada 100 pacientes ingresados presentaron al menos un incidente dañino a lo largo de su estancia en el hospital.

### Lesiones más frecuentes asociadas a los incidentes

1. Neumonía.
2. Infección de la herida quirúrgica.
3. Úlceras por presión.
4. Sepsis y shock séptico.
5. Necesidad de traslado a cuidado intensivo.
6. Flebitis
7. Consecuencias en la salud debido al retraso en el diagnóstico o diagnóstico erróneo.
8. Lesión a un órgano debido a una intervención o tratamiento médico.
9. Hemorragia o hematoma debido a una intervención o procedimiento médico
10. Invasión bacteriana de la sangre debido a dispositivos.

*Más de la mitad de los incidentes que causaron daño podrían haberse evitado<sup>8</sup>.*

**2.1.2 Trabajos realizados en Colombia sobre seguridad del paciente.** En Colombia existen algunos estudios investigativos, y tesis en las cuales aplican los lineamientos expedidos por el Ministerio de Protección Social, algunos de ellos se referencian a continuación; así como teorías recientemente expuestas que permiten establecer como ha sido tratado el tema en nuestro país, con relación al manejo de buenas prácticas y seguridad del paciente, siendo estos de

---

<sup>8</sup> Ibíd.

gran interés en miras de estar en contexto antes y durante la ejecución de la presente monografía.

**2.1.2.1 Título: Guía técnica “buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud”.**

**Autores:** MARITZA ROA G. Coordinadora del Grupo de Garantía de Calidad Dirección General de Calidad de Servicios, FRANCISCO RAÚL RESTREPO P. Consultor de la Dirección General de Calidad de Servicios Miembro del Consejo Técnico de la USN, MARIA ISABEL RIACHI G Consultora de la Dirección General de Calidad de Servicios Secretaría Técnica de la USN, JORGE ALBERTO ORDOÑEZ S. Profesional Especializado Grupo Garantía de Calidad Dirección General de Calidad de Servicios, LORENZA OSPINO R. Consultora Dirección de Salud Pública.

**Objetivo:** La presente Guía Técnica en Salud establece las recomendaciones que pueden tener en cuenta las Instituciones para incentivar, promover y gestionar la implementación de prácticas seguras de la atención en salud, incluye cuatro grupos que buscan: - Obtener procesos institucionales seguros - Obtener procesos asistenciales seguros - Involucrar los pacientes y sus allegados en su seguridad - Incentivar prácticas que mejoren la actuación de los profesionales

**2.1.2.2 Título: Seguridad del paciente y la atención segura.**

**Autores:** ALEJANDRO GAVIRIA URIBE Ministro de Salud y Protección Social, FERNANDO RUIZ GÓMEZ Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios, NORMAN JULIO MUÑOZ MUÑOZ Viceministro de Protección Social,

GERARDO BURGOS BERNAL Secretario General, JOSÉ FERNANDO ARIAS DUARTE Director de Prestación de Servicios y Atención Primaria<sup>9</sup>

**Objetivo:** Lograr que el lector identifique de forma ágil y dinámica los componentes fundamentales de un programa institucional de seguridad del paciente y el paso a paso para la implementación práctica en su institución.

**2.1.3 Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente en la república de Colombia.** Colombia impulsa una Política de Seguridad del Paciente<sup>10</sup>, liderada por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud,<sup>11</sup> 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.

La medicina colombiana ha alcanzado niveles importantes de desarrollo, obteniendo amplio reconocimiento por parte de nuestros ciudadanos e incluso a nivel internacional, Sin embargo, los avances científicos de la medicina también pueden acompañarse de riesgos adicionales, sin que necesariamente eso signifique que haya habido una intención de hacer daño por parte de los trabajadores de la salud, más bien hay desconocimiento de los factores que generan las situaciones mórbidas.

---

<sup>9</sup> MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL, Guía técnica “buenas practicas para la seguridad del paciente en la atención en salud” 2010, [en línea]. disponible en:<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/1/Gu%C3%ADa%20T%C3%A9cnica%20de%20Buenas%20Pr%C3%A1cticas%20en%20Seguridad%20del%20Paciente>

<sup>10</sup> MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL seguridad del paciente y la atención segura. [En línea]. Disponible en:<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia-buenas-practicas-seguridad-paciente.pdf>)

<sup>11</sup> CALIDAD EN SALUD. MINSALUD Seguridad del paciente. [En línea]. Disponible en: <http://calidadensalud.minsalud.gov.co/EntidadesTerritoriales/SeguridaddelPaciente.aspx>

El ejercicio de la medicina ha pasado de ser simple, poco efectivo y relativamente seguro a ser complejo, efectivo y potencialmente peligroso, si no existen los adecuados controles. Los procesos de atención en salud han llegado a ser altamente complejos, incorporando tecnologías y técnicas cada vez más elaboradas. Sucede entonces, que, en una atención en salud sencilla, pueden concurrir múltiples y variados procesos. Para obtener un resultado efectivo en el mejoramiento de la salud del enfermo se hace necesario que cada proceso que interviene se realice en forma adecuada y coordinada con los demás.

En sistemas tan complejos, alguno o algunos de esos procesos pueden salir mal, por causas no siempre atribuibles a la negligencia de un individuo en particular, sino más bien explicables por la concurrencia de errores de planeación o de ejecución durante el desarrollo de los procesos de atención en salud, impactando negativamente en el paciente y generando, en ocasiones, los llamados eventos adversos.

Para que un sistema de Atención en Salud sea seguro es necesario la participación responsable de los diversos actores involucrados en el. Cuando ocurre un evento adverso, el paciente sufre daño y el profesional de la salud también, pues en muchas ocasiones se señala como culpable a este sin detenerse a analizar que no ha habido intención de dañar, ni la cadena de procesos de la atención en salud que al fallar han facilitado la ocurrencia de tales situaciones. La Seguridad del Paciente implica la evaluación permanente y proactiva de los riesgos asociados a la atención en salud para diseñar e implantar de manera constante las barreras de seguridad necesaria.

**2.1.3.1 Los principios orientadores de la política.** Alcanzar el propósito de establecer una atención segura, va más allá del establecimiento de normas; estas son solamente el marco de referencia. Es necesario el compromiso y la cooperación de los diferentes actores para sensibilizar, promover, concertar, y

coordinar acciones que realmente alcancen logros efectivos. Los problemas de seguridad del paciente son inherentes a la atención en salud.

Principios transversales que orienten todas las acciones a implementar<sup>12</sup>.

**Estos principios son:**

**1. Enfoque de atención centrado en el usuario:** Significa que lo importante son los resultados obtenidos en él y su seguridad, lo cual es el eje alrededor del cual giran todas las acciones de seguridad del paciente.

**2. Cultura de Seguridad.** Los ambientes de despliegue de las acciones de seguridad del paciente deben 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.

**3. Integración con el 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.

**4. Multicausalidad:** El problema de la seguridad del paciente es un problema sistémico y multicausal en el cual deben involucrarse las diferentes áreas organizacionales y los diferentes actores.

---

<sup>12</sup> MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente.[En línea]. Disponible en: <http://www.acreditacionensalud.org.co/catalogo/docs/Lineamientos%20politica%20seguridad%20paciente.pdf>.

**5. Validez:** Para impactarlo se requiere implementar metodologías y herramientas prácticas, soportadas en la evidencia científica disponible.

**6. Alianza con el paciente y su familia:** La política de seguridad debe contar con los pacientes y sus familias e involucrarlos en sus acciones de mejora.

**7. Alianza con el profesional de la salud:** La política de seguridad parte del reconocimiento del carácter ético de la atención brindada por el profesional de la salud y de la complejidad de estos procesos por lo cual contará con la activa participación de ellos y procurará defenderlo de señalamientos injustificados.

### **2.1.3.2 Caracterización del problema.**

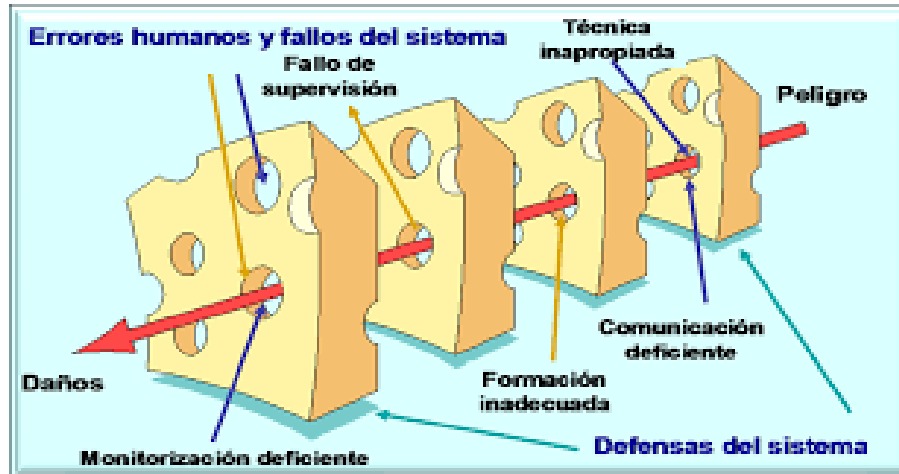
#### **El modelo explicativo de la ocurrencia y la causalidad del evento adverso.**

La opinión pública, ante la ocurrencia de un evento adverso, tiende a señalar al profesional y a pedir su sanción. No obstante, la evidencia científica ha demostrado que cuando un evento adverso ocurre, es la consecuencia final, derivada de una secuencia de procesos defectuosos que han favorecido la aparición del evento adverso o no lo han prevenido.

El mejor modelo explicativo acerca de la ocurrencia del evento adverso, y es el que utilizaremos en este documento, es del queso suizo: para que se produzca un daño, es necesario que se alineen las diferentes fallas en los diferentes procesos, a semejanza de los orificios de un queso: cuando alguno de ellos no lo hace, el daño no se produce. Igualmente se produce una falla en uno de los procesos está puede acentuar las fallas existentes en otros procesos a manera de un efecto dominó.

Modelo de Reason (queso suizo de causalidad de los accidentes)

**Figura 1. Modelo de Reason (queso suizo de causalidad de los accidentes)**



Fuente: SEFH Gestión de los riesgos para la seguridad del paciente integrada en el modelo de gestión decalidad. [En línea]. Disponible en: [http://www.sefh.es/sefhpublicaciones/documentos/56\\_congreso/jueves\\_14.30\\_santiago\\_candia\\_bo uso.pdf](http://www.sefh.es/sefhpublicaciones/documentos/56_congreso/jueves_14.30_santiago_candia_bo uso.pdf)

Por esa razón, es fundamental la búsqueda de las causas que originaron el evento adverso: el análisis causal, análisis de la ruta causal o de la causa raíz, de tal manera que se puedan definir e identificar las barreras de seguridad. En el análisis del incidente o del evento adverso sucedido es necesario considerar la ocurrencia de fallas en los procesos de atención para identificar las barreras de seguridad que deberán prevenir o neutralizar la ocurrencia del evento.

**2.1.3.3 Las barreras de seguridad que previenen la ocurrencia del evento adverso.** La política de Seguridad del paciente incluye la identificación y análisis de los eventos adversos y los incidentes, para identificar sus causas y las acciones para intervenirlos.<sup>13</sup>De manera que a partir del análisis causal se deben diseñar e implementar prácticas seguras en los diferentes procesos de atención.

<sup>13</sup>Ibíd.

Algunas de las prácticas seguras que utilizan las instituciones para disminuir la probabilidad de ocurrencia del evento adverso son:

- Acciones dirigidas a garantizar una atención limpia en salud
- Acciones dirigidas a evitar la confusión en la administración de medicamentos: formas de denominación, presentación, prescripción, dosificación, dispensación.
- Acciones a nivel individual y organizacional para disminuir las fallas asociadas al factor humano: fatiga, comunicación, entrenamiento.
- Programas para evitar caídas en los pacientes.
- Protocolos para la remisión oportuna de los pacientes.
- Barreras de seguridad en la utilización de tecnología

El diseño de barreras de seguridad se desprende del análisis multicausal de los eventos adversos ocurridos.

#### **2.1.4 Paquetes instruccionales del ministerio de protección social que abordaremos en el desarrollo de la guía de seguridad del paciente.**

**2.1.4.1 Detectar, prevenir el riesgo de infecciones asociadas con la atención en salud.** Una higiene de manos apropiada, es uno de los métodos más simples y eficaces para disminuir las infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS)<sup>14</sup>. No obstante, el personal sanitario omite esta práctica en un 60% de las situaciones en las que es necesaria, por estar en contacto con los pacientes. La campaña "Salve vidas: límpiense las manos", se inscribe en un esfuerzo mayor liderado por la OMS, con el objetivo de invertir esta costumbre inquietante, e incitar al personal sanitario a realizar mejoras en sus prácticas de higiene de manos, contribuyendo así a reducir la propagación de las IAAS.

---

<sup>14</sup> CALIDAD EN SALUD Modelo pedagógico, paquetes instruccionales guía técnica, "buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud.[En línea]. Disponible en: <http://calidadensalud.minsalud.gov.co/EntidadesTerritoriales/SeguridaddelPaciente/PaquetesdeBuenasPr%C3%A1cticas.aspx>

Cada año, cientos de millones de pacientes de todo el mundo se ven afectados por infecciones asociadas a la atención sanitaria (IAAS). Aunque las IAAS constituyen el evento adverso más frecuente en la atención sanitaria, aún se desconoce su verdadera carga mundial debido a la dificultad de reunir datos fiables.

La mayoría de las IAAS se pueden prevenir mediante una buena higiene de las manos, limpiándose las manos en el momento oportuno y de forma apropiada. Las directrices de la OMS sobre higiene de las manos en la atención sanitaria (WHO Guidelines on hand hygiene in healthcare) contribuyen a promover y mejorar la higiene de las manos en los centros sanitarios de todo el mundo y se complementan mediante la Estrategia Multimodal de la OMS para la Mejora de la Higiene de las Manos, su Guía de aplicación y numerosos instrumentos que se pueden utilizar directamente para facilitar la puesta en práctica de dicha estrategia.

**2.1.4.2 Asegurar la correcta identificación del paciente en los procesos asistenciales.** La identificación incorrecta de los pacientes está determinada como causa fundamental de muchos errores<sup>15</sup>, la Comisión conjunta, en Estados Unidos de América, ubicó la mejora de la exactitud de la identificación del paciente en el primer lugar de sus objetivos nacionales para la seguridad del paciente, presentados en 2003 y éste continúa siendo un requisito para la acreditación.

La Organización Mundial de la Salud, OMS, incluye la identificación de pacientes dentro de las «Nueve soluciones para la seguridad del paciente» a fin de ayudar a reducir el tributo de daños relacionados con la atención sanitaria que pagan millones de pacientes en todo el mundo.

---

<sup>15</sup> Ibíd.

Estandarizar los procesos de atención, tales como bandas de identificación del paciente, es una forma importante de reducir los riesgos de seguridad del paciente.

La identificación del paciente y su preparación para un tratamiento previsto es una actividad que se realiza de forma rutinaria en todos los ámbitos de atención. Los riesgos para la seguridad del paciente se producen cuando hay un desacuerdo entre la identificación del paciente y los componentes de su cuidado ya sean diagnósticos, terapéuticos o de apoyo.

A lo largo de la atención de salud, la identificación incorrecta debe considerar fallas como captura incompleta de datos, ausencia de identificación en los pacientes con urgencia vital, manillas con información incorrecta, similitud de nombres y datos inexactos, traslados del paciente con inadecuado proceso de identificación, ausencia de manillas, inexistencia de protocolos estandarizados que ocasionan errores en la persona equivocada, los procedimientos del lugar equivocados, errores de medicación, los errores de transfusión y los errores de las pruebas de diagnóstico.

Se recomienda que las instituciones organicen una serie de procedimientos para la identificación de los pacientes en el momento de su ingreso al sistema y posteriormente en cada uno de los pasos involucrados del proceso de tratamiento, por los diferentes miembros del equipo de salud involucrado en su atención. El proceso debe incluir, por lo menos, dos identificadores, el primero inicia con el nombre completo del paciente y el segundo se relacionada con la fecha de nacimiento, número de historia clínica u otro número de identificación disponible para el paciente; así mismo considerar especificidades para la adecuada identificación de pacientes con barreras de lenguaje u otras necesidades especiales. Los pacientes deben recibir una manilla al ingreso a la institución y esta debe ser utilizada durante su estadía mientras recibe tratamiento.

Se recomienda identificar al recién nacido en presencia de la madre, mediante un brazalete con la siguiente información: nombre y documento de la madre, fecha y hora de nacimiento y género.

Si es posible, utilizar una tecnología como la identificación automatizada y captura de los datos (por ejemplo: sistema de código de barras, radiofrecuencia), debe ser utilizada para la identificación del paciente. Las instituciones que utilicen este tipo de tecnología (tecnologías automatizadas con captura de datos) deben tener previamente consideradas políticas, procedimientos y capacitación para que las situaciones que amenacen la seguridad del paciente utilizando sistemas de identificación automatizados puedan ser evitadas.

**2.1.4.3 Metodologías para la evaluación de la frecuencia con lo cual se presentan los eventos adversos.** Los resultados de los sistemas de reporte no son la alternativa más útil para monitorizar la medida en la cual se ha incrementado o disminuido la presentación de eventos adversos en la institución, por lo cual es recomendable realizar a intervalos periódicos estudios que midan prevalencia o la incidencia de ocurrencia de dicho fenómeno, para este propósito la metodología desarrollada a partir del estudio IBEAS es una alternativa útil para este propósito, así como las herramientas para el análisis de indicio de evento adverso disponibles en la literatura.

- **Proceso para la detección de la ocurrencia de eventos adversos**

La resolución 1446 del 2006 establece como obligatorio para todos los actores del Sistema Obligatorio de Garantía de calidad, la vigilancia de eventos adversos<sup>16</sup>. Esta estrategia es más efectiva si se combina con un sistema de reporte de lo encontrado.

---

<sup>16</sup>Ibíd.

Sin embargo, los sistemas de reporte que se implementen deberán tener como finalidad el aprendizaje para generar barreras de seguridad. Es esencial proteger la intimidad y la confidencialidad del proceso.

Debe existir un sistema de reporte interinstitucional, que privilegie la confidencialidad de lo reportado, que permitan realizar un claro análisis causal y dentro del cual se puedan identificar los factores que están bajo el control de la institución, y diferenciarlos de aquellos que requieren acciones extra-institucionales.

Tales sistemas de reporte pueden beneficiarse de la utilización de otras herramientas que incrementen la capacidad de detección de la institución tales como instrumentos de tamizaje para la detección de eventos adversos hospitalarios o técnicas “disparadoras” (también conocidas “TriggerTool” por su denominación en el idioma inglés) de la alerta sobre la ocurrencia de eventos.

Estrategias para profundizar la cultura institucional de Seguridad del Paciente El ambiente cultural al interior de las organizaciones debe favorecer:

1. La reflexión organizacional sobre los temas de seguridad: las rondas de seguridad y las reuniones breves sobre seguridad del paciente.
2. El carácter no punitivo de la vigilancia de la ocurrencia de un evento adverso.
3. La sanción o al menos la desaprobación de la actitud de ocultar un evento adverso por impedir las acciones de mejoramiento
4. La información y análisis de lo ocurrido con el paciente cuando fuere pertinente.
5. El énfasis en los resultados que se obtienen antes de las acciones formales que se desarrollan.

### **3. MARCO REFERENCIAL**

La fundación Carlos Ardila Lulle, ubicada en la urbanización el Bosque Autopista Floridablanca, es una institución de carácter fundacional, que presta servicios de salud de cuarto nivel, con una trayectoria de más de 20 años la cual le ha permitido obtener reconocimiento a nivel nacional en el sector salud, como lo son acreditación en salud dada por el ICONTEC en normas NTCISO 9001:2008, reconocimiento de hospital verde consolidado en la institución como un instrumento exitoso de aplicación de la producción más Limpia, en los aspectos de uso eficiente y ahorro de energía, agua y gestión integral de residuos hospitalarios.

#### **3.1PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA FUNDACIÓN OFTALMOLOGÍA DE SANTANDER CLÍNICA CARLOS ARDILA LULLE (FOSCAL)**

En el año 2006 comienza la medición de eventos adversos por parte de enfermería y plantean una propuesta llamada: “Seguridad del usuario durante la hospitalización” la cual tenía una orientación desde su gestión; luego de ser presentada a la alta dirección de la organización, se realizaron algunas modificaciones para integrarla de manera sistemática a toda actividad relacionada con el proceso de atención al usuario.

En el año 2007 se conformó el comité de seguridad del usuario de la institución, el cual planteo como objetivo general “desarrollar en la institución una cultura de seguridad del usuario mediante la vigilancia de los eventos que conlleven a que la FOSCAL una institución altamente confiable para los usuarios.”

Como estrategia de cultura organizacional, se establecieron el diccionario de términos, con lo cual se buscó unificar conceptos y se motivó al reporte, a través de la eliminación de los descargos para el personal que cometía el error, se realizan en los grupos primarios conversatorios que permiten la socialización de los eventos presentados, manteniendo la confidencialidad.

La FOSCAL interesada en realizar la mejor gestión de servicios de salud y proteger la vida de sus usuarios, ha adoptado una política de seguridad del paciente, la cual forma parte importante en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la atención en Salud.

El principal Objetivo de esta política es prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reduciendo y de ser posible eliminando la ocurrencia de eventos adversos

## **4 .MARCO CONCEPTUAL**

### **4.1 SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE LA CALIDAD**

El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad<sup>17</sup> tiene como objetivo proveer de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios. Decreto 1011 DE 2006.

Está integrado por cuatro componentes a saber: Habilitación, Auditoria, Acreditación y el Sistema de Información para la Calidad en Salud.

### **4.2 SISTEMA UNICO DE ACREDITACION**

Sistema Único de Acreditación en Salud<sup>18</sup>, el conjunto de procesos, procedimientos y herramientas de implementación voluntaria y periódica por parte de las entidades a las que se refiere el artículo 2 del presente decreto, los cuales están destinados a comprobar el cumplimiento gradual de niveles de calidad superiores a los requisitos mínimos obligatorios, para la atención en salud, bajo la dirección del Estado y la inspección, vigilancia y control de la Superintendencia Nacional de Salud.

---

<sup>17</sup> MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL, DECRETO NUMERO 1011 DE 2006 3 ABR 2006. [En línea]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/Sistema-Obligatorio-Garant%C3%ADa-Calidad-SOGC.aspx>

<sup>18</sup> SALUD CAPITAL Decreto No. 903 de 2014 en el Sistema Único de Acreditación en Salud. [En línea]. Disponible en: [http://www.saludcapital.gov.co/CTDLab/Publicaciones/ABC\\_Sistema\\_%C3%A9nico\\_de\\_Acreditaci%C3%B3n.pdf](http://www.saludcapital.gov.co/CTDLab/Publicaciones/ABC_Sistema_%C3%A9nico_de_Acreditaci%C3%B3n.pdf)

### **4.3 SISTEMA UNICO DE AUDITORIA**

La auditoría se define como un componente de mejoramiento continuo en nuestro Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud, entendida como el mecanismo sistemático y continuo de evaluación del cumplimiento de estándares de calidad “concordante con la intencionalidad de los estándares de acreditación y superior a los que se determinan como básicos en el Sistema Único de Habilitación”<sup>19</sup>

La auditoría en particular y el Sistema de Garantía de Calidad en general de nuestro país apuntan específicamente hacia la atención en salud definida como “el conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población”

### **4.4 SISTEMA UNICO DE HABILITACION**

El sistema único de habilitación<sup>20</sup> es un conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el Sistema, los cuales buscan dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la

---

<sup>19</sup> GUERRERO GUERRERO Jaime Francisco RESTREPO PARRA Raúl. VERGEL GARNICA Julio GUILLOT SOLANO César Nancy Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud 2007, Ministerio de la Protección Social, Programa de Apoyo a la Reforma de Salud ,Asociación Centro de Gestión Hospitalaria,

<sup>20</sup> SALUD CAPITAL Resolución 3678 de 2014. [En línea]. Disponible en: <http://www.saludcapital.gov.co/Paginas2/Autoevaluaci%C3%B3nyNormatividaddelosServiciosdeSalud.aspx>

prestación de servicios y son de obligatorio cumplimiento por parte de los Prestadores de Servicios de Salud y las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB).

Certificación de cumplimiento de las condiciones de habilitación:

Una vez efectuada la visita de verificación de las condiciones de habilitación al prestador de servicios de salud, si el resultado es el cumplimiento de la totalidad de los requisitos exigidos que le apliquen (condiciones tecnológicas y científicas, condiciones de suficiencia patrimonial y financiera y condiciones técnico – administrativas), la Secretaria Distrital de Salud expide la “certificación de cumplimiento de las condiciones de habilitación” al prestador. Es importante que el prestador de servicios de salud reclame esta certificación ante el Ente Territorial y junto con el distintivo la fije en un lugar visible al público conforme lo establece el Decreto 1011 de 2006.

## 5 MARCO LEGAL

De acuerdo con la Constitución política (artículos 48 a 50), la salud es un derecho fundamental del ser humano y como tal debe ser protegido y respetado por las autoridades y los diferentes actores del sistema general de seguridad social en salud (SGSSS). La ley 9 de 1979, por su parte, consideró la salud como un bien de interés público y estableció normas de vigilancia y control epidemiológico para el diagnóstico, pronóstico, prevención y control de las enfermedades transmisibles, así como para la divulgación de la información epidemiológica. Posteriormente, en 1984, el decreto reglamentario 1562 estableció, en el capítulo III: "...todo hospital ubicado en los diferentes niveles de atención del sistema nacional de salud, conformará su respectivo comité de infecciones intrahospitalarias..." (Artículo 23); además, fija la obligatoriedad de la información y la notificación epidemiológica (artículos 27 y 34); posterior al decreto en mención, el país ha avanzado en la generación de normativa relacionada.<sup>21</sup>

Por otra parte El 27 de octubre de 2004 se puso en marcha el proyecto de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente de la OMS<sup>22</sup> con el lema "ante todo no hacer daño". La Alianza se crea para coordinar, difundir y acelerar la mejora de la seguridad del paciente en todo el mundo a través de la formulación de políticas y fomento de prácticas adecuadas, propiciando la colaboración internacional y la adopción de medidas entre los estados miembros de la OMS y

---

<sup>21</sup> SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD DE SALUD DE BOGOTÁ D.C, Dirección de Salud Pública, Política de prevención, control y vigilancia epidemiológica de infecciones intrahospitalarias, D. C. Primera edición

Bogotá, abril de 2007. [En línea]. Disponible en: <http://www.saludcapital.gov.co/Polticas%20en%20Resolucin/POLITICA%20DE%20PREVENCION,%20VIGILANCIA%20DE%20INFECCIONES%20INTRAHOSPITALARIAS.pdf>

<sup>22</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD Alianza mundial para la seguridad del paciente. [En línea]. Disponible en: [http://www.who.int/patientsafety/information\\_centre/documents/ps\\_research\\_brochure\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/patientsafety/information_centre/documents/ps_research_brochure_es.pdf?ua=1)

su secretaría, los expertos técnicos, los consumidores, profesionales y los grupos industriales.

Colombia se acogió a la estrategia mundial de seguridad del paciente y la enmarcó dentro del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud, la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud y la Ley 1122/07 (Art. 2 y 25).

En el 2006, el Ministerio de la Protección Social expidió el Decreto 1011 por el cual se establece el SOGC de la atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social, la resolución 1446 por la cual se define el Sistema de Información para Calidad y se adoptan los indicadores de monitoria del SOGC de la Atención en Salud; con estas normas se extiende la estrategia a todo el país.

El 3 de agosto de 2007, se expide la resolución 2679 por la cual se conforma el Comité Sectorial de Calidad y Seguridad de la Atención en Salud.

La Política de Seguridad del Paciente expedida en junio de 2008 es transversal a los cuatro componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad.

La orientación hacia la prestación de servicios de salud más segura, requiere que la información sobre seguridad del paciente esté integrada para su difusión, despliegue y generación de conocimiento con el fin de estimular a los diferentes actores al desarrollo de acciones que garanticen la seguridad de los pacientes.

En el 2014 con la expedición de la Resolución 2003 que define los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud, eleva la seguridad del paciente a requisito mínimo de funcionamiento por parte de las IPS del país.

## 5.1 DESCRIPCIÓN BREVE DE LEYES Y DECRETOS APLICABLES EN SALUD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

Tabla 1. Descripción breve de leyes y decretos aplicables en salud y seguridad del paciente.

NORMA	ENTIDAD QUE EXPIDIÓ	ASUNTO
Ley 9 de 1979. Decreto 1562 de junio 1984	Ministerio de la salud y la Protección Social	Por el cual se reglamentan parcialmente Los títulos VII y XI de la ley 9 de 1979. En cuanto a la vigilancia y Control epidemiológico.
Ley 10 de 1990	Ministerio de la salud y la Protección Social	Por la cual se reorganiza el sistema Nacional de salud.
Constitución política de Colombia de 1991	Congreso de la republica	Enmarcó la calidad en salud en sus artículos 48, 49 y 365 donde garantizó el acceso a la salud bajo los principios de eficiencia, solidaridad y universalidad. También estableció que el estado es el responsable de dirigir y reglamentar la prestación de los servicios de salud, con el fin de mejorarlos continuamente.
Ley 100 de 1993	Congreso de la Republica	Los artículos 173,180,185, 186 y 227 de la ley 100 de 1993 establecieron la creación de un Sistema de Garantía de la Calidad y de Acreditación en salud, y el artículo 153, numeral 9, instituyo la calidad como regla rectora del Sistema General de Seguridad Social en Salud
Decreto 1757 de agosto de 1994, reglamentario de la ley 100 de 1993	Ministerio de la salud y la Protección Social	Mediante el cual se organizan y establecen las modalidades y formas de participación social en la Prestación de los servicios de salud. Este decreto establece los comités de ética hospitalaria y las asociaciones de usuarios.

<b>NORMA</b>	<b>ENTIDAD QUE EXPIDIÓ</b>	<b>ASUNTO</b>
Ley 715 de 2001	Ministerio de la salud y la Protección Social	Artículo 42: sistema único de habilitación, el sistema de garantía de calidad y el sistema único de Acreditación.
Ley 872 del 30 de diciembre de 2004	Presidencia de la República	Por la cual se crea el sistema de gestión de calidad en la rama ejecutiva del poder público y en otras entidades prestadoras de servicios
Decreto 2676 de diciembre de 2000	Ministerio del Medio Ambiente y Ministerio de Salud	Por el cual se reglamenta la gestión integral de los residuos hospitalarios y similares.
Decreto 917 de 2001	Ministerio de la salud y la Protección Social	Evaluación de estándares de calidad
Resolución 1164 de septiembre de 2002	Ministerio del Medio Ambiente y Ministerio de Salud	Por la cual se adopta el Manual de procedimientos para la gestión integral de los residuos hospitalarios y similares.
Resolución 1474 de 2002	Ministerio de la salud y la Protección Social	Manual de estándares de acreditación de instituciones prestadoras de servicios de salud.
Decreto 1011 de abril de 2006	Ministerio de la salud y la Protección Social	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
Resolución 1043 de abril de 2006	Ministerio de la salud y la Protección Social	Condiciones que deben cumplir los prestadores de servicios de salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones.
Resolución 1446, mayo 8 de 2006	Ministerio de salud y la Protección Social	Por la cual se define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoria del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud”

NORMA	ENTIDAD QUE EXPIDIÓ	ASUNTO
Resolución 2679 agosto 3 de 2007	Ministerio de la salud y la Protección Social	Que es necesario dotar al sistema obligatorio de garantía de calidad de una instancia sectorial que favorezca que las acciones de monitoreo y seguimiento del comportamiento de la calidad de la atención en salud se traduzca en acciones conjuntas, sinérgicas y efectivas en beneficio del usuario
Lineamientos para la implementación de la política seguridad del paciente junio de 2008	Ministerio de salud la Protección Social	Los problemas de seguridad del paciente son inherentes a la práctica médica. Pretendemos minimizarlos y prevenirlos, por lo tanto, los ambientes de despliegue de las acciones de seguridad al paciente deben darse en un entorno de confidencialidad y de confianza

Fuente: Secretaria distrital de salud de salud de Bogotá D.C, Dirección de Salud Pública, Política de prevención, control y vigilancia epidemiológica de infecciones intrahospitalarias, D. C. Primera edición Bogotá, abril de 2007. [En línea]. Disponible en: <http://www.saludcapital.gov.co/Polticas%20en%20Resolucin/POLITICA%20DE%20PREVENCION,%20VIGILANCIA%20DE%20INFECCIONES%20INTRAHOSPITALARIAS.pdf>

## OTROS

- Circular 030 del 2006: indicadores de obligatorio cumplimiento
- Circular 049 del 2006: reporte indicador de calidad a superintendencia
- Circular 056 del 2009: envío de indicadores de obligatorio cumplimiento por los aseguradores
- Circular 009 del 2012: actualización indicadores de obligatorio cumplimiento
- Resolución 2679 de agosto del 2007: establece el Comité Regional de Calidad y Seguridad

- Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente en la República de Colombia de junio de 2008
- Guía Técnica Buenas Prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud del Ministerio de la protección Social.

**5.1.1 Manejo del entorno legal en seguridad del paciente.** La política de seguridad del paciente, no fomenta la impunidad cuando la acción insegura se deba a negligencia o impericia o hay intención de hacer daño y respeta por lo tanto el marco legal del país<sup>23</sup>. Pero de igual manera procura proteger al profesional que de manera ética y responsable analiza las fallas de la atención y los eventos adversos para desarrollar barreras de seguridad que protejan al paciente.

Tanto las experiencias internacionales como la nacional son claras en evidenciar que benefician a las instituciones y al profesional de la salud mediante tres mecanismos básicos:

1. El impacto de las acciones para la mejora de la seguridad del paciente incide en prevenir la ocurrencia de eventos adversos y por lo tanto en la disminución de los procesos legales
2. Los mejores protocolos de manejo del paciente al mejorar el resarcimiento de la institución y del profesional con este, en muchas ocasiones evitan que los pacientes o sus familias instauren acciones legales que de otra manera si se hubieren producido.

---

<sup>23</sup> ACREDITACION EN SALUD Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente. [En línea]. Disponible en: <http://www.acreditacionensalud.org.co/catalogo/docs/Lineamientos%20politica%20seguridad%20paciente.pdf>)

3. Cuando la situación llega a una instancia legal el tener procesos de seguridad del paciente podría constituirse en un factor atenuante y no tenerlo en un factor que pudiera considerarse agravante. Dado que la lesión por evento adverso no se encuentra tipificada.

Se recomienda que el marco regulatorio al interior de la institución debe dirigirse hacia:

- Estimular el reporte y sancionar administrativa y éticamente el no reporte.
- Sancionar la reincidencia en las mismas fallas de atención, sin acciones de mejoramiento.
- Proteger la confidencialidad del análisis del reporte de eventos adversos.
- Garantizar la confidencialidad del paciente y de la historia clínica.

## **5.2 APLICACIÓN DEL REFERENTE EN LA CLINICA CARLOS ARDILA LULLE**

La FOSCAL siempre ha estado interesada en realizar la mejor gestión de los servicios de salud conforme con la normatividad vigente, cumple con los estándares que tienen como referencia brindar una atención segura a los pacientes, familias y sociedad, mejorando cada día la calidad de la atención médica, da cumplimiento a las políticas nacionales en salud y garantiza a sus trabajadores procesos confiables bajo un ambiente seguro

## 6. CONCLUSIONES

Al desarrollar el presente trabajo, quisimos ampliar nuestra visión sobre la problemática existente relacionada con los eventos adversos que se generan a partir de la prestación de servicios de salud en Colombia; a continuación, exponemos un conjunto de conclusiones específicas que constituye los resultados de nuestra monografía.

- ✓ se realizó una investigación documental sobre los estándares nacionales e internacionales para el manejo de seguridad del paciente, se pudo evidenciar que en América Latina y especialmente Colombia no hay estudios suficientes sobre la problemática en seguridad del paciente, el primer estudio llevado a cabo a gran escala en América Latina para medir los eventos adversos fue el proyecto (IBEAS en el año 2009) que midió la prevalencia de eventos adversos en hospitales de Latinoamérica, fue un proyecto dirigido por el Ministerio de Sanidad y Política Social de España y la Organización Mundial de la Salud en colaboración con los Ministerios de Argentina, Colombia, Costa Rica, México y Perú y gestionado por la Organización Panamericana de la Salud.
  
- ✓ La seguridad del paciente es una prioridad mundial, diversas organizaciones trabajan en el tema liderado por la Organización Mundial de la Salud, a través de la alianza para la seguridad del paciente, obteniendo logros importantes en la calidad de la atención en salud, se han llevado a cabo estrategias de atención limpia y segura por todo el mundo, para evitar complicaciones de los pacientes cuando ingresan a un centro asistencial.

- ✓ Colombia acogió las políticas mundiales sobre seguridad del paciente, a través de la implementación del Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad por parte del Ministerio de salud y Protección Social, el cual ofrece herramientas a las instituciones prestadoras de servicios de salud para que tengan procesos seguros y confiables que protejan al paciente de riesgos evitables.
- ✓ Se diseñó una guía de buenas prácticas en seguridad del paciente, haciendo énfasis en la correcta identificación del usuario y la prevención de infecciones intrahospitalarias la cual es de fácil aplicación; para su desarrollo se tuvo en cuenta la información brindada por el ministerio de salud y la protección social junto con los aspectos normativos del sector salud en Colombia y las directrices de la Organización Mundial de la Salud.
- ✓ La prevención en el sector salud es uno de los mecanismos que permite disminuir los costos de tratamientos como consecuencia de las debilidades o fallas en el proceso de atención; es por esto que con la implementación la guía de buenas prácticas en seguridad del paciente, se pretende disminuir los eventos adversos y garantizar la óptima prestación del servicio a los pacientes ingresados a la Fundación Oftalmológica Carlos Ardilla Lülle.
- ✓ Se publicó la guía de buenas prácticas en seguridad del paciente, utilizando el software ISSUU el cual es un plataforma que permite subir información a la red, con esta estrategia buscamos brindar información y concientizar a otros miembros del sector salud, en la importancia que tiene la prevención de eventos adversos dentro de las organizaciones, para esto debemos tener especial cuidado en la correcta identificación del usuario desde su ingreso así como la higiene de manos, pilar fundamental en la prevención de infecciones intrahospitalarias.

## 7. RECOMENDACIONES

En virtud del proceso de mejoramiento continuo en el cual se encuentra la Fundación Oftalmológica Carlos Ardila Lülle, se ve encaminada hacia la búsqueda de la excelencia organizacional, mejorando sus procesos organizacionales con una mayor control en la gestión; Se propuso en esta monografía el desarrollo de una guía de buenas prácticas en seguridad de la paciente, haciendo énfasis en la identificación correcta del paciente y prevención de infecciones intrahospitalarias, contribuyendo a la obtención de los objetivos propuestos por la organización.

Por lo tanto a continuación se mencionan algunas recomendaciones los cuales se consideran pertinentes para la alcanzar los resultados esperados:

Elaborar planes de capacitación para el personal asistencial médicos, enfermeros (as), terapeutas, personal administrativo y otros miembros del equipo de salud, que intervienen en el proceso de prestación del servicio, frente a la importancia que tiene la correcta identificación del usuario desde su ingreso a la institución, esto ayudaría a evitar errores en la prestación del servicio, disminuye el riesgo de lesión a los usuarios, previene eventos adversos debido a realización de procedimientos a pacientes que no corresponden y disminuye los costos relacionados al reproceso y las demandas a la organización por una mala praxis.

Retroalimentar al personal sobre la importancia de la prevención de las infecciones nosocomiales, concientizando frente a la responsabilidad que tiene el equipo médico asistencial durante la atención del paciente, ya que las infecciones intrahospitalarias están entre las principales causas de defunción y el aumento de la morbilidad; Una estadía prolongada de los pacientes infectados es el mayor factor contribuyente al costo, mayor uso de medicamentos, necesidad de

aislamiento y el uso de estudios de laboratorio elevan los costos. Todos deben trabajar en cooperación para reducir el riesgo de infección de los pacientes y del personal, para lograrlo se debe contar con el apoyo de la alta dirección.

Se recomienda la implementación y optimización de la *“Guía de buenas prácticas de seguridad del paciente en identificación correcta de los usuarios y prevención de infecciones intrahospitalarias”*, en esta se recopilan instrucciones y prácticas recomendadas para la atención de los pacientes en la Fundación Oftalmológica Carlos Ardilla Lülle, contribuyendo a la prevención de eventos adversos, brindando una atención más segura y con calidad a los usuarios. Esta guía debe facilitarse al personal encargado de atender a los pacientes y actualizarse oportunamente según los criterios de la OMS y el Ministerio de Salud y Protección Social.

## BIBLIOGRAFIA

BRENNAN TA, LEAPE LL, Laird NM, HEBERT L, LOCALIO AR, LAWTHERSAG, et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. N Engl J Med 1991; 324 (6): 370-376. [En línea]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1987460>

CENTRO COLABORADOR DE LA OMS sobre soluciones para la seguridad del paciente Preámbulo a las soluciones para la seguridad del paciente volumen 1 – Mayo de 2007. [En línea]. Disponible en: <http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PatientSolutionsSPANISH.pdf?ua=1>

COMMITTEE ON QUALITY OF HEALTH CARE IN AMERICA, INSTITUTE OF MEDICINE Libro: To Err Is Human: Building a Safer Health System Linda T. Kohn, Janet M. Corrigan, and Molla S. Donaldson, Editors; Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine, noviembre 2000. [En línea]. Disponible en: <http://www.csen.com/err.pdf>

Estudio IBEAS Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica. [En línea]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/RESULTADOS%20ESTUDIO%20IBEAS.pdf>

LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, presenta la iniciativa mundial en pro de la seguridad del paciente y publica unas directrices sobre higiene de las manos en la atención sanitaria. [En línea]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2005/pr50/es/>

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL, DECRETO NUMERO 1011 DE 2006  
3 ABR 2006. [En línea]. Disponible en:  
<https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/Sistema-Obligatorio-Garant%C3%ADa-Calidad-SOGC.aspx>

MINISTERIO DE SALUD Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud 2007, Ministerio de la Protección Social, Programa de Apoyo a la Reforma de Salud ,Asociación Centro de Gestión Hospitalaria, Jaime Guerrero Guerrero Francisco Raúl Restrepo Parra. Julio César Vergel Garnica Nancy Guillot Solano.[En línea]. Disponible en:  
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/pautas-auditoria-mejoramiento-calidad-atencion-en-salud.pdf>

MINISTERIO DE SALUD Y LA PROTECCIÓN SOCIAL, Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente. [En línea]. Disponible en:  
(<http://www.acreditacionensalud.org.co/catalogo/docs/Lineamientos%20politica%20seguridad%20paciente.pdf>)

MINISTERIO DE SALUD Y LA PROTECCIÓN SOCIAL, Modelo pedagógico, paquetes instruccionales guía técnica, “buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud. [En línea]. Disponible en:  
<http://calidadensalud.minsalud.gov.co/EntidadesTerritoriales/SeguridaddelPaciente/PaquetesdeBuenasPr%C3%A1cticas.aspx>

MINISTERIO DE SALUD Y LA PROTECCIÓN SOCIAL. Seguridad del paciente y la atención segura [En línea]. Disponible en:  
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia-buenas-practicas-seguridad-paciente.pdf>)

OMS lanza "Nueve soluciones para la seguridad del paciente" a fin de salvar vidas y evitar daños .OMS centro de prensa 2007. [En línea]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2007/pr22/es/>

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD Gestión de los riesgos para la seguridad del paciente integrada en el modelo de gestión de calidad [En línea]. Disponible en: [http://www.sefh.es/sefhpublicaciones/documentos/56\\_congreso/jueves\\_14.30\\_san\\_tiago\\_candia\\_bouso.pdf](http://www.sefh.es/sefhpublicaciones/documentos/56_congreso/jueves_14.30_san_tiago_candia_bouso.pdf)

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, Alianza mundial para la seguridad del paciente, la seguridad del paciente. [En línea]. Disponible en: [http://www.who.int/patientsafety/information\\_centre/documents/ps\\_research\\_brochure\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/patientsafety/information_centre/documents/ps_research_brochure_es.pdf?ua=1)

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, Prioridades mundiales para la investigación sobre seguridad del paciente. [En línea]. Disponible en: [http://www.who.int/patientsafety/research/priority\\_setting/es/](http://www.who.int/patientsafety/research/priority_setting/es/)

PAHO. Campaña mundial de higiene de manos por la seguridad del paciente. [En línea]. Disponible en: [http://www.paho.org/arg/index.php?option=com\\_content&view=article&id=949%3Acampana-mundial-higiene-manos-seguridad-paciente&catid=331%3Aarg01-desarrollo-de-politicassistemas-y-servicios&Itemid=508](http://www.paho.org/arg/index.php?option=com_content&view=article&id=949%3Acampana-mundial-higiene-manos-seguridad-paciente&catid=331%3Aarg01-desarrollo-de-politicassistemas-y-servicios&Itemid=508)

SALUD CAPITAL Decreto No. 903 de 2014 en el Sistema Único de Acreditación en Salud. [En línea]. Disponible en: [http://www.saludcapital.gov.co/CTDLab/Publicaciones/ABC\\_Sistema\\_%C3%9Anico\\_de\\_Acreditaci%C3%B3n.pdf](http://www.saludcapital.gov.co/CTDLab/Publicaciones/ABC_Sistema_%C3%9Anico_de_Acreditaci%C3%B3n.pdf)

SALUD CAPITAL Resolución 3678 de 2014  
<http://www.saludcapital.gov.co/Paginas2/Autoevaluaci%C3%B3nyNormatividaddelosServiciosdeSalud.aspx>

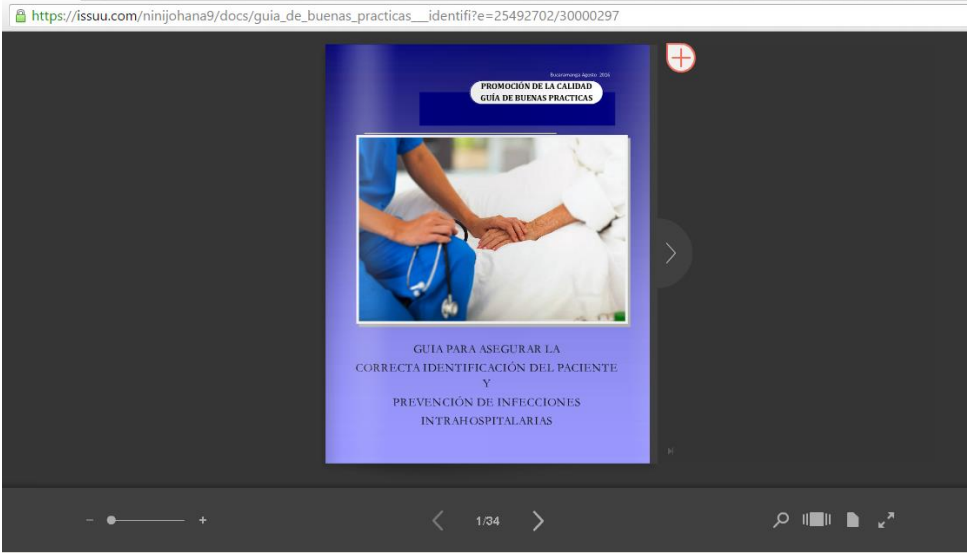
SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD DE SALUD DE BOGOTÁ D.C, Dirección de Salud Pública, Política de prevención, control y vigilancia epidemiológica de infecciones intrahospitalarias, D. C. Primera edición Bogotá, abril de 2007. [En línea]. Disponible en:  
<http://www.saludcapital.gov.co/Polticas%20en%20Resolucin/POLITICA%20DE%20OPREVENION,%20VIGILANCIA%20DE%20INFECCIONES%20INTRAHOSPITALARIAS.pdf>

## ANEXOS

**Anexo A. Guía para asegurar la correcta identificación del paciente y prevención de infecciones intrahospitalarias.**



**Anexo B. Publicación en internet utilizando el software ISSU<sup>24</sup>**



<sup>24</sup>[https://issuu.com/ninijohana9/docs/guia\\_de\\_buenas\\_practicas\\_\\_\\_identifi?e=25492702/30000297](https://issuu.com/ninijohana9/docs/guia_de_buenas_practicas___identifi?e=25492702/30000297)

## Anexo C. Correcta identificación del paciente en procesos asistenciales

The image shows a presentation slide with a blue background. On the left, there is a white sidebar containing text under the heading 'INTRODUCCION'. The main part of the slide features the title 'CORRECTA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE EN LOS PROCESOS ASISTENCIALES' and a photograph of a newborn baby's hand with a white identification band on the wrist. The band contains a QR code and the text: 'DOR 10-03-2016', 'Time: 11:23', and 'Weight: 3.6kg'. The slide is displayed in a viewer interface with navigation icons at the bottom.

Agosto 2016

### INTRODUCCION

La elaboración de esta guía nos permite identificar paso a paso las buenas prácticas de seguridad para proteger a los usuarios de eventos adversos, hace énfasis en la identificación correcta de los pacientes y medidas para el control de infecciones. Los profesionales de salud al tomar la decisión de proteger la vida de los usuarios, pueden tener riesgos adicionales, sin que necesariamente esto signifique que tengan la intención de hacer daño, se hace necesario la elaboración de guías que nos orienten hacia la disminución de tasas de mortalidad o daños adyacentes de la enfermedad actual.

Vale la pena resaltar las experiencias de Florence Nightingale, en las cuales se disminuyeron las tasas de mortalidad de los usuarios atendidos en el Barrack Hospital del 32% al 2%, o las experiencias de Semmelweis en Viena con similares resultados 1. Aunque en ambos casos las altas tasas de mortalidad eran atribuibles a la atención en salud brindada, no representaban ninguna intención de hacer daño sino el desconocimiento de la existencia de unos factores de riesgo, los cuales una vez detectados e intervenidos permitieron incrementar la efectividad de la atención en salud.

1 <http://www.minsalud.gub.ve/salud/Documentos/Calculadora%20de%20mortalidad/>  
DESCRIBIENDO LOS RIESGOS EN LA SALUD PEDIÁTRICA EN UNO DE LOS SERVICIOS DE UN HOSPITAL DE UN PAÍS EN DESARROLLO  
MORALES, MARCO ANTONIO; GARCÍA, ROSA ELIZABETH; BUSTAMANTE, JESSICA LILIANA

1

## CORRECTA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE EN LOS PROCESOS ASISTENCIALES

DOR 10-03-2016  
Time: 11:23  
Weight: 3.6kg

5/34

**Anexo D. Prevención de infecciones intrahospitalarias**

