

1. METODOLOGÍA

Se realizó una investigación con enfoque cualitativo, tipo fenomenológico, que permitiera analizar el proceso de implementación de la política de seguridad del paciente. El marco epistemológico de esta investigación, se fundamenta en la "fenomenología" (Arturo Monje, 2011: 112), como una corriente de investigación cualitativa que permite describir aspectos de la cotidianidad desde los cuales se pueden realizar análisis de diferentes fenómenos sociales que han sido de interés del investigador. "

La población que participó fueron Profesionales del área administrativa y asistencial que laboran en los Unidades de Atención de la Subred integrada de servicios de salud sur ESE. La recolección de la información fue realizada por los investigadores quienes realizaron visitas a las Unidades de Atención y sostuvieron reuniones con las personas involucradas utilizando el método elaborado por la AHRQ Agency for Healthcare Research and Quality mediante la "Herramienta de planificación de acciones para las encuestas AHRQ sobre cultura de seguridad del paciente."

La recolección de la información fue apoyada por el convenio existente entre la Fundación Universitaria del Área Andina y la Subred Integrada de Servicios de Salud el cual contempla la práctica clínica de estudiantes y la elaboración de proyectos investigativos y sociales. La información se recolectó durante el año 2017 y también se acompañó de una exhaustiva revisión documental realizada por los investigadores.

1.1. Observación.

Esta técnica se utilizó como medida para la adherencia a Procesos asistenciales seguros/Buenas prácticas (Subred Integrada de servicios de salud SUR E.S.E., 2017). siendo la lista de chequeo el instrumento para recolectar la información

La observación fue realizada por estudiantes del programa de enfermería de la fundación universitaria del Área andina, durante los meses de octubre y noviembre de 2016, con el acompañamiento y supervisión de la docente de la asignatura de gerencia, que a su vez recibió asesoría y apoyo del investigador principal, esta actividad como parte del convenio docente -asistencial y como técnica de recolección de la información planteada en la metodología del proyecto de investigación, es de anotar que durante este proceso se tuvo el acompañamiento y apoyo de la líder del programa de seguridad del paciente de la Subred sur.

La observación se realizó en dos momentos: previo a socialización de los protocolos (identificación de paciente, lavado de manos, caídas de paciente, prevención infecciones y aislamiento) y posterior a la socialización del protocolo, se observó a técnicos, auxiliares y profesionales de enfermería y ocasionalmente otros profesionales de la salud.

Los resultados muestran el cumplimiento en un 70% antes de la socialización del protocolo y posterior a ésta en un 90%, sin embargo, es de anotar que la alta rotación de personal dificulta el adecuado monitoreo y seguimiento a la adherencia de protocolos, lo que demuestra la influencia directa de la cultura organizacional en los resultados.

2. RESULTADOS

Para el análisis de resultados se tuvo en cuenta el documento del Ministerio de la Salud y la Protección Social: “Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente.”

2.1. Análisis documental

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 enmarcadas en un clima de seguridad y Humanización que lleva al Mejoramiento Continuo de la Calidad en la Atención en Salud.

En este aparte se expone los planteado en los documentos de la subred integrada de servicios de salud Sur E.S.E , que hacen parte de la Política Institucional de seguridad del paciente, que, responde a los lineamientos de la política nacional de seguridad del paciente y a la normatividad que soporta esta política: Política Nacional de servicios de salud, Guía de buenas prácticas de seguridad del paciente, ley 1437 de 2011, Ley 1474 de 2011, Ley 712 de 2014, Resolución 2082 de 2014, resolución 2003 de 2'14, decreto 780 de 2016.

De igual manera el contenido de estos documentos, se articulan con la plataforma estratégica institucional, comprometiéndose a prestar servicios de salud seguros y humanizados y con el objetivo de implementar una cultura de seguridad no punitiva en la prestación de servicios de salud con énfasis en la adherencia a prácticas seguras. (Subred Integrada de servicios de salud SUR E.S.E., 2017).

En consecuencia, surge, el programa de seguridad del paciente como mecanismo para la implementación de la política institucional de seguridad del paciente mediante un plan de acción y se crea el comité de seguridad del paciente para desarrollar e implementar el programa de seguridad del paciente institucional, (Subred Integrada de servicios de salud SUR E.S.E., 2017).

Para el desarrollo de la cultura de seguridad del paciente, el programa de seguridad del paciente plantea la utilización de herramientas como la capacitación, medición

de percepción, visitas de seguridad, equipos primarios de mejoramiento y seguimiento de buenas prácticas.

Frente a los riesgos identificados, se evalúa el efecto de las acciones realizadas para la minimización de los eventos, comités o instancias de control y seguimiento a la adherencia de guías y protocolos.

Esta gestión del riesgo se realiza mediante la implementación de las buenas prácticas:

- Prevenir y reducir infecciones asociadas con la atención de salud
- Identificación de paciente
- Identificación de muestras de laboratorio
- Prevención de caídas
- Prevención de úlceras
- Medicamentos seguros
- Cirugía segura
- Gestante y recién nacido
- Gestión en el uso de hemoderivados

Lo anterior se muestra de una manera resumida en la tabla N°1

Tabla 1. Análisis documental

Tipos de documentos	Disponibilidad de la información	Actores-responsables	Ámbito de aplicación	Implementación
---------------------	----------------------------------	----------------------	----------------------	----------------

<ul style="list-style-type: none"> Política Institucional de seguridad del paciente Programas Seguridad del paciente sub red sur (Infecciones, Tecno vigilancia, reactivovigilancia, farmacovigilancia, Hemovigilancia, biovigilancia) Protocolos (Usuario protegido, protocolo identificación de pacientes y protocolo de caídas) 	<p>Disponibilidad Permanente para su consulta Documentos en físico y digital.</p> <p>Socialización de contenido por medio de capacitación</p>	<p>Equipo de seguridad del paciente, equipo primario de mejoramiento, líderes de proceso, estudiantes de convenio docencia de servicio</p>	<p>Unidades de la Subred Integrada de servicios de salud Sur E.S.E.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Ejecución del programa de seguridad del paciente y su plan de acción Indicadores de desempeño que determinan el cumplimiento Recursos (Comunicación, inducción, capacitación, asistencia técnica)
---	---	--	---	---

Fuente: Elaboración de autores

2.2. Acciones institucionales que propenden por establecer la política institucional de seguridad del paciente en la Subred Sur

En la institución se ha establecido el programa de seguridad del paciente que rige las 6 seis unidades de salud que hacen parte de la red, dentro del documento se observa una alineación de las políticas nacionales con las propias de la Subred:

“con el compromiso de la Alta Dirección formula su política de seguridad del paciente cuyo eje es el mejoramiento continuo a través de: un enfoque pedagógico no punitivo, compromiso de todos los procesos institucionales involucrando al paciente – familia, respeto por la privacidad y confidencialidad que redunde en una atención en salud segura y con calidad.” (...)

Del mismo modo, cuenta con un equipo de cuatro profesionales cuya formación y experiencia cumple con las políticas de recursos humanos para la vinculación de perfiles en procesos tácticos, su función es garantizar la implementación de la política y su despliegue las distintas unidades de salud, este equipo se ubica en la Unidad de Servicios de Vista Hermosa.

Las líneas de actuación obedecen a la vigilancia y el control de los procesos asistenciales de forma que se plantean cinco líneas:

1. Identificación.
2. Notificación
3. Preclasificación
4. Investigación
5. Análisis y seguimiento a las acciones de mejora definidas

De acuerdo con el documento de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur para la implementación de la política se identifican los siguientes objetivos institucionales:

- Fortalecer la cultura del reporte mediante la apropiación de la política logrando un incremento del 5% con respecto al año anterior.
- Realizar capacitación al 80% de los servidores públicos asistenciales.
- Realizar medición de adherencia a prácticas seguras.
- Realizar la gestión del evento adverso.

Adicional a la implementación de la política de seguridad del paciente se han conformado los programas de “Seguridad del Paciente” en el cual se encuentra el programa de infecciones junto con los programas de farmacovigilancia, reactivovigilancia, biovigilancia, tecnovigilancia y hemovigilancia.

Se contempla un programa de educación continua y sensibilización al personal asistencial, al mismo tiempo que se desarrollan estrategias de medición de la percepción del clima de seguridad mediante la escala reglamentada por el Ministerio.

También se realizan “Visitas de seguridad” en la cual se realiza búsqueda activa de fallas e incidentes en la atención, se involucra a los pacientes y a su familia dentro de la estrategia y se verifica el cumplimiento de las acciones seguras descritas en la guía de buenas prácticas.

La Subred cuenta con un recurso denominado “equipos primarios de mejoramiento” los cuales refuerzan la labor del autocontrol en la prestación de servicios de salud, además de la verificación de requisitos, estos profesionales aplican listas de chequeo relacionadas con las guías de buenas practica de forma que refuerzan la labor realizada por el equipo de seguridad del paciente ya que se articulan por medio de reuniones que sostiene de forma mensual.

2.1.1. Metodologías para la evaluación de la frecuencia con lo cual se presentan los eventos adversos:

Primero que todo se debe saber que la seguridad del paciente se considera un indicador importante en la calidad de la atención en salud en la subred sur, el evento adverso es una situación inesperada para el paciente producto de la atención en salud, las actividades y las condiciones humana.

La aparición de un suceso de estas condiciones pasa a ser una atención negativa de la calidad, de ahí se debe tener en cuenta y conocer los eventos adversos de tal manera que preste una atención integral y con excelencia.

En la subred Sur se manejan tecnologías que permiten contabilizar y evaluar los eventos adversos para así poder observar con qué frecuencia se presentan estos, lo anterior se lleva a cabo en tres formas: La primera de la base de datos del hospital, que permite un reporte sistematizado que alimenta un software capaz de generar la información pertinente para el análisis.

La segunda es la página del Ministerio de salud, que como es sabido busca crear un vínculo web donde los indicadores de la Resolución 0256 de 2016 se puedan consultar desde la página del Observatorio Nacional de Calidad en Salud, esto con el fin de hacer uso de las TIC para la facilitar la gestión del conocimiento en el tema de seguridad del paciente.

La Tercera es el comité interno de seguridad del paciente del hospital en el cual participan todos los miembros y personal administrativo y asistencial, En él se hace un análisis de las fichas reportadas por el área asistencial y se analizan los casos, el lugar donde ocurren, el servicio y el turno con el ánimo de observar algún comportamiento particular.

2.1.2. Procesos para la detección de la ocurrencia de eventos adversos

La Subred Sur busca que los procesos de seguridad del paciente se desplieguen en toda la institución, esta estrategia se dirige a todo el personal que labora allí, desde el nivel directivo, ejecutivo, administrativo y asistencial y en algunas personas de apoyo, al mismo tiempo que se pretende llegar hasta pacientes y sus familias que de uno u otro modo son las personas que intervienen de forma directa en la atención del usuario dentro de la institución.

En una primera fase se realizan procesos de sensibilización que motiven la notificación en los profesionales, esto se hace desde herramientas pedagógicas que buscan el fortalecimiento de competencias técnicas y operativas, pero sobre todo apelando a la reflexión ética de los individuos. En el hospital se realizan sesiones que actúan más como un conversatorio, donde las partes interesadas expresen sus puntos de vista y se comparten ideas, bajo el precedente de la no existencia de una verdad absoluta.

También se utilizan diversas piezas comunicativas que se distribuyen por toda la institución haciendo alusión a la importancia de los eventos adversos, como prevenirlos y lo más importante como notificarlos.

Ahora pasamos al campo de la detección, aquí el personal se encuentra plenamente entrenado para reconocer lo que es un evento adverso de acuerdo a los documentos del Ministerio, toda persona que presencia o esté involucrada con un evento adverso tiene la capacidad de detectarlo y notificarlo ya que las fichas se encuentran disponibles en medios físicos y magnéticos en todos los servicios asistenciales del hospital.

Dentro del adiestramiento al personal se tiene en cuenta lo siguiente:

¿Que se notifica? Incidentes relacionados con la seguridad del paciente: Incidentes relacionados con la seguridad que no llegaron al paciente, Incidentes sin daño y Eventos adversos.

¿Quién lo notifica? Cualquier profesional sanitario de la institución que identifique un incidente relacionado con la seguridad del paciente.

¿Cómo se notifica? Por medio del sistema implantado en la institución donde tiene una ventana llamada eventos adversos, notificando allí lo ocurrido pero lo más importante, que es anónimo, esto es para que el profesional tenga la libertad de notificar sin sentirse juzgado, ya que la finalidad de esto es corregir la eventualidad para maximizar la seguridad al paciente y así minimizar los riesgos tanto del paciente como del profesional.

Al interior de los servicios asistenciales aún se percibe el temor a notificar eventos adversos, los profesionales sienten que pueden ser señalados, juzgados o sancionados. De ahí surge la necesidad de dar a conocer al profesional la necesidad de la notificación ya que esto permitirá la mejoría de la calidad y la satisfacción de manera personal y profesional.

2.1.3. Metodologías para el análisis de los eventos adversos

Existen diferentes modelos para la investigación y análisis de causa para la atención en salud, encontramos entre los más comunes tres ejemplos: El análisis de causa raíz, Análisis de modo de falla y efecto "AMFE", y protocolo de Londres, dentro de los cuales se pretende siempre identificar: ¿Qué fue lo que sucedió en la atención?, y ¿En qué falló el proceso de la atención en salud? Para lo cual se realiza un análisis cronológico identificando múltiples causales.

Es necesario aclarar que antes de la fusión cada Unidad de Servicios utilizaba un método distinto de análisis, pero luego se observa la utilización de la metodología Protocolo de Londres. Esta se basa en un modelo de investigación que busca identificar las causas que origina los eventos adversos, del mismo modo, busca constituir una guía práctica para administradores de riesgo y otros profesionales interesados.

Dentro del hospital existen otros comités que apoyan la labor del análisis de los eventos adversos, ellos son: El comité de farmacovigilancia, de reactivovigilancia, de biovigilancia, de tecnovigilancia y de hemovigilancia.

2.1.4. Estrategias para profundizar la cultura institucional de Seguridad del Paciente

La reflexión organizacional sobre los temas de seguridad: las rondas de seguridad y las reuniones breves sobre seguridad del paciente. Se tiene conformado un comité de seguridad del paciente el cual se reúne mensualmente o de forma extraordinaria cuando la situación lo amerita, es común encontrar diferentes actores invitados a estas reuniones para favorecer la coordinación de estrategias, es así como podemos encontrar Profesionales de enlace, Profesionales de apoyo, Coordinadores de unidades, Universidades en convenio, Representantes de la oficina de gestión del conocimiento, entre otros.

El carácter no punitivo de la vigilancia de la ocurrencia de un evento adverso. El tema se ha trabajado desde estrategias educativas y de sensibilización al personal administrativo y asistencial, para ello se han organizado talleres institucionales que giran en el marco de las jornadas internacionales que realiza el hospital en conjunto con la Fundación Universitaria del Área Andina. Sin embargo, la cultura de lo punitivo aún se presenta en la percepción de los profesionales como lo muestra los resultados de la escala de clima de seguridad aplicada en el año 2017.