



HOSPITAL SEGURO, ROMPIENDO BARRERAS EN LA IDENTIFICACION Y GESTION DEL RIESGO

Clínica El Rosario.
Medellín.
2017.

Luz Viviana Saldarriaga
lvsaldarriaga@clinicaelrosario.com

Tabla de contenido

Descripción del contexto 2

Metodología Utilizada 3

Estrategias utilizadas para su implementación..... 4

Descripción de los recursos invertidos y/o utilizados. 5

Descripción del alcance de la solución en la Organización 5

Resultados obtenidos 5

Descripción del contexto

La Clínica el Rosario con su compromiso con la seguridad del paciente desde su direccionamiento estratégico viene trabajando desde más de 10 años de forma proactiva en la identificación del riesgo y generación de barreras de seguridad para dar cumplimiento a su política de Seguridad del Paciente “Asegurar el control de los riesgos en la prestación del servicio al paciente, su familia y cuidador para prevenir la ocurrencia, disminuir el riesgo y disminuir la severidad de los eventos adversos”.

Desde un comienzo se tuvo en cuenta que uno de los pilares en la creación de cultura de seguridad identificación del riesgo estaba enfocado en La Cultura del Reporte, por lo cual en el Comité de Calidad se definió una estrategia para que el personal reportara por medio de un formato físico, durante este proceso se identificaron las siguientes barreras:

- Resistencia del personal al tener que diligenciar un formato en físico más.
- La no disponibilidad del formato en físico.
- Uso indiscriminado del papel
- La recolección información.
- Consolidación de la Información seguimiento a los indicadores.
- Dificultad en la trazabilidad de los aprendizajes.

Dentro del sistema de reporte la institución definió un listado de trazadores, que guiaban al personal sobre lo que se debía reportar para generar planes de mejoramiento y aprendizajes organizacionales.

En el año 2010, con el fin de mejorar el sistema de información, se plantea la necesidad de realizar este tipo de reporte a través de un formato de Excel y en su momento se define un formato de 52 variables llamado Registro de Gestion de Trazadores, este formato se ubicó en la red (Perseo) y cada servicio tenía su propio formato para el reporte en la carpeta de su servicio.

Durante este proceso se identificaron barreras relacionadas con:

- No adherencia al diligenciamiento del formato Gestion de Trazador por parte del personal.
- El proceso de notificación de los eventos se distorsionó, con respecto al flujo definido por la institución.
- Limitación de la accesibilidad del formato.
- Los múltiples pasos para el diligenciamiento de trazador (El número de variables a diligenciar, el acceso a esta carpeta ya que era necesario tomar registro manual de los datos del paciente en Historia clínica), salir de la historia clínica electrónica, ingresar a Perseo para buscar el archivo y diligenciar la información)
- Poca trazabilidad de gestión de los Trazadores.
- La inoportunidad en el reporte, en el conocimiento del evento y en la consolidación de los datos para el abordaje inicial del evento y final de los indicadores de gestión.

Con la exigencia normativa frente al análisis de los eventos e incidentes y con el fin de dar una mejor trazabilidad al análisis de estos con el protocolo de Londres se realiza un ajuste a la herramienta y se incorporan nuevas variables, en total el formato quedó con 60 variables, sin poder superar las barreras antes mencionadas y generando un ambiente de desmotivación frente a la complejidad del reporte, las cuales se intervinieron por medio de capacitación y sensibilización del personal.

Frente a la interrelación con servicios tercerizados en la institución y la gestión del riesgo que estos servicios exigían en consonancia con el programa de seguridad institucional, se generaron sistemas de notificación paralelos, generando una nueva barrera para el sistema de información.

La discordancia con las variables relacionadas con los reportes para los entes de vigilancia y control referentes a: Tecnovigilancia, farmacovigilancia, hemovigilancia y reactivovigilancia, obligaba a reprocesar la información obtenida del reporte institucional, lo cual representó una nueva barrera a abordar.

Para el año 2015 con apoyo de la alta dirección de la institución y tras analizar la problemática frente al sistema de información del programa de seguridad del paciente, se definió desarrollar una herramienta informática amigable, que favoreciera el reporte, el análisis, la identificación del riesgo a través del ciclo de mejoramiento propio del programa. Con base en las buenas prácticas por la seguridad del paciente emanadas desde el Ministerio de Salud y la Organización Mundial de la Salud se diseñó un módulo informático anclado en la historia clínica electrónica que permitió la trazabilidad del evento desde el reporte hasta la gestión integral del mismo.

Metodología Utilizada

- **Primera Fase:** Análisis de la problemática: Se realizó un análisis de causas con la metodología Ishikawa por parte del comité de seguridad del paciente y posteriormente se realizó una lluvia de ideas para el abordaje de las causas.
- **Segunda Fase:** Levantamiento de Información y análisis: Se realizó un levantamiento de las necesidades propias de la institución en la cual se tuvo en cuenta que la nueva aplicación permitiera que esta fuera consonante con los registros de nuestra historia, para no perder la trazabilidad en el histórico de la institución, paralelamente se seleccionó el proveedor del módulo informático.
- **Tercera Fase:** Diseño: Luego de entregar la información al proveedor este se encargó del diseño, se hizo la presentación de la propuesta al comité de seguridad del paciente la cual fue aprobada por la institución.
- **Cuarta Fase:** Definición de los Listados Maestros: Se inicia el proceso de definir los listados, de las diferentes variables a reportar de los campos que requieren listas predefinidas.
- **Quinta Fase:** Aseguramiento de la Calidad: Durante esta fase se inicia todo el proceso de pruebas y validación del aplicativo, la cual se realiza con las áreas gestoras que son los coordinadores de los comités que apoyan la seguridad del paciente:

- Comité de Seguridad del paciente
- Comité de Farmacia y Terapéutica
- Comité de Reactivovigilancia
- Comité de Gestion Segura de la Tecnología
- Comité Trasplante
- Lider de Piel Sana

Y por último se valida la información con las líderes de unidades funcionales y coordinadores de servicios.

- **Sexta Fase: Socialización y Despliegue:** Se realiza en conjunto con los líderes de áreas gestadoras la socialización y despliegue con los actores que intervienen en la atención del paciente.

Estrategias utilizadas para su implementación.

BARRERAS LOCALES	ESTRATEGIAS DE SUPERACION
<p>Credibilidad del nuevo Sistema de información.</p> <p>Resistencia al cambio de los niveles medios de la institución.</p> <p>Temor al subregistro</p> <p>Temor al aumento indiscriminado del reporte.</p> <p>Desconfianza en la capacidad del equipo de trabajo en garantizar la gestión del evento.</p> <p>No disponer de una Política de Cultura Justa.</p>	<p>Diseño y validación del Módulo en equipo y con la participación de todos los líderes de los diferentes niveles de gestión del evento.</p> <p>Articulación del aplicativo con la gestión del grupo de análisis intermedio de eventos denominado “Grupo Trazadores” y la definición del flujo de priorización de la investigación, análisis y definición de acciones de mejoramiento.</p> <p>Medición de la Cultura de Seguridad</p> <p>Jornada de sensibilización a través de medios del ingreso del aplicativo.</p> <p>Acompañamiento permanente al personal que realiza el reporte.</p> <p>Rondas de Seguridad del Paciente.</p> <p>Taller del Programa de Seguridad.</p> <p>Jornadas de Inducción y reinducción.</p>

Descripción de los recursos invertidos y/o utilizados.

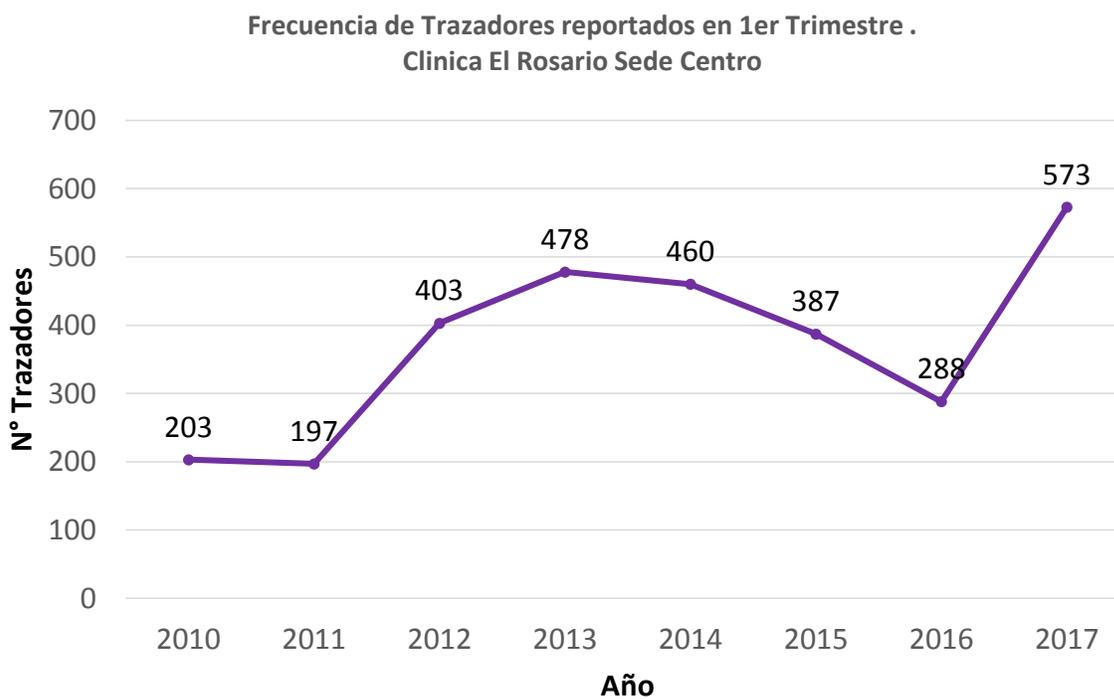
- Adquisición de la aplicación en el Sistema de historia Clínica.
- Recurso Humano de los procesos Estratégicos, misionales operativos y de apoyo.
- Tiempos de Capacitación en las diferentes estrategias (Talleres, socialización, inducción y reinducción).
- Recursos Informáticos. (Software, hardware).

Descripción del alcance de la solución en la Organización

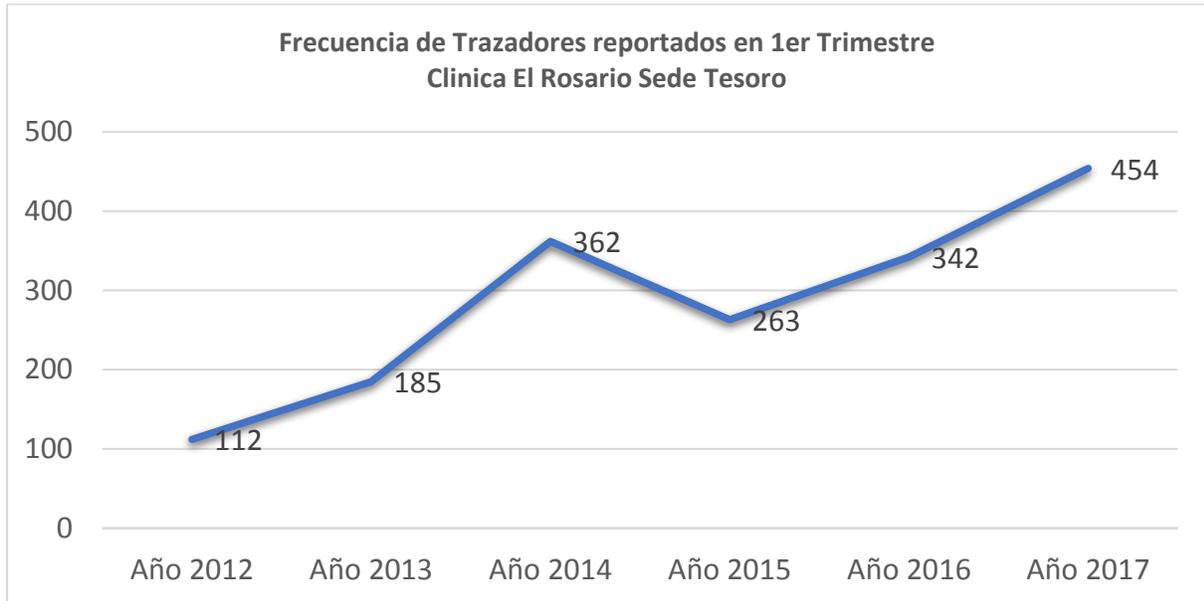
El Sistema de información del reporte y gestión de eventos se aplica para todos los servicios de atención del paciente, en ambas sedes y para terceros como el Laboratorio medico de referencia y próximamente laboratorio de patología.

Resultados obtenidos

Cultura de Reporte

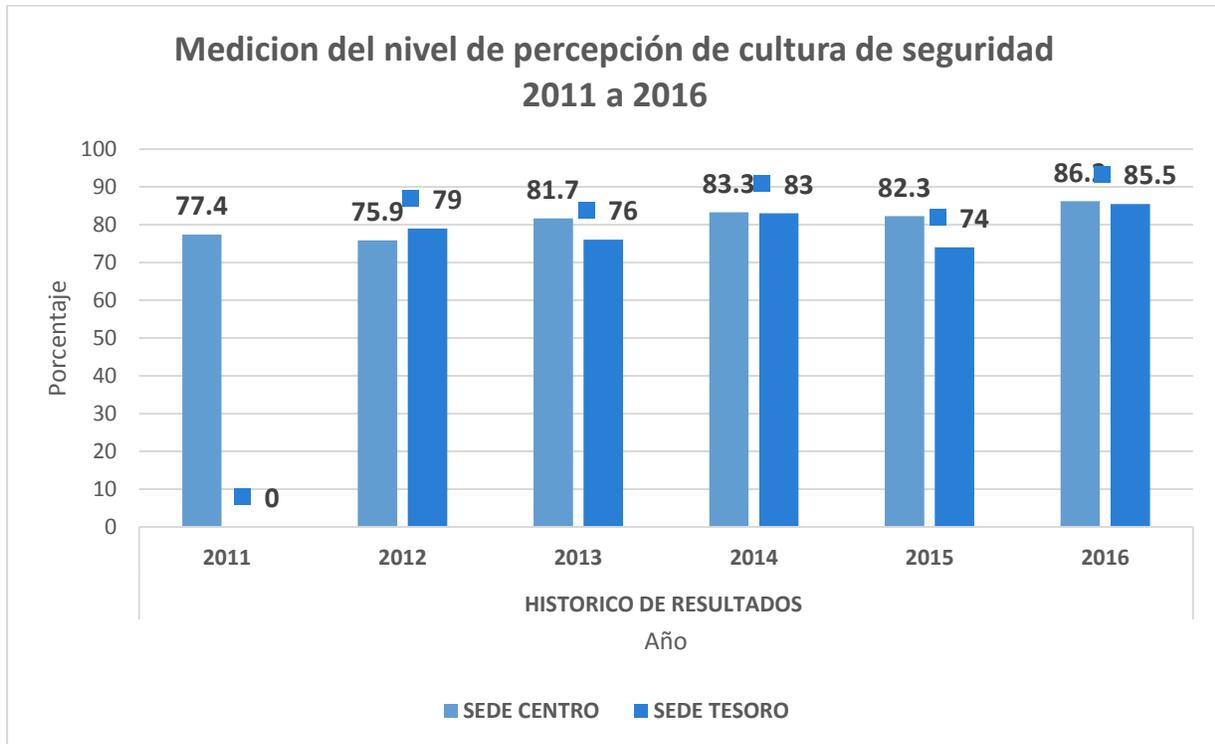


Fuente: Formato de Gestion de Trazadores Centro y Hospital Seguro Centro



Fuente: Formato de Gestion de Trazadores Tesoro y Hospital Seguro Tesoro

Cultura de Reporte



Fuente: Encuesta de percepción de calidad y seguridad 2011-2016.