



FACULTAD DE POSGRADOS

“IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE REPORTE DE INCIDENTES DE  
SEGURIDAD EN EL PACIENTE EN UNA RED DE SERVICIOS  
AMBULATORIOS DE SALUD PRIVADA”

Trabajo de Titulación presentado en conformidad con los requisitos  
establecidos para optar por el título de Especialista en Administración de  
Instituciones de Salud

Profesor Guía

Dr. Jaime Alfonso Sepúlveda Cisternas

Autor

Néstor Enrique Palacios Figueroa

Año

2015

## DECLARACIÓN DEL PROFESOR GUÍA

“Declaro haber dirigido este trabajo a través de reuniones periódicas con el estudiante, orientando sus conocimientos y competencias para un eficiente desarrollo del tema escogido y dando cumplimiento a todas las disposiciones vigentes que regulan los Trabajos de Titulación”.

.....

Dr. Jaime Alfonso Sepúlveda Cisternas

Director Académico de Pregrado

Instituto de Salud Pública Andrés Bello

CI 9.452.170-K

## DECLARACIÓN DE AUTORÍA DEL ESTUDIANTE

“Declaro que este trabajo es original, de mi autoría, que se han citado las fuentes correspondientes y que en su ejecución se respetaron las disposiciones legales que protegen los derechos de autor vigentes”

.....

Néstor Enrique Palacios Figueroa

CI 1719638288

## **AGRADECIMIENTOS**

A quienes con su paciencia, respeto, humildad, conocimiento y enseñanzas supieron guiarme en la realización de este trabajo; con admiración y cariño para: Dr. Jaime Sepúlveda, Dr. Joaquim Bañeres y Dr. Hernando Baquero.

**DEDICATORIA**

A Dios, por su amor y compañía,  
a mi padre que desde el cielo me  
cuida, a mi madre y hermanos por  
su apoyo y a mi amada esposa e  
hijo por su paciencia.

## RESUMEN

El presente trabajo impulsa el implementar un sistema de reporte para los incidentes relacionados con la seguridad del paciente que ocurren al interior de una institución sanitaria, con la finalidad de aprender de estos y evitar su recurrencia, mejorando la calidad del servicio, el cuidado, la satisfacción del paciente y disminuyendo al máximo el riesgo asociado con la atención.

Se plantea utilizar herramientas disponibles al interior de la organización, desde el recurso humano, material, informático e infraestructura, sin incurrir en gastos adicionales, mediante la creación de un sistema de reporte informático, disponible desde cualquier ordenador y que permita de manera voluntaria, que el personal de los centros médicos pueda informar la existencia de incidentes relacionados con la seguridad del paciente.

Este sistema es vigilado por el personal del área de calidad de la organización con la finalidad de establecer barreras de seguridad, traducidas como la implementación de alertas médicas, notas técnicas, guías de práctica clínica, entre otros.

Siendo necesario recalcar que aun cuando se brinda una atención segura, no siempre es posible asegurar los resultados, debido a que cada individuo tiene particularidades y cada paciente es diferente de otro.

El implementar un sistema de reporte al interior de una organización sanitaria es una inversión que justifica con creces su establecimiento, al permitir evitar los gastos imprevistos por juicios, demandas por “negligencia” o “mala práctica” y aquellos relacionados con el costo de la no calidad.

Por tanto, es muy recomendable el establecer sistemas de reporte al interior de las organizaciones, que beneficiarán a los pacientes y miembros del equipo sanitario y que no son necesariamente costosos para implementar y mantener.

## ABSTRACT

This study promotes the implement a reporting system for incidents involving patient safety occurring within a health care institution, with the aim of learn from them and prevent their recurrence, improving service quality, care, patient satisfaction and decreasing the maximum risk associated with attention.

It is planned to use available tools within the organization, from human resources, equipment, technology and infrastructure without incurring in additional costs, by creating informatics report, available from any computer and allow voluntary basis, which staff medical centers can report the existence of incidents related to patient safety.

This system is monitored by the staff of the quality area of the organization with the purpose of establish safety barriers, translated as the implementation of medical alerts, technical notes, clinical practice guidelines, among others.

Being necessary to emphasize that even when a secure health care is provided, it is not always possible to ensure the results, because each individual has peculiarities and every patient is different from another.

Implementing a reporting system within a healthcare organization is an investment that more than justifies its establishment, allowing to avoid unexpected expenses for lawsuits, demands for "negligence" or "malpractice" and those related with non-quality costs.

Therefore, is highly recommended to establish reporting systems within organizations that will benefit patients and healthcare team members and are not necessarily expensive to implement and maintain.

## ÍNDICE

Introducción.....	1
<b>Capítulo I. Marco teórico referencial.....</b>	<b>6</b>
1.1. Marco referencial del proyecto.....	6
1.2. Marco teórico.....	7
1.2.1. La cultura de seguridad.....	7
1.2.2. Incidentes relacionados con la seguridad del paciente (IRSP).....	9
1.2.3. Análisis de incidentes de seguridad.....	9
1.2.4. Protocolo de Londres.....	10
1.2.4.1. Investigación y análisis de incidentes de seguridad en el paciente.....	11
1.3. Marco conceptual.....	13
<b>Capítulo II. Objetivos.....</b>	<b>14</b>
2.1. Objetivo General.....	14
2.2. Objetivos Específicos.....	14
<b>Capítulo III. Metodología.....</b>	<b>15</b>
3.1. Diseño del sistema de reporte de incidentes relacionados con la seguridad del paciente.....	15
3.1.1. Plataforma virtual.....	15
3.1.2. Adopción de un lenguaje de seguridad organizacional.....	15
3.1.3. Identificación de incidentes relacionados con la seguridad del paciente.....	15
3.1.4. Notificación y registro de los incidentes relacionados con la seguridad del paciente.....	16
3.1.4.1. Notificación.....	16
3.1.4.2. Registro.....	16
3.1.5. Diseño de los procesos de notificación y análisis de los incidentes relacionados con la seguridad del paciente.....	19

3.1.5.1. Proceso de notificación de incidentes relacionados con la seguridad del paciente.....	20
3.1.5.2. Proceso de análisis de incidentes relacionados con la seguridad del paciente.....	22
3.1.6. Resultados de la recolección y análisis de los incidentes relacionados con la seguridad del paciente.....	24
3.2. Compromiso organizacional para la implementación y vigilancia del sistema de reporte de incidentes relacionados con la seguridad del paciente.....	24
3.3. Programa de capacitación y evaluación de los participantes en el sistema de reportes de incidentes relacionados con la seguridad del paciente.....	25
3.3.1. Capacitación.....	25
3.3.1.1. Lenguaje de seguridad.....	25
3.3.1.2. Toma de decisiones ante un incidente de seguridad en el paciente.....	25
3.3.1.3. Comunicación de incidentes de seguridad al paciente y su familia.....	27
3.3.1.3.1. Qué comunicar y cómo hacerlo.....	28
3.3.1.3.2. Cuándo comunicar.....	29
3.3.1.4. Notificación y registro.....	29
3.3.1.5. Cumplimiento de barreras de seguridad y medidas reparadoras establecidas después del análisis del incidente de seguridad en el paciente.....	30
3.3.2. Evaluación del conocimiento a los participantes en el sistema de reporte de incidentes relacionados con la seguridad del paciente.....	30
3.4. Evaluación del sistema de reporte de incidentes relacionados con la seguridad del paciente.....	30
3.5. Generación de aprendizaje institucional del sistema	

de reporte de incidentes relacionados con la seguridad del paciente .....	32
3.6. Establecimiento del cronograma para la ejecución del proyecto.....	32
3.7. Cronograma de Trabajo.....	33
3.8. Administración del sistema de reporte de incidentes relacionados con la seguridad del paciente.....	34
3.8.1. Organización Interna.....	34
3.8.2. Coordinación externa.....	34
3.8.3. Promoción y difusión.....	34
3.8.4. Participación.....	35
3.8.5. Recursos.....	36
3.8.5.1. Recursos Humanos.....	37
3.8.5.2. Recursos Materiales y técnicos.....	39
3.8.5.3. Presupuesto.....	40
3.8.5.3.1. Costos/Gastos.....	40
3.8.5.3.2. Ingresos.....	41
<b>Capítulo IV. Discusión.....</b>	<b>42</b>
4.1. Conclusiones.....	42
4.2. Recomendaciones.....	44
Referencias.....	46
Anexos.....	50

## INTRODUCCIÓN

Durante muchos años la ciencia de la medicina ha sido considerada como un arte en la cual los resultados no siempre eran garantizados, la "calidad" de dicha rama de la ciencia se evaluaba subjetivamente en base al grado de solidaridad que el profesional sanitario demostraba a un paciente; el profesional médico era hasta hace unos años atrás, considerado como una persona de conocimientos bastos, digno de respeto, admiración, y de quien se suponía era imposible que cometa un error, sin embargo en el año 2000 y 2001 respectivamente, aparecen 2 estudios que cambian todo el panorama, el primero denominado "*To err is human*" (errar es humano) y el segundo, "*Crossing the Quality Chasm*" (cruzando el abismo de la calidad), juntos, estos estudios proponen que la medicina y el cuidado de la salud representan un gravísimo riesgo para cualquier persona, es así que se considera que ingresar a un hospital es mucho más peligroso que subir una montaña o que, viajar en avión es mucho más seguro y cobra menos vidas que recibir atención por un profesional de la salud.

“Aunque el riesgo de morir como resultado de un error médico supera con creces el riesgo de morir en un accidente de avión, bastante más atención pública se ha centrado en mejorar la seguridad en la industria aérea que en la industria del cuidado de la salud. La probabilidad de morir por un vuelo nacional se estima en uno de ocho millones. Estadísticamente, un pasajero promedio tendría que volar todo el día por más de 438 años antes de ser involucrado en un accidente fatal (...). Algunos creen que la preocupación pública sobre la seguridad aérea, en respuesta al impacto de las noticias, ha jugado un papel importante en la espectacular mejora de la seguridad en la industria de las aerolíneas” (Kohn, Corrigan y Donaldson, 2000, pp. 42).

Con estos antecedentes, organizaciones internacionales, gobiernos y organismos regulatorios buscaron generar estrategias para disminuir la probabilidad del daño al paciente al ingresar o permanecer en un hospital, la OMS estableció un programa insigne denominado “lavado de manos”, el cual

busca reducir el número de infecciones intrahospitalarias asociadas a la atención sanitaria, además de que los profesionales de la salud sean conscientes de la importancia de lavarse las manos y aplicar los “cinco momentos del lavado de manos” (antes de atender a un paciente, después de atender a un paciente, después de haber estado en contacto con fluidos, después de haber estado en contacto con el entorno del paciente y antes de realizar un procedimiento aséptico); pero las estrategias no quedan ahí, se ha generado toda una corriente de concientización mundial que invita a pensar en la necesidad de implementar "una cultura de seguridad" que proteja al paciente de todos los daños potenciales que el sistema de salud pueda ocasionarle, con esto se crea la cultura, y con ella nacen varios términos que permiten entenderla y profundizarla.

Una vez entendido el mensaje de que es necesario cuidar al paciente y tenerlo como eje central de la atención, sin “dañarlo”, el siguiente reto es identificar los incidentes de seguridad para generar medidas (barreras de seguridad) que permitan evitar su ocurrencia en otro paciente, con otro profesional sanitario, a otra unidad sanitaria, o a otro sistema de salud.

“En una cultura de la seguridad hay conciencia de que todo el accionar puede ir mal. La organización es capaz de reconocer errores, aprender de ellos y actuar para mejorar. La interacción entre los colaboradores de la organización es abierta e imparcial (justa) para compartir información abiertamente y para tratar al profesional en presencia de errores o eventos adversos (esto es crítico tanto para paciente como para quien lo cuida o trata). Se basa en un enfoque sistémico: la atención no está sólo ligada al individuo, sino también al sistema donde trabaja. Abordar qué estuvo mal en el sistema ayuda a aprender lecciones y a prevenir su recurrencia” (Fundación Corona, 2009, pp. 99).

Existen organizaciones a nivel mundial pioneras en generar cultura, aprendizaje y barreras de seguridad, tales como: NICE (National Institute for Health and Care Excellence), IHI (Institute for Healthcare Improvement), ISQua (The International Society for Quality in Health Care), AHRQ (Agency for

Healthcare Research and Quality), entre otras que han influido en el entorno, insistiendo en que la seguridad al paciente es una obligación ética y moral de los profesionales e instituciones sanitarias.

La OMS también ha realizado avances en el tema, creando la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente en octubre de 2004, con el propósito de impulsar la mejora en cuanto a seguridad del paciente se trata; además de crear recursos bibliográficos enfocados en la investigación en seguridad del paciente, cirugía segura, establecer el uso de listas de verificación y una alianza en 2007 con organizaciones reconocidas en la industria sanitaria como garantes de seguridad y calidad de atención como es Joint Commission International.

En el Ecuador es posible observar que la práctica sanitaria va enfocándose en la atención centrada en el paciente, la autoridad gubernamental ha impulsado la creación de hospitales y unidades ambulatorias que brinden las garantías de infraestructura y seguridad. Los avances han sido planteados desde el Plan Nacional del Buen Vivir, objetivo No. 6 que manifiesta el mejorar la calidad de vida de la población, siendo una de sus aristas, el mejorar la salud de la población en cumplimiento con el artículo No. 32 de la constitución de la república, que manifiesta:

“Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de

género y generacional” (Asamblea Constituyente del Ecuador, 2008, pp. 29).

La siguiente etapa es generar aprendizaje, y para ello es necesario identificar los incidentes relacionados con la seguridad del paciente, reportarlos, analizarlos y discutirlos, con el único afán de crear un corolario de lecciones aprendidas, que sean entregadas a los profesionales a cargo de la atención, para que ellos utilicen este conocimiento como parte de su práctica, generando una atención más segura para el paciente y que éste pueda percibirla como “calidad” del servicio.

“Los sistemas de registro y notificación no pretenden ser una estimación de la frecuencia de los EA [Eventos Adversos] y de los incidentes en el sector sanitario, sino una forma de obtener una información valiosa sobre la cascada de acontecimientos que llevan a la producción de uno de estos acontecimientos [y para aprender de ellos]” (Bañeres, Orrego, Suñol y Ureña, 2005, pp. 217).

La creación de medios de reporte ha sido una iniciativa de países que identificaron los “errores” como oportunidades de mejora para la salud, seguridad de los paciente y el aprendizaje en beneficio de éstos, por lo que han establecido programas nacionales; algunos han ido más lejos, al establecer normativas legales (Dinamarca, Noruega y Suecia) para que los responsables del cuidado de los pacientes, e incluso el propio paciente, puedan reportar cualquier situación que ponga en riesgo su seguridad. Comisión Europea y Grupo de trabajo para la Seguridad del Paciente y la Calidad del Cuidado (European Commission y Patient Safety and Quality of Care Working Group 2014, pp. 22).

Cobijados por el lema de generar una cultura abierta al aprendizaje, sin menoscabar la integridad del paciente o el profesional sanitario, que pretende revelar la verdadera causalidad de los incidentes y sin castigar a los profesionales, sino, convirtiéndolos en parte de la solución e iniciativas.

“La información de la notificación de incidentes sobre la incidencia de los tipos de fallas específicas y el rendimiento de la seguridad pueden ser ampliamente difundidas al personal con la finalidad de incrementar la conciencia sobre los riesgos operacionales y las medidas correctivas” (Benn, Koutantji, Spurgeon, Rejman y Healey, 2008, pp. 12)

## **CAPITULO I. MARCO TEÓRICO REFERENCIAL**

Se describe a continuación el marco teórico del proyecto, las contribuciones de investigaciones previas inherentes a los incidentes relacionados con la seguridad del paciente, su gestión y el ámbito referencial del proyecto.

### **1.1. Marco Referencial del Proyecto**

La organización de salud ambulatoria escogida para la realización del presente proyecto está localizada en las tres principales ciudades del Ecuador, siendo estas, Quito, Guayaquil y Cuenca. Dispone de cinco centros de atención ambulatoria en la ciudad de Quito, cuatro en Guayaquil y uno en Cuenca; las unidades de atención cuentan con especialidades médicas, odontológicas, apoyos diagnósticos y terapéuticos, su segmento de mercado está orientado a los pacientes (clientes) de aseguradoras de salud, pero también atiende a pacientes particulares.

En la actualidad la organización cuenta con un sistema integrado de gestión de calidad certificado por la norma ISO 9001:2008, sin embargo, la organización ha decidido ingresar al sistema de acreditación en salud de la Joint Commission International (JCI) para centros ambulatorios, ratificando el compromiso de mejorar la seguridad y calidad de los servicios que la organización provee a sus pacientes, con lo cual es necesario establecer un sistema de vigilancia de la seguridad del paciente e investigación de los incidentes de seguridad que puedan presentarse al interior de la organización; dicho sistema de vigilancia aún no ha sido establecido en su totalidad, debido a que solo se actúa de manera reactiva, es decir, la organización solo está “reportando” las quejas que los clientes emiten, dando prioridad y esfuerzo a aquellas consideradas como demandas potenciales y que ponen en riesgo la estabilidad institucional y de los profesionales; por ende, es imperativo concentrar esfuerzos para establecer el sistema de vigilancia de incidentes de seguridad como elemento para la mejora continua y parte de la cultura institucional.

## **1.2. Marco Teórico**

A continuación se describen los requisitos mínimos necesarios para generar la madurez organizacional que permita alcanzar un verdadero enfoque de seguridad al paciente.

### **1.2.1. La cultura de seguridad**

La seguridad del paciente debe ser “vivida” y entendida a diario por el personal sanitario; y debe ser “sentida” por el paciente y su familia, para esto es necesario establecer las bases de todo aquello que sostendrá a la cultura; las bases son la mejora continua, la disminución de riesgos asociados con la atención, la atención centrada en el usuario y la vigilancia de la seguridad de los procesos y procedimientos sanitarios.

De estas bases, se desprenden las barreras de seguridad primarias, que permiten establecer dentro de la organización sanitaria, un modelo de seguridad proactivo, se mencionan:

- Involucramiento del paciente y su familia en el cuidado de su salud.
- Establecimiento de tareas claras para el personal sanitario, indicando alcances y limitaciones (qué está permitido dentro de la institución y que no lo está).
- Establecimiento de protocolos para el personal y verificación de su cumplimiento.
- Establecimiento de guías para toma de decisiones, como vías clínicas, guías de práctica clínica, algoritmos diagnósticos, sistemas de triage, etc.
- Garantizar que el personal posee el conocimiento, las habilidades y las competencias necesarias para el cargo asignado y el cumplimiento de responsabilidades dentro de la organización.
- Velar por la salud física y mental del personal, evitando a toda costa el exceso de trabajo o turnos muy prolongados.
- Establecer equipos de trabajo congruentes, en los cuales exista comunicación efectiva, recibiendo soporte y supervisión.

- Garantizar que el ambiente de trabajo (determinado como la interacción de las personas entre personas, infraestructura, equipos, medicamentos e insumos) sea el adecuado para la ejecución de tareas.
- Garantizar que la Dirección y gerencias organizacionales asignen recursos, políticas, estándares y metas necesarias; además de establecer prioridades y generar una cultura organizacional, así como: Mejorar la calidad y seguridad del paciente, prevención y control de infecciones, involucramiento del Gobierno organizacional, su liderazgo y dirección, manejo y seguridad de las instalaciones, educación y calificaciones del personal, adecuado manejo de la información.
- Vigilar el cumplimiento de normas, nacionales e internacionales, establecidas como estándares de seguridad y calidad de la atención sanitaria.
- Garantizar el cumplimiento de condiciones mínimas de seguridad del paciente, mediante programas de auditoría y control.
- Impulsar el reporte de incidentes de seguridad, su investigación y el establecimiento de nuevas barreras de seguridad, garantizando el aprendizaje continuo en salud y seguridad.

Todo este accionar debe sustentarse en el ciclo de la mejora continua propuesto por Deming, que invita a planificar, ejecutar, verificar resultados y actuar, replicando así el paradigma de que un sistema obtiene resultados para los que fue creado y si se quiere obtener mejores resultados, es imprescindible cambiarlo o ajustarlo.

Desde el nacimiento de esta misión, en el ámbito sanitario, se han generado programas para concientizar a la gente sobre la necesidad de reportar los incidentes de seguridad, sin embargo, el reto es enorme debido a que históricamente cada vez que una persona ha cometido un error le han impuesto un castigo "ejemplarizador", con lo cual la gente ha generado temor en reconocer que errar es humano, más aún en el ámbito de la salud. Sin embargo al estudiar las causas de demandas de pacientes a sus médicos, muchas se corroboran en la soberbia e insensibilidad que el profesional

sanitario mantiene ante un incidente. “Los pacientes que tomaron acciones legales querían una mayor honestidad, una apreciación de la gravedad del trauma que habían sufrido, y las garantías de que las lecciones se han aprendido de sus experiencias” (Vincent, Young y Phillips, 1994, pp. 1609).

### **1.2.2. Incidentes relacionados con la seguridad en el paciente (IRSP)**

Para iniciar con la cultura de seguridad es necesario dar confianza al personal sanitario, enseñarles que el objetivo de reportar un incidente de seguridad en el paciente es una oportunidad de mejora que permite establecer barreras de seguridad para poder alcanzar la excelencia que el paciente demanda del personal de salud.

Con todos estos antecedentes es lógico que primero se capacite al personal sanitario sobre la cultura de seguridad al paciente, la necesidad de reportar los incidentes de seguridad y establecer un sistema que permita atender los reportes voluntarios del personal sanitario y del paciente.

Existen varios métodos para que el personal de salud pueda reportar los incidentes, se pueden emplear sistemas informáticos, grabaciones o reportes telefónicos, mediante el llenado de formatos documentados en papel , redes sociales internas de una organización, entre otros métodos que permitan dirigir el reporte hacia un departamento o área que se encargue de analizarlos y gestionarlos, dando como resultado la implementación de barreras de seguridad, buscando siempre la mejora continua y la seguridad del paciente dentro de la organización.

Es necesario recordar la pirámide de Heinrich, que establece que por 1 evento adverso grave reportado hay cada 29 eventos adversos leves y 300 incidentes sin daño. Llevando a concientizar la necesidad de explorar mejor los incidentes.

### **1.2.3. Análisis de incidentes de seguridad**

Después de que el área o departamento designado ha recibido la información respecto a un nuevo incidente de seguridad, es necesario utilizar herramientas

que permitan definir las barreras de seguridad a implementarse mediante un análisis de caso, se han propuesto durante años muchas herramientas, como: análisis de causas raíz, recorrer procesos, protocolo de Londres, entre otras, sin embargo, el método que ha demostrado ser útil y de fácil manejo ha sido el Protocolo de Londres, el cual permite operar varias herramientas para llegar a la verdadera causa del incidente y permite establecer las barreras de seguridad para que éste no ocurra nuevamente.

#### **1.2.4. Protocolo de Londres**

El sistema para el análisis de incidentes clínicos, protocolo de Londres, tiene su origen en la unidad de investigación para la seguridad clínica en el Colegio Imperial de Londres, y agrupa muchas de las herramientas utilizadas para investigaciones científicas, entrevistas, recolección de datos y análisis de la información, todo esto con el único objetivo de generar una cultura de seguridad, traducido como el aprendizaje continuo no punitivo, en favor de los profesionales de salud y del paciente.

Dicho protocolo se nutre de las experiencias obtenidas en diversas áreas industriales como la aviación, petróleo y plantas de energía nuclear, en las cuales es lógico tener una investigación profunda de causas que generan desperfectos en el funcionamiento de la industria, por este motivo, el protocolo se basa fundamentalmente en el modelo de accidentes organizacionales propuesto por James Reason, el cual sugiere que las decisiones tomadas desde la alta dirección (vértice decisonal) pueden llegar a las bases permitiendo la presentación de acciones inseguras o toma de decisiones equivocadas (Taylor y Vincent, 2001, pp.4)

Lo primero que el protocolo requiere es identificar las acciones inseguras, el siguiente paso es recolectar información respecto al contexto institucional y a las circunstancias en las que se cometieron los errores, conocidos como factores contributivos, éstos pueden afectar el rendimiento del personal, haciendo que los errores se manifiesten y terminen afectando los resultados esperados en los pacientes (Véase anexo No. 6).

El siguiente paso es iniciar con la investigación y análisis de los incidentes, dicho procedimiento no puede realizar una persona o un grupo de personas, y su resultado es medido en tiempo dependiendo de la complejidad o severidad del incidente analizado.

#### **1.2.4.1. Investigación y análisis de incidentes de seguridad en el paciente**

Es necesario seguir una estructura estandarizada para la investigación y el análisis de los incidentes, que se describen a continuación (Taylor y Vincent, 2001, pp. 9-16):

- Identificación y decisión de investigar el incidente: el primer paso para realizar la investigación y análisis obviamente redundante en el hecho de que debe ser reportado para que la organización pueda tener conocimiento del incidente.
- Selección del equipo investigador: La necesidad de asignar a una persona o a un equipo de investigación responde a la severidad o gravedad del incidente; si se requiere conformar un equipo, éste debe ser liderado por la persona que tenga experiencia en realizar investigación de incidentes y constituirse de la siguiente manera:
  - a. Experto en investigación y análisis de incidentes clínicos.
  - b. Miembro de la junta directiva sin conocimiento médico específico.
  - c. Autoridad clínica *senior* como jefe departamental, de servicio, especialista reconocido, director médico, etc.
  - d. Miembro del departamento o servicio donde ocurrió el incidente, pero que no esté involucrado de manera directa.
- Obtención y organización de la información: toda la información, hechos y elementos involucrados deben recolectarse inmediatamente, entre otros, se incluyen:
  - a. Historia clínica completa (reportes médicos, de enfermería, comunitarios, de trabajo social, etc.).
  - b. Documentación y formularios relacionados con el incidente (protocolos, procedimientos, etc.).

- c. Declaraciones inmediatas y observaciones.
  - d. Llevar a cabo entrevistas con los involucrados en el incidente.
  - e. Evidencia física (planos, listas de turnos, etc.).
  - f. Seguridad del equipo involucrado en el incidente (hojas de vida de equipos, mantenimientos, uso indebido, etc.).
  - g. Información sobre las condiciones relevantes que afectan el evento (disponibilidad de personal capacitado, rotación de personal, etc.).
- Establecer la cronología del incidente: con toda la información recolectada es necesario establecer una línea de tiempo para saber qué fue lo que ocurrió y cuando ocurrió, hay que hacer discriminación de la calidad de los datos recolectados.
  - Identificación de acciones inseguras: tras el establecimiento de la cronología, es necesario que el equipo investigador puntualice las acciones inseguras encontradas en el evento, cuidando el no confundirlas con factores contributivos.
  - Identificación de factores contributivos: tras haber completado un listado de acciones inseguras, es momento de identificar qué factores contribuyeron a que las acciones inseguras se manifiesten, obviamente por cada acción insegura es necesario identificar el factor o los factores que contribuyeron, para esto se utiliza el diagrama de espina de pescado (formato de Ishikawa).
  - Recomendaciones y plan de acción: tras haber identificado acciones inseguras y factores contributivos, lo siguiente es elaborar un plan de acción que permita establecer barreras de seguridad, que incluya la siguiente información:
    - a. Dar prioridad a los factores que contribuyen en términos de su importancia para la seguridad de la futura prestación de asistencia sanitaria.
    - b. Enumerar las acciones para hacer frente a estos factores contributivos según lo determinado por el equipo de investigación.
    - c. Identificar quién es responsable de implementar las acciones.
    - d. Identificar el calendario de aplicación.

- e. Identificar las necesidades de recursos.
- f. Evidencia de finalización.
- g. Cierre formal tras la implementación efectuada.
- h. Identificar la fecha para evaluar la efectividad del plan de acción.

### **1.3. Marco Conceptual**

Incidente relacionado con la seguridad del paciente: todo evento o situación que ponga en riesgo la seguridad sanitaria o vital del paciente, aquí se incluyen fallas, errores y eventos adversos.

Evento adverso: daño o lesión no intencional ocasionado al paciente por la intervención asistencial de salud y que no guarda relación con la enfermedad de base.

Evento centinela: Son eventos adversos, que en situaciones controladas no deben presentarse, producto de la intervención sanitaria y no guarda relación con la enfermedad de base, ocasionando en el paciente pérdida funcional transitoria o definitiva de un órgano o sistema e incluso la muerte.

Barrera de seguridad: es una medida o un método empleado para evitar que los errores lleguen a causar daño a los pacientes o mitigan la severidad de estos, pueden ser físicas, naturales, administrativas, tecnológicas o humanas.

Factor contributivo: es toda circunstancia que permite o facilita que una acción insegura se presente, pueden tener su origen en el paciente, en la tarea, en el personal sanitario, en el equipo de trabajo, el ambiente, la organización o en el contexto institucional; cuando un factor contributivo no encuentra una barrera de seguridad, el error o la falla es inevitable.

## **CAPITULO II. OBJETIVOS**

Se han definido dos niveles de objetivos, el general y los específicos, descritos a continuación:

### **2.1. Objetivo General**

Implementar el sistema de reporte de incidentes de seguridad del paciente en una red privada de servicios de salud ambulatoria en Ecuador en las ciudades de Quito y Guayaquil en el Período 2013-2014.

### **2.2. Objetivos específicos**

- Establecer un mecanismo de reporte de incidentes de seguridad al interior de la organización para que los trabajadores puedan reportarlos.
- Capacitar al personal sanitario de la red privada de servicios de salud ambulatoria en Ecuador sobre los incidentes de seguridad para generar el reporte voluntario.
- Generar aprendizaje en la organización utilizando el análisis de los casos presentados al interior de la organización, para evitar su recurrencia.

## **CAPITULO III. METODOLOGÍA**

Se presenta a continuación la metodología a ser implementada para conseguir los objetivos propuestos.

### **3.1. Diseño del sistema de reporte de incidentes relacionados con la seguridad del paciente**

#### **3.1.1. Plataforma Virtual**

El diseño del presente sistema de reporte de incidentes relacionados con la seguridad del paciente (SRIRSP), se orienta hacia la utilización de un sistema informático, que esté disponible desde cualquier computador de la organización y que tenga acceso a internet. Las herramientas tecnológicas de tipo software, son aquellas contratadas por la organización a Google: Sites, Gmail y Drive. Haciendo énfasis en que la construcción de esta plataforma está orientada al aprendizaje y a la mejora de la seguridad en la atención de los pacientes y sus familias.

#### **3.1.2. Adopción de un lenguaje de seguridad organizacional**

En el 2009 la OMS publicó su “Informe Técnico Definitivo” respecto a la clasificación internacional para la seguridad del paciente, en dicha publicación se establecen los conceptos clave y términos utilizados en la cultura de seguridad del paciente; dicha taxonomía será empleada para la ejecución del proyecto.

#### **3.1.3. Identificación de incidentes relacionados con la seguridad del paciente**

Se identifica a todo “evento o circunstancia que ha ocasionado un daño innecesario a un paciente o podría haberlo hecho” (OMS, 2009, pp.136), éstos deben ser notificados inmediatamente utilizando la herramienta diseñada por el Institute of Healthcare for Improvement denominada Trigger tool (que se puede traducir como “indicio de evento adverso” (véase Tabla 1) (Institute for Healthcare Improvement, 2009).

**Tabla 1: Clasificación de gravedad de los incidentes relacionados con la seguridad del paciente.**

CATEGORÍA	DESCRIPCIÓN
Categoría A	Circunstancias o acontecimientos que tienen la capacidad de causar error.
Categoría B	Un error que no llegó al paciente.
Categoría C	Un error que llegó al paciente pero no causó daños.
Categoría D	Un error que llegó al paciente y requiere supervisión o intervención.
Categoría E	Daño temporal para el paciente y requiere intervención
Categoría F	Daño temporal para el paciente y requiere hospitalización inicial o prolongada
Categoría G	Daño permanente en el paciente
Categoría H	Intervención necesaria para mantener la vida
Categoría I	Muerte del paciente

Adaptado de Institute of Healthcare for Improvement, 2009, p. 6.

### **3.1.4. Notificación y registro de los incidentes relacionados con la seguridad del paciente**

En esta sección se establece la importancia de la notificación y registro de los incidentes para realizar la investigación con la finalidad de establecer barreras de seguridad.

#### **3.1.4.1. Notificación**

Hace referencia a comunicar a la jefatura del centro médico y al departamento de Calidad la presencia de un incidente relacionado con la seguridad del paciente para realizar de manera conjunta el análisis y establecimiento de las medidas para reducir el riesgo o mitigar los eventos adversos (barreras de seguridad).

#### **3.1.4.2. Registro**

El reportado es realizado por el área operativa de la organización (personal sanitario, administrativo y de servicios), este reporte, al ser ingresado a la plataforma virtual, automáticamente es registrado y alertado hacia el área de calidad de la organización, con la finalidad de establecer estadística y

repositorio documental de aprendizaje manteniendo la confidencialidad de los involucrados, mediante la utilización de una plataforma electrónica amigable, que permita su reporte desde cualquier lugar y a cualquier hora.

El sistema de reporte contiene 3 elementos, el primero está constituido por la identificación general del centro y el evento (Véase Figura 1).

**Figura 1: Sistema de reporte de incidentes relacionados con la seguridad del paciente (SIRIRSEP).**

The screenshot displays the SIRIRSEP reporting system interface. At the top, the title "Sistema de Reporte de Incidentes Relacionados con la Seguridad del Paciente (SIRIRSEP)" is shown in blue. Below the title, a note states "Tu nombre de usuario de se registrará cuando envíes este formulario." followed by an asterisk and the word "Obligatorio" in red. The form contains four mandatory fields, each with a blue title and an asterisk: "Centro Médico" (with a sub-note "(Nombre del Centro Médico donde ocurrió el incidente)"), "Tipo de Incidente" (with the instruction "Seleccione una categoría"), "Tipo de reporte", and "Reporte por profesional". Each field is represented by a white dropdown menu with a downward arrow. At the bottom left is a grey button labeled "Continuar »". At the bottom right is a progress bar showing approximately one-third completion, with the text "33% completado" below it.

El segundo ítem es la descripción resumida del incidente, en el que se incluye la fecha y hora de ocurrencia (véase Figura 2).

**Figura 2: Sistema de reporte de incidentes relacionados con la seguridad del paciente (SIRIRSEP).**

The screenshot shows the SIRIRSEP reporting system interface. At the top, the title "Sistema de Reporte de Incidentes Relacionados con la Seguridad del Paciente (SIRIRSEP)" is displayed in blue. Below the title, a note states "Tu nombre de usuario de se registrará cuando envíes este formulario." followed by a red asterisk and the word "Obligatorio". The main heading "Sistema de Reporte de Incidentes Relacionados con la Seguridad del Paciente (SIRIRSEP)" is repeated in blue. A label "Describe brevemente lo ocurrido \*" is positioned above a large, empty text input box. Below this, the label "Fecha real del incidente \*" is positioned above a date and time input field. The input field contains the placeholder "dd/mm/aaaa --:--" and an example "Ejemplo: 03/05/2013 11:30 AM". At the bottom left, there are two buttons: "« Atrás" and "Continuar »". At the bottom right, there is a progress bar showing 66% completion, with the text "66% completado" below it.

Por último, el ítem final contiene la información básica del paciente, siendo obligatorios los campos nombre y número de identificación; y como opcionales, el teléfono y la historia clínica (Véase Figura 3).

**Figura 3: Sistema de reporte de incidentes relacionados con la seguridad del paciente (SIRIRSEP).**

**Sistema de Reporte de Incidentes Relacionados con la Seguridad del Paciente (SIRIRSEP)**

Tu nombre de usuario de se registrará cuando envíes este formulario.  
\*Obligatorio

**Sistema de Reporte de Incidentes Relacionados con la Seguridad del Paciente (SIRIRSEP)**

Por favor ingresar los datos del paciente, Nombre e Identificación son obligatorios

**Nombre del Paciente \***

**No. de identificación del Paciente \***

**Historia Clínica del Paciente**

**Teléfono de contacto**

Recibir una copia de mis respuestas

Nunca envíes contraseñas a través de Formularios de Google.

100%: has terminado.

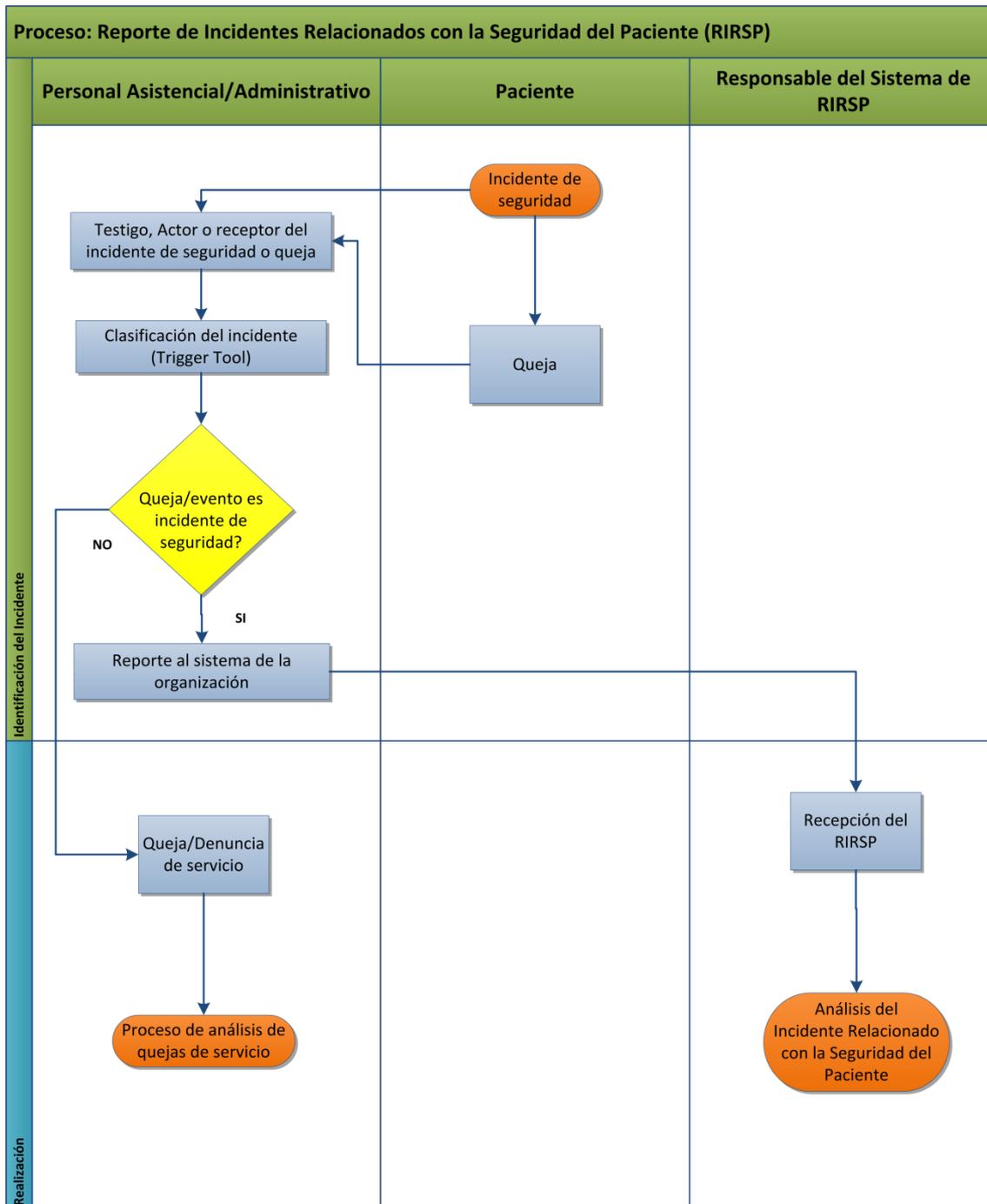
### 3.1.5. Diseño de los procesos de notificación y análisis de los incidentes relacionados con la seguridad del paciente

En esta sección se establece la importancia de crear un proceso que sea entendido y aplicado por los miembros de la organización, permitiendo evitar la dilatación de los tiempos de respuesta y acción.

### **3.1.5.1. Proceso de notificación de incidentes relacionados con la seguridad del paciente**

Cuando un incidente de seguridad ocurre, el personal, el paciente o la familia pueden identificarlo, si ocurre lo primero, el paciente puede pasar inadvertido (incidentes menores) o si hay daño evidente el paciente puede emitir su malestar; en el segundo escenario, el paciente o su familia pueden emitir una queja manifestando su inconformidad con lo ocurrido; sea cualquiera de las dos situaciones, el personal de salud que evidencia el incidente o que recibe la queja, es el encargado de realizar la clasificación del incidente en base a la herramienta “trigger tool”; si tras el análisis inicial se determina que se trata de una queja de servicio, debe direccionarse al departamento correspondiente, sin embargo, si el evento es en realidad un incidente que compromete la seguridad del paciente, se debe reportar para su respectivo análisis (véase Figura 4)

**Figura 4: Proceso para el reporte de incidentes relacionados con la seguridad del paciente (RIRSP)**



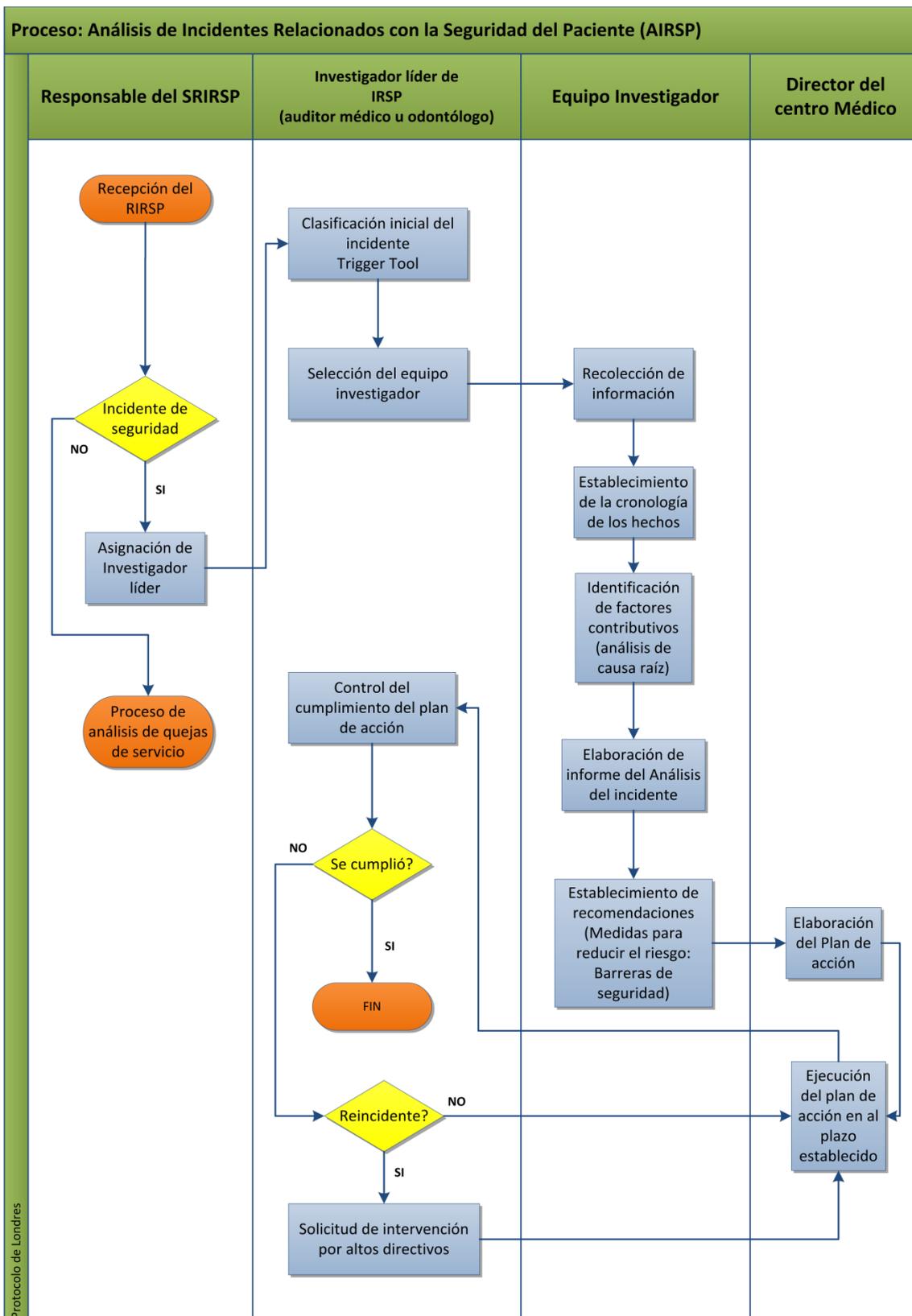
El proceso inicia con la manifestación de un incidente relacionado con la seguridad del paciente, en el ámbito ambulatorio, un incidente puede presentarse antes, durante o después de la atención sanitaria, por ende, el

reporte puede ser realizado por una persona al interior de la organización (testigo del incidente) o por el paciente a manera de una queja de índole “técnico” (se utiliza esta connotación debido a que por lo general el paciente suele quejarse del servicio o de la técnica empleada en atención sanitaria); el siguiente punto consiste en receptar la queja (si el paciente es quien reporta) y/o clasificarla mediante la herramienta Trigger Tool (indicio de evento adverso), una vez clasificada, deber ser reportada al sistema de reportes de incidentes relacionados con la seguridad del paciente de la organización mediante los canales establecidos.

### **3.1.5.2. Proceso de análisis de incidentes relacionados con la seguridad del paciente**

Tras la recepción del reporte por parte del responsable del sistema, se procede a verificar si efectivamente es un incidente relacionado con la seguridad del paciente, al ser un incidente real inmediatamente se asigna un investigador líder (médico u odontólogo entrenado) que conforma un equipo investigador y da inicio a la secuencia de acontecimientos descritos en el protocolo de Londres (véase Marco Teórico), al finalizar la investigación se producen “resultados del análisis” que permitirán gestionar las medidas para disminuir el riesgo evitando en lo posible la recurrencia de los incidentes (Véase Figura 5).

**Figura 5: Proceso para el análisis de incidentes relacionados con la seguridad del paciente (AIRSP)**



### **3.1.6. Resultados de la recolección y análisis de los incidentes relacionados con la seguridad del paciente**

El equipo investigador establece barreras de seguridad al terminar el proceso investigativo, considerados como los resultados de recolección y análisis, estos resultados pueden ser: notas técnicas, adopción o actualización de protocolos, vías clínicas, guías de práctica clínica, alertas, publicaciones, estudios de investigación, creación de base de datos, e incluso un “banco memoria” (lecciones aprendidas), por ejemplo, en el Reino Unido, la Agencia Nacional para la Seguridad del Paciente (NPSA, por sus siglas en inglés), ha creado un algoritmo llamado “Árbol de decisiones para incidentes”, como propuesta tras análisis de incidentes:

“El árbol de decisión para incidentes está demostrando ser un componente valioso del Sistema Nacional de reporte y aprendizaje de la NPSA, ayudando a promover un círculo virtuoso de la seguridad del paciente. (...) Con el aumento del aprendizaje vienen mayores oportunidades para desarrollar soluciones para mejorar los sistemas y las estructuras organizativas. Un NHS más seguro es un mejor NHS [Servicio Nacional de Salud, NHS por sus siglas en inglés] para el personal como para los pacientes” (National Patient Safety Agency, 2003, p. 398).

### **3.2. Compromiso organizacional para la implementación y vigilancia del sistema de reporte de incidentes relacionados con la seguridad del paciente**

El modelo descrito, pretende el involucramiento y compromiso de toda la organización, demostrado de manera formal mediante un documento compartido a la organización, en el cual los altos directivos provean los recursos económicos, humanos y de infraestructura; en el caso de la organización de estudio, el organigrama incluye los mandos altos (gerencia general, gerencias de operaciones, gerencia financiera, gerencia de tecnología, gerencia de recursos humanos y gerencia de infraestructura), mandos medios

(Jefaturas y coordinaciones de los centros) y los mandos bajos (clínicos y administrativos), sin embargo, es imperativo mencionar que el compromiso de los mandos bajos genera más impacto, por ende, el proceso debe tomar en cuenta sus puntos de vista, inquietudes y recomendaciones, debido a que el sistema depende de la capacidad de involucramiento y responsabilidad de estos mandos, ejercidos mediante la presión social (generación de cultura).

### **3.3. Programa de capacitación y evaluación de los participantes en el sistema de reportes de incidentes relacionados con la seguridad del paciente**

Como fue descrito en líneas arriba, el involucramiento alcanza a toda la organización, sin embargo es necesario formar a los involucrados, capacitarlos, entrenarlos y evaluarlos para verificar que las medidas empleadas han conseguido su objetivo: saber cómo deben actuar y responder. A continuación se describen el programa de Capacitación y el programa de evaluación:

#### **3.3.1. Capacitación**

La primera gran actividad consiste en dar al personal confianza, manifestada como la implementación de una cultura libre de culpa, que nos permita aprender para cuidar mejor de los pacientes e interiorizando, en cada uno de los miembros de la organización la importancia de su trabajo y el impacto que genera en el paciente y su seguridad (Véase anexos No. 3 y 4).

##### **3.3.1.1. Lenguaje de seguridad**

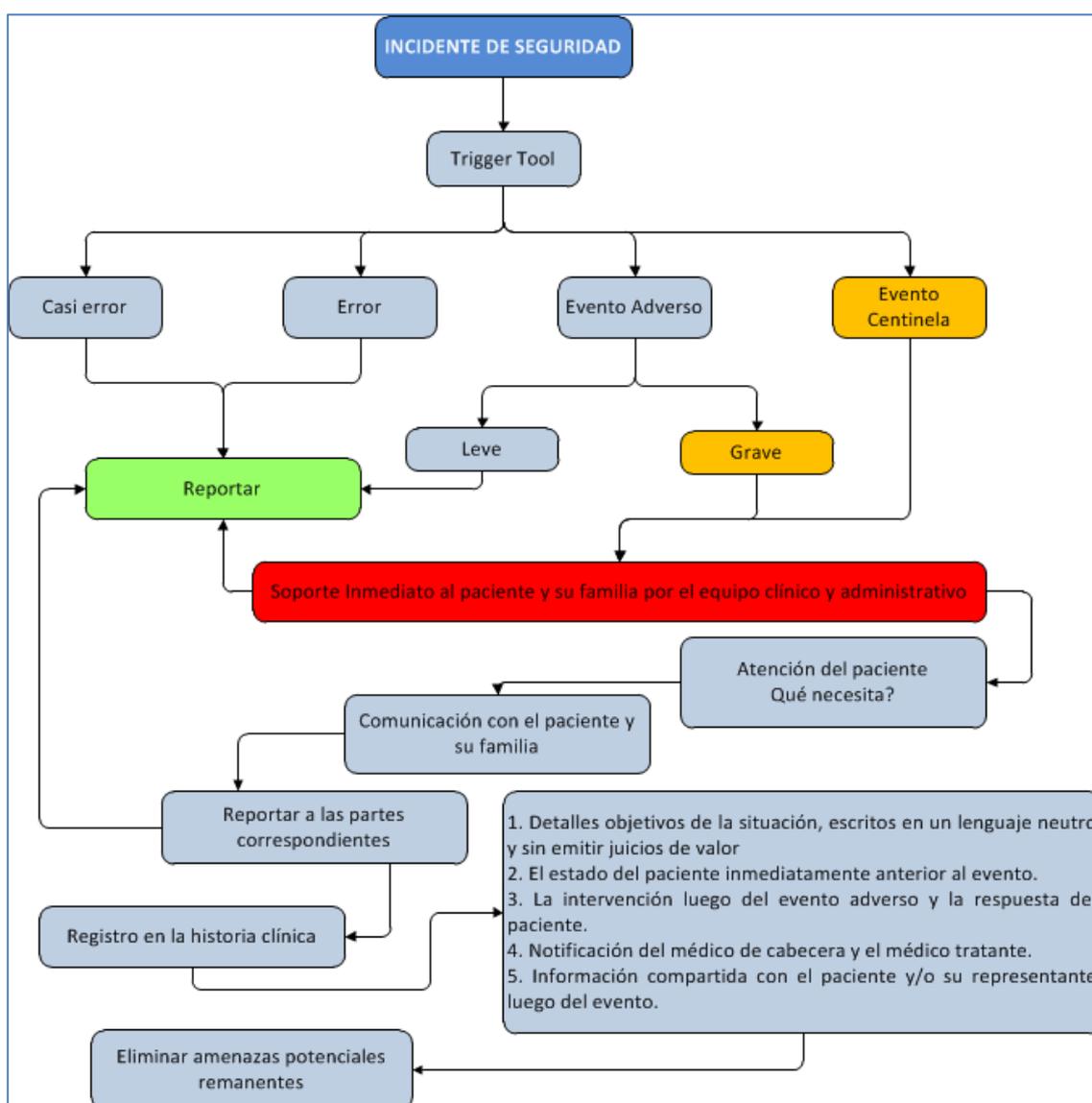
Descrito en líneas arriba, se establece que la estandarización, que es la primera barrera básica de seguridad, por ende se adopta lo elaborado por la OMS.

##### **3.3.1.2. Toma de decisiones ante un incidente de seguridad en el paciente**

Tras la presentación de un incidente de seguridad es mandatorio saber cómo se debe actuar, debido a que reportar es necesario, sin embargo, cuando un

paciente se encuentra en situación emergente, el reporte pasa a segundo plano, y toda una programación es necesaria, por ende, el implementar vías o algoritmos para tomas de decisiones es recomendable (National Patient Safety Agency, 2003, p. 388).

**Figura 6: Proceso para el análisis de incidentes relacionados con la seguridad del paciente (AIRSP)**



### **3.3.1.3. Comunicación de incidentes de seguridad al paciente y su familia**

Cuando se presenta un incidente, se genera mucha ansiedad e inquietud al interior de la organización respecto a qué se debe comunicar, qué hay que decir y cómo decirlo. Sin embargo, es necesario concientizar primero, que aun cuando las estrategias para el cuidado y tratamiento de los pacientes se han gestionado con el mayor cuidado, esmero y basados en hechos científicos, la probabilidad de que el paciente no mejore, está presente (Evento adverso no evitable). Los investigadores saben bien que no es fácil dar la cara, asumir la responsabilidad y comunicar un evento luego de que las cosas salieron mal. Banja (2005, p.143), manifiesta que existen numerosos motivos para no informar circunstancias que no salen bien, debido, a la “auto-preservación” y al miedo (miedo de admitir la responsabilidad de un error, enojo del paciente, enojo de un superior, miedo al ser despedido, miedo a las demandas, miedo a la desaprobación de los colegas o el miedo a la publicidad negativa).

Sin embargo, “es esencial la comunicación pronta, compasiva y honesta con el paciente y su familia luego de un incidente” (Massachusetts Coalition for the Prevention of Medical Errors, 2006, p. 6). Utilizando la palabra comunicación, en lugar de “revelación” porque transmite “un sentido de apertura y reciprocidad” e implica un diálogo continuo.

Para esto es necesario entender, qué es lo que los pacientes quieren saber, la verdad o la elución de responsabilidades por parte de su prestador de servicios sanitarios.

Un estudio reveló que los pacientes que inician una demanda judicial quieren mayor honestidad, el reconocimiento de la severidad del trauma que han sufrido y asegurarse de que se han aprendido lecciones a partir de sus experiencias (Vincent, Young y Phillips, 1994, pp. 1609). En Ecuador, sin embargo, no ha sido posible establecer un estudio que permita aceptar o rechazar dicha afirmación, por el contrario, en la experiencia de los centros sanitarios, a raíz de la puesta en vigencia del Código orgánico integral penal (COIP), el número de casos que se plantean como posibles demandas ha ido

en aumento, aun cuando no ha existido sustento legal para demandar, el principal deseo “reparador” del demandante ha sido con finalidad económica.

#### **3.3.1.3.1. Qué comunicar y cómo hacerlo**

Es necesario planificar la comunicación, tratando de hacerlo simple, expresando empatía y compasión y sin emitir culpa, teniendo en mente que el médico u odontólogo son los que más confianza generan, sin desmerecer al resto de cuidadores sanitarios, por esto se aconseja que sean dichos personajes los que comuniquen al paciente el incidente Hallenbeck menciona que al iniciar la comunicación es necesario hablar de manera clara, lenta y directa. Hacer pausas frecuentes para permitir aclarar ideas a quienes lo escuchan (Hallenbeck, 2003, p. 1).

Es posible que el paciente o su familia estén en un estado de alteración y puedan tener dificultad para procesar información compleja. En las charlas iniciales con los pacientes, no se debe admitir culpa ni hablar de error si pareciera haber alguno. Todavía no se conocen todos los hechos y se podría causar más alarma en el paciente. A estas alturas no especular. Sólo indicar al paciente y su familia lo que se sabe y lo que no se sabe.

Es importante reconocer que el evento ocurrió y expresar empatía y compasión. Podría decir algo parecido a: “Siento mucho lo que le ocurrió. No puedo imaginarme cómo se siente esto, sin embargo trataré....”.

Es necesario insistir que los pacientes quieren la verdad, y quieren saber que no serán abandonados. Dar los datos de contacto y decir que lo llamen si más adelante les surgieran preguntas o comentarios, es recomendado, puesto que disminuye la ansiedad e incertidumbre en el paciente y su familia. Inicialmente, es posible no tener una respuesta para el paciente, sin embargo, éste como su familia querrán saber qué se hará, por lo tanto es importante tranquilizarlos manifestando que comparten en conjunto el mismo objetivo.

### **3.3.1.3.2. Cuándo comunicar**

Se debe comunicar al paciente y su familia de manera inmediata el incidente de seguridad, específicamente los eventos adversos y los centinelas. El comunicar casi errores o casi eventos adversos, pueden generar ansiedad e incertidumbre, no es aconsejable hacerlo, puesto que por lo general pasan desapercibidos por el paciente. En la actualidad, la comunicación de un incidente relacionado con la seguridad del paciente todavía no ha sido contemplada por ninguna normativa, sin embargo, es posible que en el futuro esto sea regulado.

Se recomienda que previo a la comunicación del incidente se realice una reunión del personal con la finalidad de definir la conducta a seguir con el paciente y/o su familia, evitando a toda costa la emisión de juicios de valor y definiendo un plan investigativo del incidente, tras lo cual, la comunicación sea clara, cordial y por un miembro del equipo con mayor autoridad (como fue expuesto líneas arriba), explicando lo ocurrido en términos que el paciente o su familia puedan comprender, y siendo enfáticos de que se utilizarán todos los medios disponibles para descubrir los sucesos y vigilar la evolución del paciente, es necesario solventar las inquietudes que se puedan generar tras la comunicación del incidente, además de transmitir al paciente y su familia confianza y sinceridad en lo que se dice y se hace (Lazare, 2006, pp. 1401-1404).

### **3.3.1.4. Notificación y registro**

Una vez identificado el incidente, es necesario notificarlo (reportarlo) y registrarlo, como se mencionó en líneas arriba, al ser electrónico, el registro es en tiempo real.

### 3.3.1.5. Cumplimiento de barreras de seguridad y medidas reparadoras establecidas después del análisis del incidente de seguridad en el paciente

Cuando el personal de la organización recibe los resultados del análisis enviado por el departamento de Calidad, el siguiente paso es adoptar las medidas propuestas por el comité investigador y ejecutarlas inmediatamente; la responsabilidad de retroalimentar al personal recae sobre la jefatura del centro y es verificada (auditada) por el departamento de Calidad.

### 3.3.2. Evaluación del conocimiento a los participantes en el sistema de reporte de incidentes relacionados con la seguridad del paciente

Tras la capacitación del personal, se realiza una evaluación (Véase anexo No. 11) para verificar el nivel de entendimiento sobre el sistema y el lenguaje, además del seguimiento estricto por parte de la jefatura del centro, la gerencia de operaciones y el área de calidad.

### 3.4. Evaluación del sistema de reporte de incidentes relacionados con la seguridad del paciente

La monitorización del funcionamiento del sistema de reporte de incidentes relacionados con la seguridad del paciente (SRIRSP) debe ser continua, por eso se establece una frecuencia mensual, tomando en consideración lo descrito a continuación:

**Tabla 2: Propuesta para la medición del desempeño del Sistema de reporte de incidentes relacionados con la seguridad del paciente (SRIRSP).**

INDICADORES DE SEGUIMIENTO DEL SRIRSP		
INDICADOR	INTENCIÓN	CALCULO
Porcentaje de cumplimiento de cierre de ciclos	Medir el nivel de cumplimiento después de que el equipo investigador ha establecido las Acciones para la mejora: Decisiones	Porcentual:  0%: Incumplimiento de plazos establecidos

	gerenciales, Barreras de seguridad y mejora de procesos	100%: Cumplimiento de actividades en los plazos establecidos
Número de Incidentes relacionados con la seguridad del paciente	Documentar el número real de incidentes para establecer barreras de seguridad	Número entero: Recuento mensual de casos reportados al sistema de reporte de incidentes relacionados con la seguridad del paciente
Número de Eventos Adversos	Documentar el número real de eventos adversos reportados para establecer barreras de seguridad	Número entero: Recuento mensual de eventos adversos reportados al sistema de reporte de incidentes relacionados con la seguridad del paciente
Número de errores	Documentar el número real de errores reportados para establecer barreras de seguridad	Número entero: Recuento mensual de errores reportados al sistema de reporte de incidentes relacionados con la seguridad del paciente
Porcentaje de incidentes relacionados con la seguridad del paciente por consultas mensuales	Establecer la relación entre el número de consultas al mes y los incidentes relacionados con la seguridad del paciente para toma de decisiones	Porcentaje: $\%IRSPm = \frac{No. de IRSP en el mes}{No. de consultas en el mes}$
Porcentaje de eventos adversos por consultas mensuales	Establecer la relación entre el número de consultas al mes y los eventos adversos para toma de decisiones	Porcentaje: $\%EAm = \frac{No. de EA en el mes}{No. de consultas en el mes}$
Porcentaje de eventos adversos prevenibles por consultas mensuales	Establecer la relación entre el número de consultas al mes y los eventos adversos prevenibles para toma de decisiones	Porcentaje: $\%EAPm = \frac{No. de EAP en el mes}{No. de consultas en el mes}$
Porcentaje de errores por consultas	Establecer la relación entre el número de consultas al mes y los errores para	Porcentaje:

mensuales	toma de decisiones	$\%Em = \frac{\text{No. de E en el mes}}{\text{No. de consultas en el mes}}$
-----------	--------------------	--

### 3.5. Generación de aprendizaje institucional del sistema de reporte de incidentes relacionados con la seguridad del paciente

Con el establecimiento de mecanismos de reporte y análisis de los incidentes relacionados con la seguridad del paciente, el siguiente paso es utilizar esa información para generar aprendizaje al interior de la organización, en este sentido, se establece la necesidad de difundir los resultados del análisis, para ello, los informes pasan a ser parte de un repositorio documental, en el cual los nombres y datos de identificación son retirados para garantizar la confidencialidad de los involucrados y evitar la exposición de los profesionales y pacientes innecesariamente, el siguiente paso es establecer talleres de análisis con los profesionales sanitarios para involucrarlos en el proceso y obtener puntos de vista y reflexiones que permitan mejorar el sistema de reporte y la cultura de seguridad.

También se implementan o ajustan protocolos, notas técnicas, instrucciones, diagramas de flujo para toma de decisiones, alertas técnicas, para reforzar el aprendizaje institucional basado en la seguridad del paciente.

### 3.6. Establecimiento del cronograma para la ejecución del proyecto

Tras diseñar el proyecto y realizar las acotaciones pertinentes, es necesario establecer fechas en las cuales el proyecto deberá plasmarse como una realidad, para esto se ha utilizado una carta Gantt que contiene la información de las fases y tareas a desarrollar:



### **3.8. Administración del sistema de reporte de incidentes relacionados con la seguridad del paciente (SRIRSP)**

Para un adecuado funcionamiento del sistema, cuyo fin es disminuir el riesgo en los pacientes, mediante la mejora continua, se ha propuesto el modelo de administración descrito a continuación.

#### **3.8.1. Organización Interna**

El ámbito de gestión del SRIRSP se aplica en los centros de salud ambulatoria privados, el equipo responsable del monitoreo es el departamento de Calidad de la organización, conformado por médicos auditores, odontólogos auditores e ingenieros gestores de procesos; el coordinador del equipo es el jefe del departamento de Calidad.

#### **3.8.2. Coordinación externa**

La coordinación externa al equipo de Calidad lo constituyen las jefaturas de los centros sanitarios, cuya misión es reforzar las instrucciones emitidas por el personal de calidad para fomentar el reporte.

#### **3.8.3. Promoción y difusión**

Para garantizar la difusión y promoción del sistema de reporte, es necesario entrenar al personal, involucrarlo y orientarlo a la deducción de la necesidad de tener el SRIRSP, para transformar al personal en promotores de su uso, se han establecido varios mecanismos, que sin generar un costo adicional, permitan la difusión, aceptación y uso del sistema de reportes, insistiendo firmemente en el beneficio que representa para el paciente y el respaldo para los profesionales sanitarios.

**Tabla 4: Medidas de difusión y promoción propuestas para el Sistema de reporte de incidentes relacionados con la seguridad del paciente (SRIRSP)**

<b>Promoción</b>
Reunión con Jefaturas de los centros ambulatorios para presentar el SRIRSP
Reunión con los líderes clínicos para presentación de las ventajas del SRIRSP
Charlas con el personal para reforzar la importancia del reporte, los beneficios y las oportunidades de mejora que presenta el SRIRSP
<b>Difusión</b>
Canales físicos (Revista, comunicado, cartelera, escritos, dípticos, trípticos)
Canales electrónicos (Red social institucional, comunidades virtuales, boletines electrónicos, página web de calidad)
Boca a boca

#### 3.8.4. Participación

Descrito con anterioridad, el sistema requiere de un equipo técnico líder, entrenado en seguridad del paciente, análisis de incidentes de seguridad y con la capacidad para establecer barreras de seguridad, cuyas funciones se encuentren definidas.

**Tabla 5: Descripción de funciones del personal propuesto para el Sistema de reporte de incidentes relacionados con la seguridad del paciente (SRIRSP).**

<b>Personal</b>	<b>Función</b>
Médico líder del SRIRSP	Distribución y análisis de reportes
Médico Auditor	Análisis de reportes
Odontólogo Auditor	Análisis de reportes
Gestor de Procesos	Diseño y/o rediseño de procesos basado en los reportes
Jefe de centro ambulatorio	Vigilancia de la seguridad del paciente y reporte de incidentes Impulsar la utilización del SRIRSP por todo el personal Colaboración técnica para investigación de los incidentes Establecer el nexo entre calidad y el área, servicio o personal que origina el incidente

Médicos de la institución	Vigilancia de la seguridad del paciente y reporte de incidentes Colaboración técnica para investigación de los incidentes
Odontólogos de la institución	Vigilancia de la seguridad del paciente y reporte de incidentes Colaboración técnica para investigación de los incidentes
Enfermeras de la institución	Vigilancia de la seguridad del paciente y reporte de incidentes Colaboración técnica para investigación de los incidentes
Personal administrativo	Vigilancia de la seguridad del paciente y reporte de incidentes
Personal de servicios	Vigilancia de la seguridad del paciente y reporte de incidentes

### 3.8.5. Recursos

La necesidad y administración de recursos para el establecimiento del SRIRSP no demanda invertir recursos adicionales a los que la organización posee, debido a que cuenta con personal capacitado en lo técnico y lo tecnológico para el desarrollo de la herramienta, por lo tanto, los valores presentados a continuación constituyen montos estimados, no reales (por confidencialidad de la organización donde se lleva a cabo la implementación del sistema), pero que son necesarios para ubicar al lector en los rubros requeridos si se plantearía replicarlo bajo otras condiciones.

Los recursos se han clasificado en tres componentes fundamentales: el recurso humano, recurso material y el recurso técnico.

### 3.8.5.1. Recursos Humanos

Se presenta el requerimiento del recurso humano

**Tabla 6: Recurso humano disponible para el funcionamiento del Sistema de reporte de incidentes relacionados con la seguridad del paciente (SRIRSP).**

Personal	Número	Perfil	Funciones	Horas de trabajo a la semana	Salario	Estado
Médico Auditor	9	Médico Conocimiento sobre seguridad del paciente Conocimiento Norma ISO 9001 Auditor ISO Conocimiento Norma JCI Manejo de paquetes informáticos Entrenador Manejo de personal médico	Capacitar al personal sobre seguridad al paciente Capacitar al personal sobre el SRIRSP Análisis de incidentes Establecimiento de barreras de seguridad	40 h/s	\$ 1.600	Contratado
Odontólogo Auditor	2	Odontólogo Conocimiento sobre seguridad del paciente Conocimiento Norma ISO 9001 Auditor ISO Conocimiento Norma JCI	Capacitar al personal sobre seguridad al paciente Capacitar al personal sobre el SRIRSP Análisis de incidentes Establecimiento de barreras	40 h/s	\$ 1.600	Contratado

		Manejo de paquetes informáticos Entrenador Manejo de personal odontológico	de seguridad			
Gestor de Procesos	2	Ingeniero industrial Dominio de procesos Diseño y rediseño de procesos Simulación Conocimiento sobre seguridad del paciente Conocimiento Norma ISO 9001 Auditor ISO Conocimiento Norma JCI Manejo de paquetes informáticos	Diseño y/o rediseño de procesos Establecimiento de barreras de seguridad Identificación de oportunidades de mejoras en el sistema	40 h/s	\$ 1.200	Contratado

### 3.8.5.2. Recursos Materiales y técnicos

Se presenta el requerimiento de los recursos materiales y técnicos

**Tabla 7: Recursos materiales y técnicos disponibles para el funcionamiento del Sistema de reporte de incidentes relacionados con la seguridad del paciente (SRIRSP).**

<b>Material</b>	<b>Destino</b>	<b>Estado actual</b>
Infraestructura	Atención	Se posee
Ordenadores	Notificación mediante el SRIRSP	Se posee
Internet	Notificación mediante el SRIRSP	Se posee
Servidores	Manejo y almacenamiento de información	Se posee
Cuenta de correo electrónico en Gmail	Comunicación organizacional y acceso al SRIRSP	Se posee
SRIRSP	Notificación y gestión de los reportes de incidentes	Diseñado
Energía eléctrica	Alimentación a equipo de ofimática	Se posee
Sistema de alimentación ininterrumpida	Mantener el suministro eléctrico en caso de fallas	Se posee
Red social institucional	Comunicación y difusión	Se posee
Página web de del departamento de calidad	Comunicación y difusión	Se posee
Aula Virtual	Aprendizaje y difusión	Diseñado
Sistema de comunicación organizacional	Comunicación organizacional	Se posee

### 3.8.5.3. Presupuesto

Se describe a continuación el presupuesto que debe ser considerado

#### 3.8.5.3.1. Costos/Gastos

Se describe la situación actual

**Tabla 8: Costos incurridos para el funcionamiento del Sistema de reporte de incidentes relacionados con la seguridad del paciente (SRIRSP)**

Necesidades	Valor Estimado	Cálculo	Situación	Costo
Recursos humanos	\$ 240.000,00	Personal requerido, un año de trabajo, área de calidad	Recurso disponible en la organización, no se requiere contratar	\$ (240.000,00)
Recursos materiales	\$ 1.000.000,00	Valor estimado del material ofimático disponible en los centros ambulatorios (sin considerar devaluación)	Recurso disponible en la organización, no se requiere comprar	\$ (1.000.000,00)
Recursos monetarios	\$ 200.000,00	Dinero requerido para el SRIRSP (Alquiler de dominio Google, un año)	Recurso disponible en la organización, no se requiere contratar	\$ (200.000,00)
Gastos indirectos	\$ 7.000.000,00	Electricidad, arriendo de locales, servidores, tiempo del profesional, un año	Costos propios del giro del negocio	\$ (7.000.000,00)
<b>Total</b>	\$ 8.440.000,00		<b>Total</b>	\$ (8.440.000,00)
<b>Total de Gastos</b>				<b>\$ 0</b>

Es necesario aclarar que los costos/gastos mostrados en el cuadro anterior, reflejan la inversión de la organización a nivel nacional, y que debido al crecimiento que ésta ha presentado, los valores son correspondientes a inversiones en el pasado, pretendiendo demostrar que con los recursos que cuenta la organización en la actualidad, no es necesario invertir un solo dólar más para crear el SRIRSP, por el contrario, es aprovechar el conocimiento del personal actual y las herramientas disponibles, recalcando que la implementación de un sistema de reporte no tiene que ser necesariamente costoso, puesto que se puede empezar con un simple papel, un bolígrafo y un buzón, sin embargo, si el lector desea implementar un SRIRSP desde cero utilizando la plataforma propuesta en este trabajo, el costo de inversión puede ser de \$7.973,17 mensuales aproximadamente (Véase anexo No. 7).

#### **3.8.5.3.2. Ingresos**

El sistema, mediante la vigilancia y mejora de la calidad y seguridad de la atención de los pacientes, permite controlar gastos “evitables” a razón de demandas, juicios de mala praxis, acuerdos transaccionales monetarios, impacto negativo sobre la marca, el personal e impacto perjudicial sobre el paciente y su aporte con la sociedad y la economía local.

Se insiste en que la necesidad de recursos para el establecimiento del SRIRSP no demanda invertir rubros adicionales a los que la organización posee, además de que los valores presentados son montos estimados, no reales (modificados por confidencialidad de la organización), pero que son necesarios indicarlos para ubicar al lector.

## **CAPITULO IV. DISCUSIÓN**

La implementación de sistemas de reporte de incidentes relacionados con la seguridad del paciente redundan en la necesidad de aprender de los errores o casi errores, permitiendo demostrar la calidad y seguridad del servicio frente a los pacientes, sin embargo, es necesario hacer bien las cosas. Recordando lo expuesto por Julio Frenk: “La calidad sin equidad es un conjunto vacío y la eficiencia sin calidad puede significar iatrogenia sin desperdicio” (Malagón, Galán y Pontón, 2013).

El sentido de implementar dicho sistema busca identificar aquellos detalles que por cuestiones institucionales, operativos o administrativos, parecen ocultarse tras la monotonía y rutina sanitaria, que opaca la capacidad de visualizarlos, sin embargo, no es hasta que una situación se presenta o casi ocurre, para encender las alertas y entender que los profesionales sanitarios son humanos, y como tales, capaces de caer en errores, que en muchos casos, pudieron haber sido evitados.

Al entender que errar es humano y que no siempre es posible asegurar los resultados en salud, también es necesario interiorizar, que la capacidad evolutiva nos ha permitido desarrollar la inteligencia, con la finalidad de ponerla al servicio de la humanidad, por ende es comprensible, que los seres humanos aprendan de los errores y sepan cómo se deben cumplir las actividades para evitar exponer al paciente a riesgos innecesarios.

### **4.1. Conclusiones**

El sistema de reporte permite mejorar la calidad del servicio, la seguridad del paciente, el posicionamiento y reconocimiento de una marca o nombre y por sobre todo, permite brindar seguridad al personal sanitario.

El sistema de reporte, se constituye en un sistema de vigilancia, por lo tanto, permite estar alerta y adelantarse a sucesos que pueden considerarse como posibles, para controlarlos o evitar que terminen dañando a los pacientes.

Se diseñó y se está implementando el sistema de reporte de incidentes relacionados con la seguridad del paciente, acorde al cronograma de actividades propuesto en el presente trabajo.

Se ha capacitado al personal de la organización acorde a los niveles de responsabilidad, desde el nivel jerárquico institucional, al equipo de calidad, al equipo de jefaturas de los centros y al personal asistencial acorde con el cronograma, aún existe personal que no ha sido capacitado que debe completarse de manera paulatina.

Como mecanismo para generar el reporte al interior de la organización, se ha diseñado una plataforma electrónica dentro del sistema de comunicación institucional, anidada en el domino que es alquilado a Google, en el cual todo el personal tiene acceso y puede establecer su reporte, asimismo, la herramienta es práctica, intuitiva y amigable, pensada en consumir el menor tiempo posible para el reporte y cuyo futuro permitirá fusionarlo a la historia clínica, para que los responsables del reporte puedan hacerlo sin necesidad de salir del sistema de historia clínica; para una apreciación cercana a lo implementado dentro de la organización, se ha elaborado un simulador en línea al que se puede acceder mediante el siguiente hipervínculo: <http://goo.gl/forms/xmvm2lnVfU>.

Para el aprendizaje institucional, se ha diseñado una plataforma tecnológica denominada aula virtual (Véase anexo No. 4), que permite tener un nexo con el personal para capacitarlo, entrenarlo y evaluarlo en los temas inherentes a calidad y seguridad de los servicios, siendo una herramienta intuitiva y amigable; que paulatinamente permitirá ir agregando nuevos temas y casos relacionados con los reportes generados al interior de la organización; para una apreciación cercana a lo implementado dentro de la organización, se ha elaborado un simulador en línea al que se puede acceder mediante el siguiente hipervínculo: <https://sites.google.com/site/simuladoraulavirtual/>.

Finalmente, se puede concluir, que el implementar un SRIRSP no es necesariamente oneroso, puesto que se puede empezar con un lápiz, papel y buzón para el reporte (Véase anexo No. 7), además de que, la inversión de

tenerlo, justifica con creces su establecimiento, al permitir evitar los “gastos controlables” debidos a juicios, demandas o acuerdos transaccionales por “negligencia” o “mala práctica” o aquellos relacionados con el costo de la no calidad.

#### **4.2. Recomendaciones**

La implementación de un SRIRSP (sistema de reporte de incidentes relacionados con la seguridad del paciente), debe ser realizado en todas las organizaciones sanitarias, sean pequeñas o grandes, públicas o privadas, ambulatorias u hospitalarias, como compromiso con la mejora continua de la calidad sanitaria y seguridad de los pacientes.

Se recomienda generar políticas públicas o normativas nacionales que impulsen el establecimiento de sistemas de reporte en todas las organizaciones sanitarias, con la finalidad de establecer un gran sistema de vigilancia de seguridad al paciente al servicio de la comunidad ecuatoriana.

El modelo propuesto, evidencia que con un poco de creatividad, conocimiento y las herramientas adecuadas se puede establecer un SRIRSP, y además, es extrapolable, viable y económico en su implementación y seguimiento.

El reporte de los incidentes relacionados con la seguridad del paciente debe ser entendido al interior de la organización como necesario para el aprendizaje, no con el carácter de obligatorio, punitivo o deslustrado para el personal.

Existen varios métodos para reportar, como son las llamadas telefónicas, mensajes de texto, correos electrónicos, plataformas electrónicas sofisticadas, etc. Lo importante es considerar el control que se debe tener sobre lo reportado, la casuística, frecuencia, horarios y estacionalidades para la toma de decisiones y aplicación de barreras de seguridad sobre la causa raíz, con la finalidad de no tapar “baches”, sino de solucionar las verdaderas causas de los incidentes.

El personal sanitario, suele ser el primero en oponerse a los cambios, por esto es importante llevarlos a razonar en conjunto, los beneficios de reportar

eventos adversos, errores o casi errores, pero también es fundamental brindarles confianza, explicándoles que la organización los apoya, que no van a ser castigados por reportar lo ocurrido, pero siendo enérgicos en el sentido de que de cada miembro del equipo sanitario, se puede aprender y que ese aprendizaje debe estar al servicio del paciente y su familia, que es la razón fundamental por la cual existen las instituciones de salud, y que al final del día, esa protección vista por el paciente, genera en su cabeza que la atención brindada satisface sus necesidades de calidad.

No es aconsejable imponer, es aconsejable concientizar el porqué de la existencia de un sistema de reporte de incidentes relacionados con la seguridad del paciente.

Tras el análisis causal de los incidentes, se recomienda generar productos terminados, que en salud son: protocolos, vías clínicas, guías de práctica clínica, normativas institucionales, elaboración o rediseño de procesos, lineamientos normativos, enmiendas sanitarias o constitucionales, entre otras.

El análisis de un incidente que no genere un producto terminado, no genera valor, puesto que es esfuerzo invertido en algo que no influye sobre la cultura de seguridad al interior de la organización, debido a que no genera aprendizaje.

## REFERENCIAS

- Asamblea Nacional (2008). *Constitución de la República del Ecuador*. Recuperado de [http://www.asambleanacional.gob.ec/sites/default/files/documents/old/constitucion\\_de\\_bolsillo.pdf](http://www.asambleanacional.gob.ec/sites/default/files/documents/old/constitucion_de_bolsillo.pdf).
- Banja, J. (2005). *Medical Errors and Medical Narcissism*. Sudbury, Massachusetts: Jones & Bartlett Publishers.
- Bañeres, J., Orrego, C., Suñol, R. y Ureña, V. (2005). Los sistemas de registro y notificación de efectos adversos y de incidentes: una estrategia para aprender de los errores. *Calidad Asistencial*, 20(4), 216-222. Recuperado de [http://apps.elsevier.es/watermark/ctl\\_servlet?\\_f=10&pident\\_articulo=13075840&pident\\_usuario=0&pcontactid=&pident\\_revista=256&ty=154&accion=L&origen=zonadelectura&web=zl.elsevier.es&lan=es&fichero=256v20n04a13075840pdf001.pdf](http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13075840&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=256&ty=154&accion=L&origen=zonadelectura&web=zl.elsevier.es&lan=es&fichero=256v20n04a13075840pdf001.pdf).
- Benn, J., Koutantji, M., Wallace, L., Spurgeon, P., Rejman, M. y Healey, A. (2008). Feedback from incident reporting: information and action to improve patient safety. *Quality and Safety Health Care*, 18(1), 11-21. doi: 10.1136/qshc.2007.024166.
- Cheng, L., Sun, N., Li, Y., Zhang, Z., Wang, L. y Zhou, J. (2011). International comparative analyses of incidents reporting systems for healthcare risk management. *Journal of Evidence-Based Medicine*, 4(2), 32-47. doi: 10.1111/j.1756-5391.2011.01119.x.
- Christiaans, C., Smits, M., Zwaan, L., Lubberding, S., Wal, G. y Wagner, C. (2011). To what extent are adverse events found in patient records reported by patients and healthcare professionals via complaints, claims and incident reports?. *Bio Med Central Health Services Research*, 11(49), 1-10. Doi: 10.1186/1472-6963-11-49.
- Classen, D., Resar, R., Griffin, F., Federico, F., Frankel, T. y Kimmel, N. (2011). Global Trigger Tool Shows that adverse events in hospitals may be ten times greater than previously measured. *Health Affairs*, 30(4), 581-589. Doi: 10.1377/hlthaff.2011.0190.
- Croskerry, P. (2009). Context is everything or how could I have been that stupid?. *Healthcare Quarterly*, 12(1), 171-177. Recuperado de <http://www.longwoods.com/product/download/code/20945>.

- European Commission y Patient Safety and Quality of Care Working Group (2014). *Key findings and recommendations on Reporting and learning systems for patient safety incidents across Europe*. Recuperado de [http://ec.europa.eu/health/patient\\_safety/docs/guidelines\\_psqwcg\\_reporting\\_learning\\_systems\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/patient_safety/docs/guidelines_psqwcg_reporting_learning_systems_en.pdf).
- Fundación Corona, Centro de Gestión Hospitalaria (2009). *Seguridad del paciente: Un modelo organizacional para el control sistemático de los riesgos en la atención en salud*. (1a. Ed.) Bogotá, Colombia: Gente Nueva.
- Hallenbeck, J. (2003). *Sharing bad news*. New York: Oxford University Press. Recuperado de <http://www.growthhouse.org/cifwriter/library/70/4975.html>.
- Heinrich H. (1941). *Industrial accident prevention: A scientific approach*. (1a. Ed.) New York, Estados Unidos: McGraw-Hill.
- Hutchinson, A., Young, T., Cooper, K., McIntosh, A., Karnon, J., Scobie, S. (2009). Trends in healthcare incident reporting and relationship to safety and quality data in acute hospitals: results from the National Reporting and Learning System. *Quality and Safety Health Care*, 18(1), 5-10. Doi: 10.1136/qshc.2007.022400.
- Institute for Healthcare Improvement (2009). *Global Trigger Tool for measuring adverse events*. Recuperado de <http://www.ihl.org/resources/Pages/IHIWhitePapers/IHIGlobalTriggerToolWhitePaper.aspx>.
- Institute of Medicine (2001). *Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century*. Recuperado de <http://coloradoafp.org/library/Library%20I-1.pdf>.
- Kohn, L., Corrigan, J. y Donaldson, M. (2000). *To Err Is Human: Building a Safer Health System*. Washington, Estados Unidos: Florence Poillon.
- Lazare, A. (2006). Apology in medical practice: An emerging clinical skill. *Journal of the American Medical Association*. 296(11), 1401–1404. Recuperado de <https://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=6&cad=rja&uact=8&ved=0CEYQFjAF&url=http%3A%2F%2Flistserv.brown.edu%2Farchives%2Fcgi-bin%2Fwa%3FA3%3Dind0609%26L%3DPED-EM-L%26E%3Dbase64%26P%3D1141453%26B%3D----d68810a75d555a917d91%26T%3Dapplication%252Fpdf%3B%2520nam>

[e%3D%2522Jama%2520apology%2520Article.pdf%2522%26N%3DJama%2520apology%2520Article.pdf%26attachment%3Dq&ei=HntpVP6wJoKcNpe6gdAG&usq=AFQjCNGLOfoekTFiXHrA-FBVne2l45r3TQ&bvm=bv.79142246.d.eXY.](http://www.jama.com/doi/pdf/10.1093/bja/aeq133)

Mahajan, R. (2010). Critical incident reporting and learning. *British Journal of Anaesthesia*, 105(1), 69–75. Doi: 10.1093/bja/aeq133.

Malagón, G., Galán, R. y Pontón G. (2013). *Administración Hospitalaria*. Bogotá, Colombia: Editorial Médica Internacional.

Massachusetts Coalition for the Prevention of Medical Errors (2006). *When Things Go Wrong: Responding to Adverse Events. A Consensus Statement of the Harvard Hospitals*. Burlington, Massachusetts: Autor. Recuperado de <http://www.macoalition.org/documents/respondingToAdverseEvents.pdf>.

Ministerio de Sanidad y Consumo (2008). *Construcción y validación de indicadores de buenas prácticas sobre seguridad del paciente*. Recuperado de <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/construccionValidacionIndicadoresSeguridadPaciente.pdf>.

Ministerio de Sanidad y Consumo (2010). *Sistemas de registro y notificación de incidentes y eventos adversos*. Recuperado de [http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc\\_sp3.pdf](http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc_sp3.pdf).

Minnesota Department of Health (2011). *Adverse health events in Minnesota. Seventh annual public report*. Recuperado de <http://www.health.state.mn.us/patientsafety/ae/2011ahereport.pdf>.

Mira, J., Cho, M., Monserrat, D., Rodríguez, J. y Santacruz, J. (2013). Elementos clave en la implementación de sistemas de notificación de eventos adversos hospitalarios en América Latina. *Panamericana de Salud Pública*, 33(1), 1-7. Recuperado de <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v33n1/a01v33n1.pdf>.

Naessens, J., O'byrne, T., Johnson, M., Vansuch, M., Mcglone, C. y Huddleston, J. (2010). Measuring hospital adverse events: assessing inter-rater reliability and trigger performance of the Global Trigger Tool. *International Journal for Quality in Health Care*, 1, 1-9. Recuperado de <http://intqhc.oxfordjournals.org/content/intqhc/22/4/266.full.pdf>.

- National Patient Safety Agency (2003). *The Incident Decision Tree Information and advice on use*. Recuperado de [http://www.suspension-nhs.org/Resources/Safety%20-%20IDT%20\(info%20and%20advice%20on%20use\).pdf](http://www.suspension-nhs.org/Resources/Safety%20-%20IDT%20(info%20and%20advice%20on%20use).pdf).
- National Patient Safety Agency (2005). *Building a memory: preventing harm, reducing risks and improving patient safety. The first report of the National Reporting and Learning System and the Patient Safety Observatory*. Recuperado de [https://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0CCEQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.nrls.npsa.nhs.uk%2FEasySiteWeb%2Fgetresource.axd%3FAssetID%3D60016%26type%3Dfull%26servicetype%3DAttachment&ei=00BpVMT\\_JcagNs\\_n1gsAJ&usq=AFQjCNEsdTZtZywF-RMfXVHzD3JXJPKFnA&bvm=bv.79142246,d.eXY](https://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0CCEQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.nrls.npsa.nhs.uk%2FEasySiteWeb%2Fgetresource.axd%3FAssetID%3D60016%26type%3Dfull%26servicetype%3DAttachment&ei=00BpVMT_JcagNs_n1gsAJ&usq=AFQjCNEsdTZtZywF-RMfXVHzD3JXJPKFnA&bvm=bv.79142246,d.eXY).
- Organización Mundial de la Salud (2009). *Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente*. Recuperado de [http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps\\_full\\_report\\_es.pdf](http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf).
- Organización Panamericana de Salud (2013). *Sistemas de notificación de incidentes en América Latina*. Recuperado de [http://www.paho.org/Hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&qid=20893&Itemid=270&lang=es](http://www.paho.org/Hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&qid=20893&Itemid=270&lang=es).
- Prat, A. y Gran, J. (2011). La seguridad clínica y sus sistemas de información. Notificación de eventos adversos. *Jano*, 1(1), 59-63. Recuperado de <http://www.jano.es/ficheros/sumarios/1/00/1776/59/1v00n1776a90040858pdf001.pdf>.
- Taylor, S. y Vincent, C. (2001). Systems analysis of clinical incidents. The London protocol. *Clinical Safety Research Unit of Imperial College London*, 1(1), 1-18. Recuperado de [https://www1.imperial.ac.uk/resources/C85B6574-7E28-4BE6-BE61-E94C3F6243CE/londonprotocol\\_e.pdf](https://www1.imperial.ac.uk/resources/C85B6574-7E28-4BE6-BE61-E94C3F6243CE/londonprotocol_e.pdf).
- Vincent, C., Young, M. y Phillips, A. (1994). Why do people sue doctors? A study of patients and relatives taking legal action. *Lancet*, 343(8913), 1609–1613. Doi:10.1016/S0140-6736(94)93062-7.
- World Health Organization (2005). *WHO draft guidelines for adverse event reporting and learning systems*. Recuperado de [http://www.who.int/patientsafety/events/05/Reporting\\_Guidelines.pdf](http://www.who.int/patientsafety/events/05/Reporting_Guidelines.pdf).

**ANEXOS**

## Anexo No. 1: Solicitud para realizar el proyecto en la organización



Quito, DM 30 de octubre de 2014

Estimada  
Psc. Violeta Luna C.  
Jefa de Recursos Humanos Regional Sierra Latinomedical S.A.

De mis consideraciones.-

Reciba un cordial y afectuoso saludo, el motivo de la presente es para solicitarle de la manera más comedida, me autorice a realizar en sus instalaciones la realización e implementación de mi proyecto de tesis denominado: "Implementación del sistema de reporte de incidentes de seguridad en el paciente en una red de servicios ambulatorios de salud privada". El uso de la información requerida, así como los componentes plasmados en mi proyecto serán para el beneficio y mejora continua de la organización.

Agradeciéndole de antemano la respuesta favorable a la presente, me despido.

Atentamente,

  
**Dr. Néstor Palacios**  
 JEFE AUDITORIA MEDICA Y CALIDAD  
 Néstor Palacios F.  
 CI. 179638288

  
**Violeta Luna**  
 JEFE RECURSOS HUMANOS  
 LATINOMEDICAL S.A.

  
**veris**  
 30 OCT 2014  
**Violeta Luna**  
 JEFE DE RECURSOS HUMANOS

**Quito:** Italia N30-146 y Vancouver; CC San Luis Shopping, local 13; CC Granados Plaza; Juan de Azcaray y Mariano Jimbo esq., sector la "Y"; C.C. Quicentro Sur  
**Guayaquil:** Av. John F. Kennedy # 300 y Fco. Arizaga; CC Mall del Sol, dentro del Megamaxi; Sur, Noguchi 2703 y Azuay; Alborada, Av. 2 NE entre José María Egas y Segundo Cueva Celi junto a Casa Tosi C.C. Plaza Mayor; C.C. Albán Borja Local 56 A y B  
**Cuenca:** Av. 12 de Abril y Calle de El Batán, Centro Comercial Los Nogales  
[www.veris.com.ec](http://www.veris.com.ec)

## Anexo No. 2: Aprobación de solicitud para realización del proyecto en la organización



Quito, DM 30 de octubre de 2014

Estimado  
Néstor Palacios F.  
Jefe de Calidad Sierra Latinomedical S.A.

De mis consideraciones.-

Reciba un cordial y afectuoso saludo, el motivo de la presente es para comunicarle la autorización a la realización e implementación de su proyecto de tesis dentro de la organización, denominado: "Implementación del sistema de reporte de incidentes de seguridad en el paciente en una red de servicios ambulatorios de salud privada".

Cordialmente

**Violeta Luna**  
JEFE RECURSOS HUMANOS  
LATINOMEDICAL S.A.  
*Violeta Luna*  
Psc. Violeta Luna C.

Jefa de Recursos Humanos Sierra Latinomedical S.A.

**Quito:** Italia N30-146 y Vancouver; CC San Luis Shopping, local 13; CC Granados Plaza; Juan de Azcaray y Mariano Jimbo esq. , sector la "Y"; C.C. Quicentro Sur  
**Guayaquil:** Av. John F. Kennedy # 300 y Fco. Arizaga; CC Mall del Sol, dentro del Megamaxi; Sur, Noguchi 2703 y Azuay; Alborada, Av. 2 NE entre José María Egas y Segundo Cueva Celi junto a Casa Tosi C.C. Plaza Mayor; C.C. Albán Borja Local 56 A y B  
**Cuenca:** Av. 12 de Abril y Calle de El Batán, Centro Comercial Los Nogales  
[www.veris.com.ec](http://www.veris.com.ec)

### Anexo No. 3: Capacitación a líderes clínicos y administrativos: Firmas de asistencia

LATINOMEDICAL S.A.  
Administración de RRHH  
Código : FO-401.04.3  
Versión : 5 Fecha : Septiembre 2012

#### CONTROL ASISTENCIA - CAPACITACION

CURSO O SEMINARIO JCI / Seguridad de paciente	FECHA 30/10/2014
INSTRUCTOR Paola Narváez	TIEMPO DE DURACION 2 h.
	LOCAL Quilcento Sur

NOMBRES Y APELLIDOS	FIRMA	CARGO
1 Juan Sandoval		Enfermera
2 Paola Macías		Odontóloga
3 Sonia Salazar		Asistente Odontológica
4 Emigilda Guzmán		A.U.A. Odontológica
5 Lorena Romero		Enfermera
6 DIÉX VEGOS TEBOL		L.C. Radiólogo
7 María Fernanda Zapata		Experta Cajero
8 LERÓNICA ZACHARUNA		SECRETARÍA CASAS
9 JOSUÉ CORREA Z		LABORANTISTA
10 Patricia Jaramila		Coordinadora
11 Cristina Narváez		Médico Auditor
12 Nancy Bravo		Pediatra
13 GABRIELA OSORIO		FISIOTERAPISTA
14 Diego Hernández		Médico General
15 MARÍA F. FLORES		SECRETARÍA RA
16 Carlos Pasquel		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		
26		
27		
28		
29		
30		

Firma del Instructor

LATINOMEDICAL S.A.  
 Administración de RRHH  
 Código : FO-401.04.3  
 Versión : 5 Fecha : Septiembre 2012

CONTROL ASISTENCIA - CAPACITACIÓN

CURSO O SEMINARIO  
*Requisitos Pde/ Capinos*

FECHA  
*30-10-2014*

INSTRUCTOR		TIEMPO DE DURACIÓN	LOCAL
<i>Ydelfor Palacios</i>		<i>2h</i>	<i>Matriz: Rio Coca.</i>
NOMBRES Y APELLIDOS	FIRMA	CARGO	
1 <i>Andico Quintanilla.</i>	<i>[Firma]</i>	<i>Cajera.</i>	
2 <i>Lady Segarra Cabrera</i>	<i>[Firma]</i>	<i>Cajero</i>	
3 <i>Gabriela Pitaquina</i>	<i>[Firma]</i>	<i>Cajero</i>	
4 <i>Marina Reyes</i>	<i>[Firma]</i>	<i>Lider Cajos</i>	
5 <i>Ivónica Beranda</i>	<i>[Firma]</i>	<i>Cajero</i>	
6 <i>Santiago León</i>	<i>[Firma]</i>	<i>"</i>	
7 <i>José Beltrán</i>	<i>[Firma]</i>	<i>Cajas</i>	
8 <i>Diego Aguilar</i>	<i>[Firma]</i>	<i>Cajero</i>	
9 <i>María Ortiz</i>	<i>[Firma]</i>	<i>Cajero</i>	
10 <i>Betty Herrera</i>	<i>[Firma]</i>	<i>Cajero</i>	
11 <i>Gabriela Bule</i>	<i>[Firma]</i>	<i>Cajero</i>	
12 <i>Yolanda Tenorio</i>	<i>[Firma]</i>	<i>Cajero</i>	
13 <i>Carmita Cruz</i>	<i>[Firma]</i>	<i>Cajas</i>	
14 <i>María Fernanda Rojas</i>	<i>[Firma]</i>	<i>Cajero</i>	
15 <i>Pablo F. Pérez</i>	<i>[Firma]</i>	<i>Cajas</i>	
16 <i>Jessica Fiallos</i>	<i>[Firma]</i>	<i>Cajero</i>	
17 <i>Primo Polit</i>	<i>[Firma]</i>	<i>Cajero</i>	
18 <i>Nataly García</i>	<i>[Firma]</i>	<i>Cajero</i>	
19 <i>Dono Herrera</i>	<i>[Firma]</i>	<i>Cajero</i>	
20 <i>Sandy Cordova</i>	<i>[Firma]</i>	<i>Cajero</i>	
21 <i>Tabian Polit</i>	<i>[Firma]</i>		
22 <i>Susana Canillo</i>	<i>[Firma]</i>	<i>Cajero</i>	
23 <i>Daysy Palomero</i>	<i>[Firma]</i>	<i>Cajero S.L</i>	
24 <i>María Eugenia Rivadeneira</i>	<i>[Firma]</i>	<i>Cajero S.L</i>	
25 <i>Alexandro Roaño</i>	<i>[Firma]</i>	<i>Cajero S.L</i>	
26 <i>Isabel Tucker M.</i>	<i>[Firma]</i>	<i>Cajas Osce.</i>	
27			
28			
29			
30			

*[Firma]*  
 Firma del Instructor

LATINOMEDICAL S.A.  
 Administración de RRHH  
 Código : FO-401.04.3  
 Versión : 5 Fecha : Septiembre 2012

CONTROL ASISTENCIA - CAPACITACION

CURSO O SEMINARIO  
 SESIONES PACIENTE ICI

FECHA  
 27/10/2014

INSTRUCTOR		TIEMPO DE DURACIÓN	LOCAL
MESTOR Paezios		2 h.	Centro Médico La Y
NOMBRES Y APELLIDOS		FIRMA	CARGO
1	Inés Aguilar		Optimétrica
2	Cathy Oliveros		Enfermera
3	Pría Ruiz		Farmacéuta
4	JUAN RIVEROEIRA		FISIOTERAPISTA
5	Johanna A. Shemera		ODONTÓLOGA
6	Francisco Anta		Coordinador
7	Consuelo Jiron		Aux. Enfermera
8	Martha Ruiz		MEDICINA INTERNA
9	Paolo Bataín		COORDINADOR UNUS "Y"
10	VINICIO TOSCANO		MEDICO
11	Zaida Colz		Je/c.
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			

Firma del Instructor

LATINOMEDICAL S.A.  
 Administración de RRHH  
 Código : FO-401.04.3  
 Versión : 5 Fecha : Septiembre 2012

CONTROL ASISTENCIA - CAPACITACION

CURSO O SEMINARIO <i>Seguridad del feto / se1</i>	FECHA <i>29/ oct - 2014</i>
INSTRUCTOR <i>Walter Palacios</i>	TIEMPO DE DURACION <i>2h.</i>
	LOCAL <i>Vevis Itolig.</i>

NOMBRES Y APELLIDOS	FIRMA	CARGO
1 Anita Contreras Añez	<i>[Firma]</i>	Ejecutivo lider caja
2 Ana Maria Carrera	<i>[Firma]</i>	Coordinación U. Itolig
3 Adriana Gonzalez	<i>[Firma]</i>	Auditor Odontológico
4 Maria Angélica Haro	<i>[Firma]</i>	Auxiliar de Enfermería
5 Pablo Villanueva	<i>[Firma]</i>	Jefe Centro
6 Luis Larios Ortega	<i>[Firma]</i>	Médico
7 Jenny Manilla	<i>[Firma]</i>	Enfermera
8 Palencia de Tejero	<i>[Firma]</i>	Jefe de laboratorios
9 Cristino Narváez	<i>[Firma]</i>	Médico Auxiliar
10 Pablo Novoa	<i>[Firma]</i>	Médico Auxiliar
11 Estival Sanchez	<i>[Firma]</i>	Médico Auditor
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		
26		
27		
28		
29		
30		

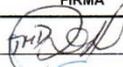
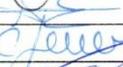
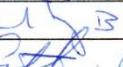
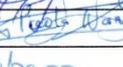
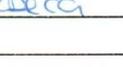
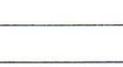
*[Firma]*  
 Firma del Instructor

LATINOMEDICAL S.A.  
 Administración de RRHH  
 Código : FO-401.04.3  
 Versión : 5 Fecha : Septiembre 2012

CONTROL ASISTENCIA - CAPACITACIÓN

CURSO O SEMINARIO: Seguridad y de ICS      FECHA: 28/10/2014

INSTRUCTOR: Yerson Parrales / David Simó      TIEMPO DE DURACIÓN: 2h      LOCAL: Centro San Luis

	NOMBRES Y APELLIDOS	FIRMA	CARGO
1	Sonia Veloz		LABORATORISTA
2	Ayores Espinosa		FISIOTERAPEUTA
3	Cecilia Jiménez		Jefe S.L.U.S
4	David Simó		Médico Auditor
5	Paula Oviedo		Gerente Capas
6	Cristina Narváez		Médico Auditor
7	Adriana González		Odontólogo Auditor
8	Paola Narváez		Médico Auditor
9	Rebeca Chullupangay	Rebeca	Coordinadora
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			

  
 Firma del Instructor

## Anexo No. 4: Capacitación a líderes clínicos: Aula Virtual

The screenshot displays the 'Aula Virtual' website. At the top left, the text 'Aula Virtual' is prominently displayed. To its right is a search bar with the placeholder text 'Buscar en este sitio'. Below the header, there are two navigation buttons: 'Inicio' and 'Cursos'. The main content area shows a breadcrumb trail: 'Cursos > Curso Básico de Seguridad del Paciente >'. The title 'Lección 3' is displayed in a large, bold font. Below the title, the subtitle 'Sistema de reporte de incidentes racionados con la seguridad del paciente' is shown. A paragraph of text follows: 'Esta lección pretende gestionar los incidentes relacionados con la seguridad del paciente, permitiendo generar un aprendizaje organizacional y sanitario en favor de los pacientes y sus familias, mitigando los riesgos al máximo.' Another paragraph states: 'Te invitamos a revisarlo, analizarlo y compartir dudas o comentarios'. In the bottom right corner of the content area, there is a large blue button labeled 'Comenzar'.

(Página 1)

# SRIRSP

## 1. Diseño del sistema de reporte de incidentes relacionados con la seguridad del paciente

### 1.1. Adopción de un lenguaje de seguridad organizacional

En el 2009 la OMS publicó su “Informe Técnico Definitivo” respecto a la clasificación internacional para la seguridad del paciente, en dicha publicación se establecen los conceptos clave y términos utilizados en la cultura de seguridad del paciente; dicha taxonomía será empleada para la ejecución del proyecto .

### 1.2. Identificación de incidentes relacionados con la seguridad del paciente

Se identifica a todo “evento o circunstancia que ha ocasionado un daño innecesario a un paciente o podría haberlo hecho”, éstos deben ser notificados inmediatamente utilizando la herramienta diseñada por el IHI denominada Trigger tool (que se puede traducir como “indicio de evento adverso”):

CATEGORÍA	DESCRIPCIÓN
Categoría A	Circunstancias o acontecimientos que tienen la capacidad de causar error.
Categoría B	Un error que no llegó al paciente.
Categoría C	Un error que llegó al paciente pero no causó daños.
Categoría D	Un error que llegó al paciente y requiere supervisión o intervención.
Categoría E	Daño temporal para el paciente y requiere intervención
Categoría F	Daño temporal para el paciente y requiere hospitalización inicial o prolongada
Categoría G	Daño permanente en el paciente
Categoría H	Intervención necesaria para mantener la vida
Categoría I	Muerte del paciente

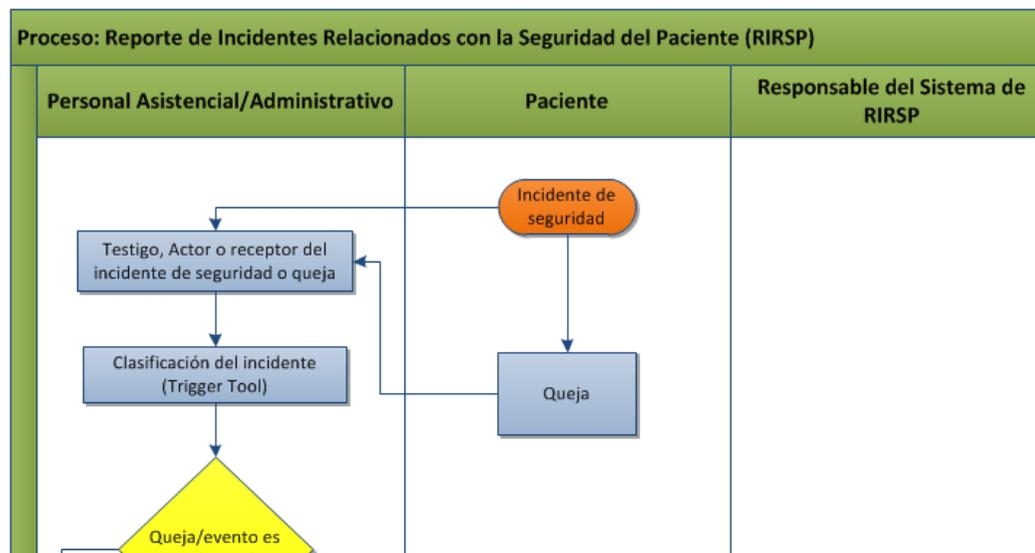
(Página 2)

# SRIRSP

## 1.1. Proceso de notificación y análisis de los incidentes relacionados con la seguridad del paciente

### 1.1.1. Proceso de notificación de incidentes relacionados con la seguridad del paciente

El proceso inicia con la manifestación de un incidente relacionado con la seguridad del paciente, en el ámbito ambulatorio, un incidente puede presentarse durante o después de la atención sanitaria, por ende, el reporte puede ser realizado por una persona al interior de la organización (testigo del incidente) o por el paciente a manera de una queja de índole “técnico” (se utiliza esta connotación debido a que por lo general el paciente suele quejarse del servicio o de la técnica empleada en atención sanitaria); el siguiente punto consiste en aceptar la queja (si el paciente es quien reporta) y/o clasificarla mediante la herramienta Trigger Tool (índice de evento adverso), una vez clasificada, deber ser reportada al sistema de reportes de incidentes relacionados con la seguridad del paciente de la organización mediante los canales establecidos.



(Página 3)

### **Anexo No. 5: Uso de la clasificación de la severidad de los incidentes relacionados con la seguridad del paciente: “Trigger Tool”**

El uso de la herramienta denominada “Trigger Tool”, que puede traducirse como indicio de evento adverso, responde a una clasificación que pretende generar la búsqueda de circunstancias casi imperceptibles como las idóneas para que un error pueda presentarse, hasta la evidente muerte del paciente por un evento adverso, por este motivo, la herramienta establece la clasificación:

<b>CATEGORÍA</b>	<b>DESCRIPCIÓN</b>
Categoría A	Circunstancias o acontecimientos que tienen la capacidad de causar error.
Categoría B	Un error que no llegó al paciente.
Categoría C	Un error que llegó al paciente pero no causó daños.
Categoría D	Un error que llegó al paciente y requiere supervisión o intervención.
Categoría E	Daño temporal para el paciente y requiere intervención
Categoría F	Daño temporal para el paciente y requiere hospitalización inicial o prolongada
Categoría G	Daño permanente en el paciente
Categoría H	Intervención necesaria para mantener la vida
Categoría I	Muerte del paciente

El personal a cargo del reporte, deberá definir inicialmente, qué categoría puede estar asociada con el incidente, sin embargo, esta clasificación puede variar después del análisis de causa raíz. Para mayor información sobre el funcionamiento del “Trigger Tool”, es necesario visitar el IHI.

## Anexo No. 6: Formato de investigación de incidentes relacionados con la seguridad del paciente.

<b>1. INFORMACIÓN GENERAL</b>			
Nombre		Cédula	
<b>2. CLASIFICACIÓN DE SEVERIDAD</b>			
CATEGORÍA	DESCRIPCIÓN	Marcar	CLASIFICACIÓN
<b>Categoría A</b>	Circunstancias o acontecimientos que tienen la capacidad de causar error.		<b>BAJO</b>
<b>Categoría B</b>	Un error que no llegó al paciente.		
<b>Categoría C</b>	Un error que llegó al paciente pero no causó daños.		
<b>Categoría D</b>	Un error que llegó al paciente y requiere supervisión o intervención.		<b>MEDIO</b>
<b>Categoría E</b>	Daño Temporal para el paciente y requiere intervención		<b>ALTO</b>
<b>Categoría F</b>	Daño Temporal para el paciente y requiere hospitalización inicial o prolongada		
<b>Categoría G</b>	Daño permanente en el paciente		
<b>Categoría H</b>	Intervención necesaria para mantener la vida		
<b>Categoría I</b>	Muerte del paciente		

### 1. PRESENTACIÓN DEL CASO

Descripción puntual y línea de tiempo...

### 2. METODOLOGÍA DEL ANÁLISIS

Las herramientas de análisis son:

1. Revisión de Historia Clínica
2. Metodología de investigación de fallas y eventos adversos (Protocolo de Londres)
3. Análisis de pruebas documentales (evidencia)
4. Revisión de la literatura

### 3. HALLAZGOS

**Evento adverso**

---

**Falla/ Acción insegura**

---

**Factores contributivos**

1. Paciente:
2. Tarea y tecnología:
3. Individuo (Profesional sanitario):
4. Equipo de Trabajo:
5. Ambiente:
6. Organización y gerencia:
7. Contexto institucional:

**Falla Latente**

---

### 4. CONCLUSIONES

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

## 5. DECISIONES

Acciones de mejora	Descripción	Responsables
Gerenciales/ organizacionales		
Barreras de seguridad (gestión de personas y gestión clínica)		
Mejoras en el proceso (gestión de personas y gestión clínica)		

## 6. BIBLIOGRAFÍA

Número	Descripción
1	
2	
3	
4	

## **Anexo No. 7: Modelo de SRIRSP, con los recursos mínimos necesarios.**

### **Organización Interna**

El ámbito de gestión del SRIRSP se aplica en el centro sanitario, el equipo responsable del monitoreo es el departamento de Calidad de la organización, conformado por médico(s) auditor(es), odontólogo(s) auditor(es) e ingeniero(s) gestor(es) de proceso(s); el coordinador del equipo es el jefe del departamento de Calidad, dependiendo del tamaño de la organización y de los servicios que provee.

### **Coordinación externa**

La coordinación externa al equipo de Calidad lo constituyen las jefaturas de los servicios de la organización sanitaria, cuya misión es reforzar las instrucciones emitidas por el personal de calidad para fomentar el reporte.

### **Promoción y difusión**

Para garantizar la difusión y promoción del sistema de reporte, es necesario entrenar al personal, involucrarlo y orientarlo a la deducción de la necesidad de tener el SRIRSP, para transformar al personal en promotores de su uso.

<b>Promoción</b>
Reunión con Jefaturas de los servicios para presentar el SRIRSP; Reunión con los líderes clínicos para presentación de las ventajas del sistema, Charlas con el personal para reforzar la importancia del reporte, los beneficios y las oportunidades de mejora que presenta el sistema
<b>Difusión</b>
Canales físicos (Revistas, comunicados, carteleras, escritos, dípticos, trípticos), Canales electrónicos (Redes sociales, comunidades virtuales, boletines electrónicos, páginas web) y Boca a boca

*Tabla 1:* Medidas de difusión y promoción propuestas para el Sistema de reporte de incidentes relacionados con la seguridad del paciente (SRIRSP)

### **Participación**

Descrito con anterioridad, el sistema requiere de un equipo técnico líder, entrenado en seguridad del paciente, análisis de incidentes de seguridad y con la capacidad para establecer barreras de seguridad, cuyas funciones se encuentren definidas.

<b>Personal</b>	<b>Función</b>
Médico líder del SRIRSP	Distribución y análisis de reportes
Médico Auditor	Análisis de reportes
Odontólogo Auditor	Análisis de reportes
Gestor de Procesos	Diseño y/o rediseño de procesos basado en los reportes
Jefe de servicio	Vigilancia de la seguridad del paciente y reporte de incidentes Impulsar la utilización del SRIRSP por todo el personal Colaboración técnica para investigación de los incidentes Establecer el nexo entre calidad y el área, servicio o personal que origina el incidente
Médicos de la institución	Vigilancia de la seguridad del paciente y reporte de incidentes Colaboración técnica para investigación de los incidentes
Odontólogos de la institución	Vigilancia de la seguridad del paciente y reporte de incidentes Colaboración técnica para investigación de los incidentes
Enfermeras de la institución	Vigilancia de la seguridad del paciente y reporte de incidentes Colaboración técnica para investigación de los incidentes

Personal administrativo	Vigilancia de la seguridad del paciente y reporte de incidentes
Personal de servicios	Vigilancia de la seguridad del paciente y reporte de incidentes

*Tabla 2:* Descripción de funciones del personal propuesto para el Sistema de reporte de incidentes relacionados con la seguridad del paciente (SRIRSP).

## **Recursos**

Los recursos se han clasificado en tres componentes fundamentales: el recurso humano, recurso material y el recurso técnico.

## Recursos Humanos

Personal	Número	Perfil	Funciones	Horas de trabajo a la semana	Salario (aproximado)
Experto en seguridad del paciente	1	Personal sanitario Conocimiento sobre seguridad del paciente Manejo de paquetes informáticos Entrenador Manejo de personal médico	Capacitar al personal sobre seguridad al paciente Capacitar al personal sobre el SRIRSP Análisis de incidentes Establecimiento de barreras de seguridad	40 h/s	\$ 1.676

*Tabla 3:* Recurso humano requerido para el funcionamiento del Sistema de reporte de incidentes relacionados con la seguridad del paciente (SRIRSP), el número de personas dependerá del tamaño de la organización.

### Recursos Materiales y técnicos

<b>Material</b>	<b>Destino</b>	<b>Estado actual</b>
Infraestructura	Atención	Dependerá de la organización
Ordenadores	Organización de la información	Dependerá de la organización
Acceso a Internet	Comunicación y reporte	Dependerá de la organización
SRIRSP	Notificación y gestión de los reportes de incidentes	Dependerá de la organización
Energía eléctrica	Alimentación a equipo de ofimática	Dependerá de la organización

*Tabla 4:* Recursos materiales y técnicos necesarios para el funcionamiento del Sistema de reporte de incidentes relacionados con la seguridad del paciente (SRIRSP).

## Presupuesto

### Costos/Gastos

<b>Necesidades</b>	<b>Cálculo</b>	<b>Situación</b>	<b>Costo Estimado</b>
Recursos humanos	Un auditor, un año de trabajo	El número y recurso dependerán de la organización	\$ 22.128,00
SRIRSP	Diseño, despliegue, entrenamiento y capacitación.	Necesario para empezar el aprendizaje organizacional	\$ 10.000,00
Recursos materiales	Valor estimado del material ofimático (PC, escritorio, papelería), un año.	Dependerá de la organización	\$ 1.750,00
Recursos monetarios	Desarrollo de carteleras y medios de promoción o difusión, un año	Dependerá de la organización	\$ 600,00
Gastos indirectos	Electricidad, internet, tiempo del personal de la organización sanitaria destinada a capacitación y reporte, un año	Dependerá de la organización	\$ 61.200,00
Total			\$ 95.678,00

Tabla 5: Costos necesarios para el funcionamiento del Sistema de reporte de incidentes relacionados con la seguridad del paciente (SRIRSP).

## Aclaraciones

1. El salario que percibe un médico general en el Ministerio de Salud del Ecuador es de \$1.676 dólares al mes (22128 al año, incluido el 13 sueldo[\$1.676] y 14 sueldo [\$340])
2. SRIRSP dependerá del personal a contratar o contratado con conocimientos en informática médica, valor aproximado.
3. Los materiales requeridos dependerán del tamaño de la organización, para el ejemplo se ha utilizado valores referenciales de mercado para PC (\$900), escritorio (\$250), papelería y elementos básicos de oficina para un año (\$600).
4. El recurso monetario dependerá de la forma en la cual se hará el despliegue del SRIRSP, que puede incluir foros con toda la organización, talleres, carteleras, reuniones en hoteles, etc. Para el ejemplo se utiliza lo más económico: carteleras (\$600) al año.
5. Los gastos indirectos dependerán de la organización respecto al tamaño y recursos humanos, para el ejemplo se utiliza una referencia de una organización con 100 trabajadores, y se ha definido como promedio de remuneración de hora/hombre de \$5/h., si se decide trabajar 2 horas a la semana durante un año, representa un valor anual de \$48.000, la electricidad es considerada con un valor aproximado a \$800 mensuales (\$9600 al año), las comunicaciones corresponden \$300 mensuales (\$3600 al año).

Al revisar el cuadro anterior es claro que el valor anual requerido para el funcionamiento del SRIRSP es de \$95.678, que significa un valor mensual de \$7.973,17, con los recursos mínimos requeridos para este tipo de sistema de reporte, monto que es insignificante, considerando las probabilidades de demandas y sus valores onerosos por evento.

Los gastos incurridos por implementación de barreras de seguridad no se consideran debido a que no forman parte del diseño e implementación del SRIRSP, sin embargo, es importante mencionarlos debido a su impacto crucial

en la seguridad del paciente y de la institución, de ellos se desprende el considerarlos como “inversión” institucional.

### **Ingresos**

El sistema, mediante la vigilancia y mejora de la calidad y seguridad de la atención de los pacientes, permite controlar gastos “evitables” a razón de demandas, juicios de mala praxis, acuerdos transaccionales monetarios, impacto negativo sobre la marca, el personal e impacto perjudicial sobre el paciente y su aporte con la sociedad y la economía local.

## Anexo No. 8: Acta para la revisión e implementación del SRIRSP

SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE CALIDAD



### ACTA DE REUNIÓN

FECHA	17 de Noviembre del 2014
HORA	15:00
AREA QUE CONVOCA	Calidad
ASUNTO	Ajuste herramienta GPC y Fallas-Eventos Adversos
LUGAR	Hangout Oficinas de Calidad (Guayaquil-Veris Alborada, Quito-Veris La Italia)

#### 1. AGENDA DE REUNIÓN:

#	TEMAS
1	Auditoria Acreditación JCI
2	Herramienta de evaluación de Guía Práctica Clínica.
3	Ajuste de herramienta de Gestión de Fallas y/o Eventos Adversos

#### 2. CONCLUSIONES:

Al finalizar la reunión se concluye lo siguiente:

De los ciclos de Auditoria de Políticas de Acreditación JCI.

- Se realizarán ciclos de Auditorias de Políticas de Acreditación JCI en las siguientes fechas:

- a) Del 24 al 28 de Noviembre del 2014.
- b) Del 15 al 19 de Diciembre del 2014.
- c) Del 19 al 23 de Enero del 2014.

De la herramienta de evaluación de Guías de Práctica Clínica.

- Se incluye opción de "NO APLICA" para todas las evaluaciones de GPC y se ajustan sus criterios para las 4 condiciones clínicas que se están evaluando, queda pendiente EDA y HTA, las mismas que se revisarán el día martes 18 de Noviembre del 2014.

De la herramienta de Gestión de Fallas y/o Eventos Adversos.

- Se realizarán ajustes a la herramienta del consolidado de Casos y al informe de Gestión de Fallas y/o Eventos Adversos.

- Se revisará el día miércoles 19 de Noviembre del presente año propuesta de sistema de reporte documentada por Néstor Palacios

## SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE CALIDAD

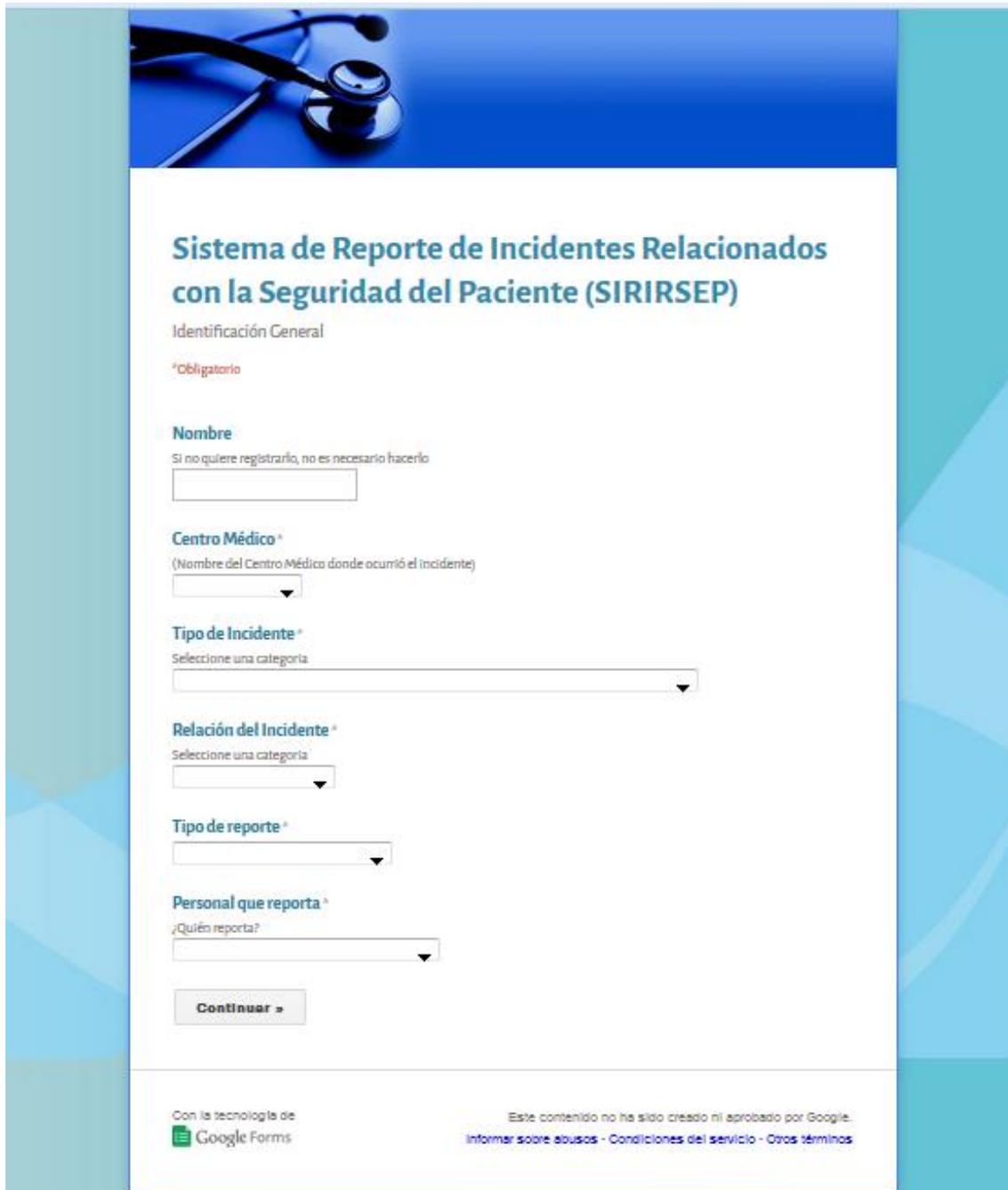
3. COMPROMISOS:

#	Responsable	Detalle	Fecha de cumplimiento	Estado
1	Sofía Hinojosa/Marcos Zambrano	Ajustar herramienta de consolidado e Informe de Análisis de Fallas y/o Eventos Adversos	21 de Noviembre	
2	Karla Wellington/Néstor Palacios/Sofía Hinojosa/Paola Narváez/Marcos Zambrano	Realizar reunión y revisar propuesta herramienta sistema de reporte de Fallas y/o Eventos Adversos.	19 de Noviembre	
3	Equipo de Calidad	Realizar reunión y ajustar las condiciones clínicas pendientes (EDA y HTA)	18 de Noviembre	

4. ASISTENTES:

NOMBRE	CARGO	FIRMA	CONVOCADO
Sofía Hinojosa	Médico General Auditor		Si
Paola Rovayo	Médico General Auditor		Si
César Ruiz	Médico General Auditor		Si
Néstor Palacios	Jefatura de Calidad Regional Sierra		Si
Paola Narváez	Médico General Auditor		Si
Cristina Narváez	Médico General Auditor		Si
David Simbaña	Médico General Auditor		Si
Adriana González	Médico General Auditor		Si
Lisette Velázquez	Gestor de Procesos		Si
Marcos Zambrano	Gestor de Procesos		Si

## Anexo No. 9: Visualización del sistema de reporte de incidentes relacionados con la seguridad del paciente (Modelo Implementado)



**Sistema de Reporte de Incidentes Relacionados con la Seguridad del Paciente (SIRIRSEP)**

Identificación General

**\*Obligatorio**

**Nombre**  
Si no quiere registrarlo, no es necesario hacerlo

**Centro Médico \***  
(Nombre del Centro Médico donde ocurrió el incidente)

**Tipo de Incidente \***  
Seleccione una categoría

**Relación del Incidente \***  
Seleccione una categoría

**Tipo de reporte \***

**Personal que reporta \***  
¿Quién reporta?

**Continuar »**

Con la tecnología de  Google Forms

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.  
[Informar sobre abusos](#) - [Condiciones del servicio](#) - [Otros términos](#)



## Sistema de Reporte de Incidentes Relacionados con la Seguridad del Paciente (SIRIRSEP)

**\*Obligatorio**

### Sistema de Reporte de Incidentes Relacionados con la Seguridad del Paciente (SIRIRSEP)

Describe brevemente lo ocurrido \*

Fecha real del incidente \*

Día ▼ Mes ▼ 2014 ▼ 

Con la tecnología de  Google Forms

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.  
[Informar sobre abusos](#) - [Condiciones del servicio](#) - [Otros términos](#)



## Sistema de Reporte de Incidentes Relacionados con la Seguridad del Paciente (SIRIRSEP)

**\*Obligatorio**

### Sistema de Reporte de Incidentes Relacionados con la Seguridad del Paciente (SIRIRSEP)

Por favor ingresar los datos del paciente, Nombre e Identificación son obligatorios

**Nombre del Paciente \***  
Apellidos y Nombres completos

**No. de identificación del Paciente \***  
Ej. 1719638290

**Historia Clínica del Paciente**

**Teléfono de contacto**

Nunca envíes contraseñas a través de Formularios de Google.

Con la tecnología de  Google Forms

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.  
[Informar sobre abusos](#) - [Condiciones del servicio](#) - [Otros términos](#)

(Página 3)

## Anexo No. 10: Reporte automático vía correo electrónico desde el SRIRSP (Sistema de Reporte de Incidentes Relacionados con la Seguridad del Paciente)

Q

←
 +
 !
 🗑
 ▾
 ▾
Más ▾

Reporte Nuevo La Y
Recibidos x

**SRIRSP**

para mí ▾

9:43 (hace 11 horas) ☆

← ▾

Se ha reportado un nuevo incidente en: *La Y*

Detalle:

Tipo de incidente: **Un error que llegó al paciente pero no causó daños**

Nombre de quien reporta: Julia Pérez (solo es prueba)

Centro Médico: La Y

Relación del Incidente: Apoyos diagnóstico

Personal que reporta: Personal que es testigo del incidente

Descripción del Incidente: Paciente acude a la consulta, se envía realizar exámenes complementarios y la Creatinina está alterada paciente tiene un examen previo con valores normales

Fecha: 17/04/2014 12:16:00

Nombre del paciente: Pepita Lupina

No. de Cédula: 1234567890

No. HCL: 1234

Teléfono de contacto: 76588890

Haz clic aquí si quieres [Responder](#) o [Reenviar](#) el mensaje

15,43 GB (51%) ocupados de 30 GB

[Administrar](#)

©2014 Google - [Términos del servicio](#) -

[Política de privacidad](#) - [Política del programa](#)

Última actividad de la cuenta: hace 3 horas

## Anexo No. 11: Ejemplo de evaluación del personal mediante formulario del Aula Virtual

**Evaluación pos Lección 3**

**1. Indique a quien debe notificar la ocurrencia de un incidente de seguridad? \***

- Al SRIRSP
- Al compañero de trabajo
- Al paciente
- A la familia
- A todos

**2. Para qué sirve el trigger tool? \***

- Para saber si cometí un error
- Para saber si cometí un evento adverso
- Para clasificar la severidad de un incidente
- Ninguna de las anteriores

**3. Quién inventó el Trigger Tool? \***

- OMS
- JCI
- USA
- IHI
- Ninguna

**4. Que modelo se utiliza para investigación de incidentes de seguridad? \***

- Protocolo Filadelfia
- Protocolo de Lima
- Protocolo de Londres
- Solamente el Ishikawa