



UNR



Maestría en Gestión de  
Sistemas y Servicios de Salud



**CENTRO DE ESTUDIOS INTERDISCIPLINARIOS**

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO**

**MAESTRIA EN GESTION DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE  
SALUD**

**COHORTE 2013 - 2014**

**Estrategias de gestión integral del riesgo para la seguridad del paciente:  
Planificación de calidad, seguridad y gestión con el cuidado del medio  
ambiente en institución de salud de alta complejidad durante el año 2021  
en la ciudad de Rosario, Argentina.**

**Autora: Od. Esp. Hilbe Gisela.  
Director del Trabajo: Mg. Kruehl José.**

**Rosario, Octubre de 2023.**

## **INDICE GENERAL**

1. INTRODUCCIÓN	2
2. MARCO TEÓRICO	5
2.1 Capítulo I - Fundamentos de la investigación	5
2.1.1 Problemática	5
2.1.2 Objetivos de la Investigación	8
2.1.3 Alcances	8
2.1.4 Justificación	8
2.2 Capítulo II – Marco Conceptual	10
2.2.1 Antecedentes del trabajo a realizar	10
2.2.2 Conceptualización	11
2.2.3 Abordaje de gestión integral del riesgo. Seguridad del paciente	13
3. MARCO EMPÍRICO	38
3.1 Capítulo III – Diseño Metodológico	38
3.1.1 Diseño de Investigación	38
3.1.2 Población	39
3.1.3 Instrumentos de medición y técnicas	39
4. Capítulo IV – Descripción del hospital de alta complejidad	40
4.1.1 Diagnóstico hospitalario	40
5. Capítulo V – Desarrollo de propuesta	43
5.1. Plan general estratégico y de seguridad 2021 – 2025	43
5.2. Propuesta de calidad, seguridad y gestión con el cuidado del medio ambiente	69
6. EPILOGO – Conclusiones	77
7. BIBLIOGRAFÍA.	79

## **INDICE DE FIGURAS, CUADROS Y GRAFICOS**

Gráfico 1. Metas internacionales para la seguridad del paciente.	21
Gráfico 2. Implementación de programa para el uso de antimicrobianos.	35
Gráfico 3. Sistema de notificación voluntaria.	74
Gráfico 4. Sistema de vigilancia y notificación de eventos adversos.	75

## RESUMEN

La seguridad del paciente se establece como la primera práctica segura obligatoria que deben implementar las instituciones de salud para mejorar continuamente la calidad de la atención, a través de estrategias dirigidas a erradicar la presencia de eventos adversos.

Esta temática se ha convertido en un tema de gran valor y de carácter mundial, su relevancia radica en que múltiples incidentes derivados de la atención que proporcionan los profesionales de la salud y trabajadores en las instituciones sanitarias son prevenibles. Estos incidentes o errores generan un gran impacto en la salud de los pacientes, en ocasiones, al grado de provocar la muerte, en muchas otras, prologan la recuperación del paciente y con ello su hospitalización como también grandes impactos sociales y económicos. Por ello, es necesario centrar la atención en estrategias que se han implementado a nivel mundial y nacional para disminuir el riesgo que conlleva la atención sanitaria y poder aumentar su calidad, requiriendo del compromiso profesional y ético de todos los actores involucrados.

Una estrategia de gestión integral del riesgo orienta lineamientos en materia de calidad y gestión con el medio ambiente sobre las bases de la seguridad. A lo largo de la presente lectura, se realiza una planificación de calidad, seguridad y gestión con el cuidado del medio ambiente en una institución de salud de alta complejidad durante el año 2021 en la ciudad de Rosario Argentina.

Se propone una propuesta de planificación, con el objetivo de proporcionar directrices para mantener un ambiente de trabajo seguro, así como las condiciones de trabajo en el proceso de atención tanto ambulatoria como en internación, para el paciente, los trabajadores, el hospital y el ambiente.

## 1. INTRODUCCIÓN.

La naturaleza humana nos lleva a diario, a cometer errores en todos los ámbitos en los que realizamos acciones, pero eso mismo es también lo que nos empuja a superarnos, estudiarlos y tratar de evitarlos. Existen áreas donde las acciones fallidas pueden tener consecuencias fatales, como es la que nos concierne, la sanitaria. Por ello, todas las personas involucradas estamos sensibilizadas, ya seamos profesionales sanitarios, pacientes o comunidad en general.

La seguridad en la asistencia sanitaria ha adquirido en los últimos años gran relevancia, más aún luego de la pandemia por covid 19. La creciente importancia de la seguridad del paciente se debe, no sólo a la relevancia que tiene en la salud de los usuarios, sino también a la disminución de costos para las instituciones hospitalarias y a la preocupación de estas por optimizar los servicios. Estudios realizados mundialmente demostraron el impacto social, sanitario y económico que ocasionan los eventos adversos para los sistemas de salud.

La percepción y la concepción del riesgo es diferente para cada persona y lugar, variando de acuerdo con su entorno cultural, condiciones sociodemográficas, económicas como también, de acuerdo con el contexto desde el que se observe, pueden existir diferentes tipos de riesgos, por ejemplo, financieros, ambientales, ocupacionales, entre otros.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en su informe mundial del año 2002 definió el “riesgo en salud” como la probabilidad de ocurrencia de algún evento adverso o como un factor que pueda aumentar la probabilidad de que el evento ocurra; el cual puede estar compuesto por tres elementos: 1. el evento cuya ocurrencia se quiere modificar o disminuir, 2. los múltiples factores asociados como causa de la ocurrencia de un evento y 3. los efectos generados cuando el evento ocurre, los cuales se desean mitigar o minimizar.<sup>1</sup>

Como lo manifiesta el estudio Español Proyecto Séneca, “...la reducción de efectos adversos requiere un abordaje organizacional y multidisciplinar, los profesionales dados los tipos de eventos adversos evitables (errores en la medicación, lesiones por presión, flebitis, falta de información del paciente, infecciones nosocomiales, etc.), desempeñan un papel importante en los

---

<sup>1</sup> EPS Sanitas (2017). Modelo de Gestión del Riesgo en Salud.

resultados en salud que se obtienen de la asistencia sanitaria y por tanto están muy implicados en la seguridad del paciente.”<sup>2</sup>

De este modo, expone el reto tanto a los administradores como al personal profesional, de garantizar la calidad en la prestación de los servicios, adoptando medidas costo - efectivas, eficientes y eficaces; y llevando a la Organización Mundial de la Salud (OMS) a emitir en el año 2004 una Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente<sup>3</sup> con el fin de crear estrategias para el manejo del problema de los eventos adversos como así también, establecer y consolidar sistemas de base científica que puedan mejorar la seguridad del paciente y la calidad de la atención en salud.

La Alianza Mundial tiene por objeto coordinar, difundir y acelerar el mejoramiento de la seguridad del paciente en todo el mundo, además de constituir un medio que propicia la colaboración internacional y la adopción de medidas entre los Estados Miembros, la Secretaría de la OMS, los expertos técnicos, los profesionales y los grupos industriales.

En lo personal, mi larga trayectoria en estancias hospitalarias me ha permitido observar deficiencias y falencias de las circunstancias y condiciones hospitalarias que surgen en la labor diaria y que, son factores que influyen directa o indirectamente sobre la seguridad del paciente. Los errores que ocasionan problemas a los pacientes son numerosos y son objeto de planificación que más adelante iremos detallando.

Por todo ello, en esta tesis se propone una propuesta de planificación, con el objetivo de proporcionar directrices para mantener un ambiente de trabajo seguro, así como las condiciones de trabajo en el proceso de atención tanto ambulatoria como en internación, para el paciente, los trabajadores, el hospital y el ambiente.

El presente trabajo, es de gran relevancia y desarrolla integralmente una estrategia de gestión integral en un hospital de alta complejidad. La misma, ha sido diseñada por la autora como una planificación para ser aplicada en un futuro en dicha institución. El diseño fue llevado a cabo con información obtenida de datos recolectados de fuentes primarias y secundarias como así también con la

---

<sup>2</sup> García, Emilio y otros. Estándares de calidad de cuidados para la seguridad del paciente en los hospitales del SNS. Proyecto Séneca, INFORME TÉCNICO DICIEMBRE 2008, pág. 22.

<sup>3</sup> Organización Panamericana de la Salud. Por la Seguridad del paciente. (en línea) [http://www.paho.org/spanish/DD/PIN/ahora03\\_nov04.htm](http://www.paho.org/spanish/DD/PIN/ahora03_nov04.htm) Consulta: 15/02/2005.

revisión bibliográfica de libros, manuales y artículos científicos incluyendo tres etapas: observación, análisis y planificación.

La presentación, compleja pero exhaustiva, pasa revista al marco conceptual y a los instrumentos operativos en tres acápites absolutamente relacionados.

- Abordaje de Gestión Integral del Riesgo – Seguridad del Paciente.
- Plan General Estratégico y de Seguridad 2021-2025.
- Propuestas de calidad, seguridad y gestión con el cuidado del medio ambiente.

En la primera parte, se explicitan las bases conceptuales contemporáneas que sustentan los lineamientos de seguridad del paciente, en la segunda la integración de la seguridad en el plan estratégico hospitalario, imprescindible para relacionar la seguridad y los riesgos en todas las etapas de planificación y en la tercera, su relación con las propuestas de calidad y cuidado del medio ambiente.

Por razones de orden metodológico, el presente trabajo se limita a una planificación con propuestas sobre los aspectos y puntos señalados. No es posible por cuestiones de orden temporal llevar más adelante una tarea que implica la evaluación futura del plan y su funcionamiento dentro del hospital; pero sí se deja abierta la posibilidad para que sirva como insumo para una posterior evaluación.

Con dicho trabajo, se intenta dar un paso en el camino de mejoramiento continuo y excelencia en la gestión de riesgos hospitalarios.

## 2. MARCO TEÓRICO

### 2.1 CAPÍTULO I – FUNDAMENTOS DE LA INVESTIGACIÓN.

#### 2.1.1 Problemática.

La seguridad del paciente en los servicios sanitarios ha constituido un asunto de preocupación creciente y actual, el problema ha adquirido una dimensión mundial y se ha incorporado a las agendas políticas y al debate público, posterior a la publicación en 1999 del libro "To err is Human: building a safer health system"<sup>4</sup> por parte del Instituto de Medicina de Estados Unidos. En la actualidad la falta de seguridad del paciente es atribuida a las deficiencias de la organización y al funcionamiento de los sistemas de salud, y no sólo a los proveedores individuales. Asimismo, se pone de manifiesto la importancia de los actores del sistema sanitario. En un primer nivel de análisis de los sistemas de salud se podrían identificar los actores involucrados en el mismo: a. Población (usuarios); b. Proveedores de servicios (o prestadores); c. Intermediarios.<sup>5</sup>

Del análisis de la literatura se deduce que la seguridad de los pacientes constituye un problema importante, que requiere un gran esfuerzo para identificar qué abordajes son los más seguros, para ser aplicados cuando verdaderamente se precisen, de manera correcta y sin errores. Sumado a ello considero que, es de gran relevancia que los efectos adversos sean abordados desde una perspectiva organizacional y multidisciplinar.

La literatura y las investigaciones confirman cada vez más, que en todos los sistemas de atención de salud se producen eventos adversos. Aunque el contexto puede variar, ningún país puede anunciar que ha resuelto totalmente el problema de la seguridad del paciente.

Albuquerque, Artaza, Antunes, Arteaga (2001) mencionan que los riesgos en los hospitales aumentarán en el futuro, tanto para las personas que trabajan en ellos (riesgos tan diversos como contagios, aumento de demandas legales), como para las que reciben atención (infecciones cruzadas, efectos indeseados o colaterales de los mismos procesos asistenciales).

---

<sup>4</sup> "Errar es humano: construyendo un sistema de salud más seguro". Traducción de la autora.

<sup>5</sup> <https://salud.gob.ar/dels/entradas/sistema-de-salud>

Es así como en los últimos años, Argentina y diversos países de América Latina, han trabajado en sus instituciones de salud en el manejo del riesgo, Pardo y Cols (2014) mencionan que las primeras actuaciones estuvieron dirigidas a proteger a los profesionales y a las organizaciones de las consecuencias económicas de las reclamaciones por la irresponsabilidad sanitaria.

En referencia a lo anterior, por ejemplo, estos autores también refieren que Estados Unidos constituyó unidades de gestión de riesgos en los hospitales, donde sus objetivos primordiales fueron la investigación de los incidentes, la tramitación de reclamos o la supervisión de las causas de litigio. Posteriormente, se comenzó a trabajar en la mejora de la seguridad del paciente, un tema que en la actualidad tiene un fuerte impacto en las políticas de salud no solo en Rosario y en nuestro país sino a nivel mundial.

La seguridad del paciente es un elemento imprescindible de la calidad asistencial tanto para los pacientes y sus familias que desean sentirse seguros y confiados en los cuidados sanitarios recibidos, como para los profesionales que anhelan ofrecer una asistencia tangible, eficiente y segura, y para la comunidad en general que busca una respuesta con buen nivel de satisfacción a su problemática de salud.

La definición de salud por parte de la Organización Mundial de la Salud (OMS) es: La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Otra definición de gran valor por parte de la OMS es derecho a la salud como acceso oportuno, aceptable y asequible a servicios de atención de salud de calidad suficiente. En virtud de lo expuesto, de no lograr la seguridad del paciente, es un problema para todos los actores mencionados y vulnerando el derecho a la salud.

Por todo lo anterior, se evidencia que aún hay mucho camino por trabajar en la gestión del riesgo integral. Cada institución de salud realiza un manejo del riesgo de manera diferente teniendo en cuenta su propia organización, por lo cual es fundamental conocer y profundizar en cada ambiente hospitalario.

En lo personal, el motivo que me ha llevado a seleccionar la temática planteada es mi larga trayectoria en temas hospitalarios, mi profundo sentimiento por el Hospital Provincial de Rosario del cual soy parte, sumado a la búsqueda constante de superación personal y de mejoras sanitarias del ambiente.

Actualmente dicho hospital no cuenta con una planificación propia desde su contexto y realidad en cuanto a estrategias de gestión integral del riesgo en las que pueda alinearse la comunidad hospitalaria. Tampoco cuenta con un comité de calidad y gestión del riesgo, lo que dificulta la labor diaria y pone en juego la seguridad del paciente.

Mi trabajo como profesional de salud del hospital, está íntimamente relacionado con la problemática planteada, no solo por experiencias vividas sino por acciones que surgen en lo cotidiano donde nos lleva a los trabajadores de distintos servicios y áreas a reflexionar y dialogar en busca de una mejora de la temática que nos concierne, intentando no caer en la frustración y tratar cada uno desde su lugar de realizar un aporte. Entiendo que se necesita una cultura de seguridad positiva y optimista, que esté enfocada en una mejora colectiva, en el trabajo interdisciplinario y en equipo. Esto, solo se puede conseguir mediante el liderazgo en niveles del sistema sanitario, pero también soy consciente que se requiere de apoyo a nivel político para poder llevar adelante dichas propuestas por esta razón, espero que este trabajo sirva de insumo y aporte para la comunidad y la mejora en la seguridad hospitalaria.

La propuesta es de gran relevancia ya que, posicionaría al hospital como pionero en estrategias de gestión del riesgo, en transformación de procesos para lograr calidad, seguridad del paciente y en reducción del impacto ambiental.

Por lo expuesto, se hace necesario un estudio profundo del fenómeno de ocurrencia de los eventos adversos y de los actores sanitarios involucrados en la seguridad de los pacientes y la creación de estrategias tendientes a la prevención de los errores.

En el presente trabajo se abordará la gestión integral del riesgo como estrategia para la seguridad del paciente y se propone una planificación de calidad, seguridad y gestión con el cuidado del medio ambiente en una institución de salud de alta complejidad "Hospital Provincial de Rosario" durante el año 2021.

### ***Delimitación.***

El trabajo se ha delimitado en los siguientes aspectos:

- Delimitación espacial

La investigación se ha desarrollado en un hospital de alta complejidad de la Ciudad de Rosario, Argentina.

- Delimitación temporal  
El estudio de investigación comprendió los meses del año 2021.

### **2.1.2 Objetivos.**

#### ***Objetivo general***

Proporcionar directrices para mantener un ambiente de trabajo seguro, así como las condiciones de trabajo en el proceso de atención tanto ambulatoria como en internación, para el paciente, los trabajadores, el hospital y el ambiente.

#### ***Objetivos específicos***

- Incrementar los niveles de seguridad en la atención hospitalaria intentando suprimir errores evitables mediante la gestión de riesgos hospitalarios.
- Elaborar un plan estratégico y de seguridad, fortaleciendo los valores seminales hospitalarios, y permitiendo seleccionar las estrategias a desarrollar para asegurar la necesaria innovación y la mejora continua de los próximos años, sirviendo de base a la realización de los planes operativos de gestión anuales que aseguren su consecución.
- Presentar propuestas de calidad y seguridad que permita mantener un sistema de gestión integrado de calidad, seguridad y cuidado del medio ambiente según las normas de calidad.

### **2.1.3 Alcances.**

Es aplicable a todas las áreas organizativas del hospital y una vez implementado será de cumplimiento estricto según las competencias y prioridades que se evalúen en un comité de calidad y gestión del riesgo.

### **2.1.4 Justificación de la Investigación.**

La seguridad del paciente debe ser una prioridad de la atención en salud no solo en nuestro hospital de alta complejidad sino también en todas las instituciones de salud. Los incidentes y eventos adversos son la “luz roja” que alerta acerca de la existencia de una atención insegura. Por tanto, los eventos adversos son un indicador fundamental de la calidad de atención como resultados de los procesos de cuidados de salud.<sup>6</sup> Trabajar sobre ellos, nos permitirá mejorar las estrategias de gestión y realizar investigaciones futuras en busca de fortalecer la seguridad.

La selección de este estudio se justifica en que hasta la fecha no existe una propuesta en nuestra institución de salud de esta temática que nos pueda brindar información y que nos sirva de insumo para establecer mejoras en materia de seguridad del paciente, calidad y gestión con el cuidado del medio ambiente.

---

<sup>6</sup> <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2021-03/acciones-seg-paciente-feb-2021.pdf>

## 2.2 CAPÍTULO II. MARCO CONCEPTUAL

### 2.2.1 Antecedentes del trabajo a realizar.

La información sobre errores médicos y efectos adversos es muy reciente ya que los primeros estudios datan de los años 60 y no es hasta la década de los 90 cuando se comenzó a disponer de evidencia científica. Es en el año 1999 cuando el impacto entre los profesionales, autoridades y público en general del informe “To err is Human: Building a Safer Health System” del Instituto de Medicina de EEUU<sup>7</sup>, marca un antes y un después en la concienciación sobre este tema y ha hecho que la investigación sobre la seguridad del paciente y las iniciativas para actuar sobre los riesgos evitables sean una prioridad para todas las autoridades sanitarias. Este documento refleja la magnitud del problema de seguridad de la asistencia y la enorme repercusión sanitaria y económica que implica.

Basado en el estudio de Harvard, el reporte To Err is Human (Armitage, 2009) se estimó que los eventos adversos evitables ocasionaban entre 44.000 y 98.000 muertes por año en Estados Unidos, siendo la octava causa de muerte en el país, con costos multimillonarios, sin tener en cuenta las emociones de pacientes, familiares y los efectos sociales.

Zhan y Miller (2003)<sup>8</sup> examinaron la incidencia de efectos adversos en 18 hospitales, concluyendo que los efectos adversos pueden ser los responsables de 2.4 millones de días de estancia hospitalaria y 32 mil muertes.

En el año 1863, Florence Nightingale menciona que el primer requerimiento de un hospital es “to do no harm”, no hacer daño (Kaufman y McCaughan, 2013), destacando los defectos del sistema como causal de enfermedad.

Recién en la década de 1980, en áreas y servicios de anestesiología de Estados Unidos, se comenzó a sistematizar el estudio de la seguridad en la atención al paciente, desde la óptica de la mejora de la calidad: “el objetivo era identificar y analizar los errores y los incidentes y, luego, encontrar el modo de evitarlos” (Vincent y Amalberti, 2015) ya que, salvo algunos precursores, hace 25 años la cuestión de la seguridad del paciente simplemente no se planteaba, y,

---

<sup>7</sup> Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine.

<sup>8</sup> Zhan C, Miller MR. Excess length of stay, changes, and mortality attributable to medical injuries during hospitalization. JAMA 2003; 290:1868-74

tradicionalmente, el conocimiento técnico ha sido considerado suficiente para asegurar la calidad y la seguridad en la atención (Ruiz y Simon, 2004).

El desarrollo tecnológico de las últimas décadas incrementó, paradójicamente, los problemas de seguridad del paciente. La medicina pasó de ser una ciencia sencilla, no efectiva y segura, a compleja, efectiva y potencialmente insegura (Woodward, 2017).

La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) determinó el daño al paciente como la décimo cuarta causa de enfermedad mundial, superando a la tuberculosis y la malaria (Slawomirski, 2017). El informe de la OCDE<sup>9</sup> plantea que estos son solo costos de atención, pero que el verdadero costo es mucho más alto y subjetivo. Los factores psicológicos de pacientes, familiares y personal exceden varias veces lo estimado (McCaughan y Kaufman, 2013; Slawomirski, 2017).

Así, se fue creando un cambio para crear comités, sistemas de reporte voluntarios, investigaciones y una cultura donde la seguridad sea la prioridad, a través del diseño de los puestos de trabajo, estrategias, estandarización, y la simplificación de procesos. Un informe, identificó seis áreas de mejora: el cuidado debía ser seguro, efectivo, centrado en el paciente, a tiempo, eficiente y equitativo (Ulrich y Kear, 2014).

Por todo lo expuesto y realizando un análisis crítico considero que la temática planteada en esta propuesta es relevante. Su relevancia radica en que múltiples incidentes derivados de la atención que proporcionan los profesionales de la salud y trabajadores en las instituciones sanitarias son prevenibles. Además, la gestión del riesgo en salud sin lugar a duda constituye una herramienta útil para la gestión eficiente de los recursos, que permite contrarrestar el elevado riesgo y la incertidumbre de las actividades propias de este sector con el fin de generar valor, mejorar el desempeño y garantizar la supervivencia de la institución hospitalaria minimizando las pérdidas y maximizando los buenos logros.

### **2.2.2 Conceptualización**

Gestión del riesgo:

---

<sup>9</sup> <https://seguretatdelspacients.gencat.cat/es/detalls/noticia/LOCDE-publica-un-informe-sobre-impacte-economic-de-la-Seguretat-del-Pacient-a-lAtencio-primaria>

La gestión de riesgos es el proceso de planificación, organización, dirección y control de los recursos humanos y materiales de una organización, con el fin de reducir al mínimo o aprovechar los riesgos e incertidumbres de una organización. En el contexto hospitalario, la gestión del riesgo se orienta igualmente a reducir los riesgos de afectación en las personas, recursos y procesos, identificando y controlando principalmente las amenazas y disminuyendo la vulnerabilidad frente a éstas.<sup>10</sup>

#### Seguridad del paciente:

La seguridad del paciente se define como el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencia científicamente comprobadas que ayuden a minimizar el riesgo de sufrir eventos adversos en el proceso de atención en salud o de mitigar sus consecuencias. En el sentido estricto, se puede hablar de seguridad del paciente, como la ausencia de accidentes, lesiones o complicaciones evitables, producidos como consecuencia de la atención de salud recibida.

#### Calidad asistencial:

La OMS define la calidad asistencial como: “una atención sanitaria de alta calidad es la que identifica las necesidades de salud (educativas, preventivas, protectoras y de mantenimiento) de los individuos o de la población de una forma total y precisa, y destina los recursos necesarios (humanos y de otros tipos) a estas necesidades de manera oportuna y tan efectiva como el resultado actual del conocimiento lo permite.<sup>11</sup>

Otra definición es la de Donabedian (1980): “Calidad de la atención es aquella que se espera que pueda proporcionar al usuario el máximo y más completo bienestar después de valorar el balance de ganancias y pérdidas que pueden acompañar el proceso en todas sus partes. Esta definición es científica, técnica y profesional, además tiene en cuenta a los pacientes.

#### Hospital de alta complejidad:

---

<sup>10</sup> <https://www.heflo.com/es/blog/gestion-de-riesgos/que-es-gestion-de-riesgos>.

<sup>11</sup> Who working group. The principles of quality assurance. Qual Assur Health Care 1989; 1: 79-95.

Los hospitales de alta complejidad o de tercer nivel de atención están conformados por profesionales de salud como: enfermeros, médicos y gran número de especialistas como cardiólogos, dermatólogos, neonatólogos, neurólogos y demás personal capacitado para brindar un servicio integral y de alta calidad.

Así mismo, brindan atención especializada, exámenes complejos, especiales, laboratorios y otros procedimientos que se encuentran bajo el manejo de especialistas con el fin de satisfacer las necesidades del paciente obteniendo mayor grado de bienestar y seguridad. También es de mencionar que, a estos establecimientos llegan pacientes que son remitidos de instituciones u hospitales de niveles inferiores que no cuentan con los equipos, instrumentos y profesionales aptos para suplir el nivel de complejidad durante el manejo de pacientes, como es el caso de aquellos tratamientos o estudios que requieran de tomografías, angiografías, entre otros.<sup>12</sup>

### **2.2.3 ABORDAJE DE GESTION INTEGRAL DEL RIESGO. SEGURIDAD DEL PACIENTE.**

Entendemos que la Gestión Integral del Riesgo (GIR) en salud, es la estrategia para llevar adelante un programa de calidad. Por ello es importante definir ¿qué es la gestión del riesgo en salud?

La gestión integral del riesgo en salud es una estrategia transversal de la política de atención integral en salud que se fundamenta en la articulación e interacción en este caso, de una institución de alta complejidad y otros sectores del sistema de salud (convenios), para identificar, evaluar, medir, intervenir (desde la prevención hasta la mitigación) y llevar a cabo una planificación de calidad centrado en la seguridad del paciente que redundará en la mejora continua del proceso de atención de la salud-enfermedad.<sup>13</sup>

Algunos autores la consideran una práctica de gestión que ayuda a predecir y manejar eventos que estén fuera de lo planificado; como una forma eficiente de

---

<sup>12</sup> Memoria, balances. Hospital Provincial de Rosario. Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fé.

<sup>13</sup> Gestión integral del riesgo en salud: perspectiva desde el aseguramiento en el contexto de la Política de Atención Integral en Salud. Dirección de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales, y Pensiones. Junio de 2018.

identificar oportunidades y evitar pérdidas ayudando a mejorar el funcionamiento de los servicios y áreas hospitalarias. Todas las organizaciones, independientemente de su naturaleza, tamaño y razón de ser, están expuestas a diferentes riesgos que pueden poner en problemas su existencia; por lo tanto, el objetivo de la gestión del riesgo es lograr que el proceso y sus controles garanticen que los riesgos están minimizados y que los objetivos de la organización van a ser alcanzados (Reina M, 2010).

Existen varias causas que motivan la aparición de eventos adversos:

- a) Complejidad de los procesos: Las instituciones de salud están conformadas por una serie de procesos complejos, están divididas en compartimentos organizados por servicios centrales y asistenciales y a su vez, en sistemas y especialidades; la estructura del personal es fragmentada, con una distribución jerarquizada en divisiones (médicos, enfermería, servicios generales, administrativos, técnicos), además hay una organización del trabajo con distintos horarios y turnos, lo que favorece la aparición de efectos adversos, ya que no existe una asistencia estructurada e integral.
- b) Evolución tecnológica: Los avances científicos a la vez que son precisos, son complejos y requieren que los profesionales tengan una formación específica y continua, es así como algunos eventos adversos se pueden producir por falta de un adecuado aprendizaje.
- c) Dificultades en la denuncia de casos: Cualquier efecto adverso que se presenta conlleva a una responsabilidad por el daño ocasionado, ya sea individual o patrimonial por la que puede exigirse una compensación. Por estas razones, existe temor para reportar los efectos adversos, dadas las implicaciones económicas, penales y de sanciones disciplinarias o administrativas por parte de las instituciones de salud.
- d) Ineficacia o ausencia de políticas de gestión de riesgos: Dentro del ámbito hospitalario, la gestión sanitaria además de realizar actividades a un buen costo, también debe tener en cuenta los indicadores que controlen los posibles

inconvenientes que puedan darse en la parte asistencial y así minimizar los riesgos.

La gestión de riesgos es el proceso de planificación, organización, dirección y control de los recursos humanos y materiales de una organización, con el fin de reducir al mínimo o aprovechar los riesgos e incertidumbres de la organización.<sup>14</sup>

En el contexto hospitalario, la gestión del riesgo se orienta a reducir los riesgos de afectación en las personas, recursos y procesos, identificando y controlando principalmente las amenazas y disminuyendo la vulnerabilidad frente a éstas.

La temática “gestión del riesgo” tanto a nivel nacional e internacional, en las últimas décadas ha cobrado importancia para todo tipo de organizaciones, teniendo en cuenta las normativas internacionales. De hecho, este año, el Ministerio de Salud de la Nación Argentina creó la Unidad para la Gestión Integral del Riesgo en Salud (GIRSAL)<sup>15</sup>, con el objetivo gestionar y optimizar, a través de acciones planificadas y coordinadas de las distintas áreas ministeriales e institucionales, el abordaje integral de situaciones críticas y de emergencia de cualquier origen que tengan impacto en la salud de las personas.

La gestión del riesgo como cultura organizacional constituye un eje transversal e integrador en los diferentes procesos, tiene por objetivo garantizar el desarrollo y las condiciones óptimas de seguridad posible, donde la atención y las acciones desplegadas promuevan el mismo desarrollo del sector salud, involucrando etapas como la identificación, la priorización, la mitigación de los riesgos y la mejora del estado de salud de la población como impacto social.

### Aportes para la gestión

La propuesta es centrada en “gestión integral del riesgo en salud”, en torno a la seguridad del paciente, específicamente en los errores humanos causados por el personal asistencial.

La gestión de riesgos hospitalarios se basa en la identificación, el análisis y la corrección de las causas que originan daño secundario al paciente tras el tratamiento médico. Es imposible evitar completamente el daño al paciente. Toda actividad humana conlleva un margen de error; sin embargo, sí es posible

---

<sup>14</sup> <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/DOA/girs-prespectiva-desde-aseguramiento.pdf>

<sup>15</sup> <https://www.argentina.gob.ar/noticias/se-creo-la-unidad-para-la-gestion-integral-del-riesgo-en-salud>

identificar, estudiar, controlar y minimizar ese daño; en definitiva, gestionar el riesgo que puede sufrir el paciente.

La puesta en marcha de programas de gestión de riesgos hospitalarios requiere la creación de unidades destinadas a canalizar las actividades relacionadas con la seguridad del paciente, dentro de las actuales estructuras. También es un factor de éxito, que reduce tanto la probabilidad de fallo, como la incertidumbre y acerca de la consecución de los objetivos generales hospitalarios (Castaño RA, 2008).

La gestión de riesgos hospitalarios mejora la calidad asistencial<sup>16</sup> mediante el incremento de los niveles de seguridad en la atención a los pacientes, intentando suprimir los errores evitables.

A continuación, partiendo desde una revisión bibliográfica se realiza un estudio y análisis crítico junto con lo observado en los servicios y áreas hospitalarias, como resultado de largas estancias hospitalarias de la autora quién enumera una propuesta de trabajo de elaboración propia:

a) Orientación hacia el paciente:

- Uso de herramientas de gestión (Ej.: Guías Clínicas) basadas en una relación horizontal centrada en el proceso que cursa el enfermo disminuye el riesgo y mejora la calidad asistencial.

b) Información:

- Mejorar la comunicación en todos los niveles dentro de la Institución de salud.
- Brindar al paciente toda la información durante su estadía en la institución y conocer sus expectativas.

c) Gestión de la información:

- Hacer uso adecuado de nuevas tecnologías de comunicación.

d) Consentimiento informado y confidencialidad:

- Es una obligación, establecer medidas para preservar la autonomía del paciente dentro de la exigencia legal.
- El profesional debe conocer los beneficios de su aplicación como limitación del riesgo y su capacidad de reacción legal.

e) Mecanismos de seguridad:

---

<sup>16</sup> [https://pdf.usaid.gov/pdf\\_docs/Pnada547.pdf](https://pdf.usaid.gov/pdf_docs/Pnada547.pdf)

- Establecimiento de indicadores centinela para la detección de efectos adversos, permite minimizar el riesgo.
  - Formación de todo el personal en seguridad del paciente.
- f) Derecho a la seguridad del paciente, unido a la gestión:
- Establecer un ambiente propicio para el reporte de efectos adversos, para evitar nuevas apariciones.
  - Diseño de un sistema de reporte.

### Desde una política de gestión integral de riesgos

Según Brennan y Leape (1991), entendemos por sucesos adversos los acontecimientos que tienen consecuencias negativas para el paciente, gravedad expresada en forma de lesión, incapacidad, prolongación de la estancia hospitalaria o muerte, o acontecimientos relacionados con el proceso asistencial. Por ello, considero que los eventos adversos (EA) tienen varias implicaciones tanto en los resultados asistenciales que pueden afectar al paciente y su entorno, como a los profesionales, a la institución de salud y al ambiente. Estos eventos adversos e incidentes son una muestra de atención insegura en las instituciones<sup>17</sup> debido a:

- a) Aparición de resultados peores que los esperados, los cuales pueden tener secuelas temporales, permanentes o fatales.
- b) Retraso en la resolución de casos, lo que lleva al aumento de la estancia y los costos.
- c) Mala percepción de la calidad de la asistencia hospitalaria, lo que afecta su posición, prestigio y competitividad.
- d) Influyen en la disminución de la motivación de los profesionales, técnicos, administrativos y también en el resto del personal, y con ello aparecen prácticas o actividades defensivas, en muchos casos incompatibles con la adecuada praxis médica, odontológica, farmacéutica, del laboratorio, psicológica, kinesiológica, administrativa, de limpieza, de mantenimiento, etc.

---

<sup>17</sup> Parra CV, López JS, Bejarano CH, Puerto AH, Galeano ML. Eventos adversos en un hospital pediátrico de tercer nivel de Bogotá *Rev Fac Nac Salud Pública*. 2017;35:286–292

- e) Favorecen la pérdida de confianza en el sistema de servicios de salud que ofrece el hospital entre los usuarios.<sup>18</sup>

La gestión del riesgo lleva a reconocer las posibles causas que generan los eventos adversos y establecen estrategias eficaces para su disminución. Por ello, se propone el diseño mediante una política y planificación, de la propuesta de Gestión de Riesgos, para evitar o mitigar los eventos adversos mediante las medidas de prevención y control.

La Seguridad del Paciente es un elemento imprescindible de la calidad asistencial<sup>19</sup> que ha adquirido gran importancia en los últimos años tanto para los pacientes y sus familias que desean sentirse seguros y confiados en los cuidados sanitarios recibidos, como para los profesionales que anhelan ofrecer una asistencia tangible, eficiente y segura<sup>20</sup>.

El objetivo de la Seguridad del Paciente es generar estrategias tendientes a identificar y evitar la ocurrencia de fallas o errores en los procesos de atención de la salud y de disminuir el impacto en caso en que éstos se produjesen.

A nivel internacional se ha ido adoptado diversas estrategias entre las que se encuentran los objetivos (o metas) internacionales para la Seguridad del Paciente<sup>21</sup>, metas a las que se intenta alinear con esta propuesta de tesis.

El propósito de las Metas Internacionales es promover acciones de mejora específicas en Seguridad del Paciente dirigidas a procesos críticos del cuidado de la salud, describiendo soluciones a problemas basadas en el consenso de expertos y en la mejor evidencia disponible. En dicho contexto se propone dentro de la propuesta de tesis, elementos y dispositivos para llevar a cabo una planificación de prevención de riesgos.

Esta propuesta es la expresión de una posible implementación de Estrategias de Gestión Integral de Riesgos. La misma, es de elaboración propia de la autora y está compuesta de variadas actividades que se describen a continuación:

---

<sup>18</sup> Ministerio de Sanidad y Consumo. Estudio Nacional de Efectos Adversos ligados a la hospitalización. ENEAS 2005. 2006.

<sup>19</sup> <https://hospitalcabrera.com.ar/seguridad-del-paciente/>

<sup>20</sup> Agencia Nacional para Seguridad del Paciente (NPSA). Sistema Nacional de Salud (NHS). La seguridad del paciente en siete pasos. Reino Unido.

<sup>21</sup> OMS Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. Segundo reto mundial por la Seguridad del Paciente.

- a) Mecanismos de evaluación periódica del programa: La evaluación será cada tres (3) meses, sujeta a la incidencia de la aparición de nuevos eventos, ya sea cuando el Comité de Calidad lo estime necesario por cambios de infraestructura o de la estructura organizativa.
- b) Medidas cuantitativas: denuncia y registro de nuevos eventos adversos, ya que estos son los que permiten orientar las acciones de seguridad dentro de cada una de las áreas laborales.

#### Responsabilidades y funciones:

- Partícipe/s o denunciante/s del evento adverso.

Todos los integrantes de la fuerza de trabajo hospitalaria son responsables de realizar la denuncia de cualquier “casi evento o evento adverso” propiamente dicho.

Todos pueden denunciar un evento adverso en el que tuvieron alguna participación o meros testigos, en forma anónima o en un formulario institucional.

Su función es comunicar en forma inmediata, a su inmediato superior, para que él prosiga con el trámite.

- Coordinador/a del Área.

El Coordinador del Área, cuando el personal a su cargo efectúa una denuncia de evento adverso, su función es tomar conocimiento, luego de un análisis conjunto con el personal implicado, en cumplimiento de la norma respectiva o del adecuado saber y entender de su conocimiento, experiencia y sentido común.

Es el responsable de proseguir con el trámite y comunicar de inmediato el evento a la Dirección Médica, al Concejo de Administración Hospitalaria, Jefe/a de Servicio o Área o Coordinador del Comité de Calidad y Gestión de Riesgos.

- Coordinador/a del Comité de Calidad y Gestión de Riesgos.

Una vez notificado del evento adverso, su función es clasificarlo y encontrar las causas raíz del evento y de las consecuencias del mismo. Por otro lado, también es el responsable de proponer alguna/s soluciones para que el mismo no se repita.

Ayudar a resolver, en caso de que sea un evento centinela o elevarlo a consideración de la próxima reunión del Comité de Calidad y Gestión de Riesgos.

- Reunión del Comité de Calidad y Gestión de Riesgos.

Incorporado el evento en la Orden del día, es responsabilidad de tratar y evaluar la propuesta efectuada por jefe/a del Área o Servicio y la del Coordinador/a del Comité, y su función es la de proponer, si la hubiera, otras soluciones a manera de asesoramiento de la Dirección Médica para implementar la que crea más conveniente.

- Dirección Médica.

Su función es intervenir aplicando alguna de las propuestas del Comité de Calidad o de algún experto en el tema al que se consulte. Su responsabilidad siempre será la de implementar la intervención rápidamente y realizar el seguimiento para evitar la repetición del evento como parte excluyente de la Gestión Integral de los Riesgos.

### Procesos y procedimiento

El reporte del evento adverso, quien reporta, como hacer el reporte de un evento adverso, como se analiza: análisis causa-raíz; análisis de causas radicales, etc.

Una vez hecho el reporte se inscribe el evento en libro de eventos. Se analiza entre el coordinador del comité de calidad y el jefe del área para determinar si la resolución del problema es urgente o de una respuesta mediata. Para llegar a esta conclusión hay que analizar el episodio en función de la metodología expuesta en el párrafo anterior.

Si es urgente se efectúa un informe para que la dirección médica hospitalaria tome las medidas que son necesarias para que no recurra el episodio. Si se trata de un tema que puede esperar, es tratado en la reunión más cercana del comité. Existe una tercera alternativa, cuando el evento es catalogado como centinela, se reúne el comité de calidad en carácter de urgente para abordar la solución a lo planteado y elevarla a consideración de la dirección médica de inmediato.

### Ejerciendo la práctica

A continuación, se enumeran y se describen propuestas de la autora, tendientes a mejorar la seguridad Hospitalaria, por medio de la Gestión Integral de Riesgos.

- Normas

Las metas internacionales de seguridad del paciente son transversales a toda la Institución.

Gráfico 1: Metas internacionales de seguridad del paciente.



Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS). Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente

### **A) AUTOPROTECCION ANTE INCENDIO- ESCAPES DE GAS- AMENAZA DE EXPLOSIVO – CORTE DE SUMINISTRO ELECTRICO - CORTE DE SUMINISTRO DE AGUA POTABLE**

Estrategias: Dar a todo el personal de la institución herramientas y procedimientos claros, escritos, transmitidos, divulgados y practicados sobre el plan de autoprotección para la evacuación del hospital.<sup>22</sup>

- Capacitar al personal.
- El personal será capacitado en forma periódica.
- Serán involucrados y estimulados en el manejo de los distintos roles.
- Se dejará constancia de las capacitaciones.

<sup>22</sup> Sergio Luengas Amaya. 2009. Seguridad del paciente. Un modelo organizacional para el control sistemático de los riesgos en la atención de la salud.

- Simulaciones: Esta herramienta será utilizada en forma periódica para evaluar el nivel de afianzamiento de los conocimientos entregados.
- Simulacros: De acuerdo con la fecha y hora presentadas en defensa civil se realizarán los simulacros teniendo como objetivo una evaluación del nivel de penetración de los procedimientos.
- Capacitación periódica del personal: Las capacitaciones serán muy satisfactorias en forma semestral.

Como lo mido: Acorde al riesgo producido.

- Magnitud del evento.
- Daño directo.
- Daño colateral.
- Tiempo de respuesta.
- Nivel de injuria y/o daño menor.
- Nivel de daño o injuria permanente.

## **B) RIESGO DE CHOQUE ELECTRICO**

Estrategias: Proteger a todas las personas que se encuentran en el hospital ante la posibilidad de recibir una descarga eléctrica<sup>23</sup>.

- El personal que realiza trabajos de riesgo eléctrico será capacitado en forma periódica.
- Elemento de Protección Personal: El personal involucrado en tareas de riesgo eléctrico deberá contar con los elementos a tal fin EPP. Su entrega se documentará.
- Protección de bienes y personas.
- La instalación cumplirá en un todo con las normativas. Puesta a tierra y protecciones contra contacto directo e indirecto. Transformadores de aislación.

Como lo mido: Acorde al riesgo producido los daños serán evaluados por:

- Magnitud del evento.

---

<sup>23</sup> Información recibida por la autora ante la consulta de información a integrantes de guardia de la Empresa Provincial de Energía de la Provincia de Santa Fé.

- Daño directo.
- Daño colateral.
- Tiempo de respuesta.
- Nivel de injuria y o daño menor.
- Nivel de daño o injuria permanente.

### **C) ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN EN INFECCIONES ASOCIADAS AL CUIDADO DE LA SALUD (IACS)**

#### **HIGIENE DE MANOS**

Estrategias para aumentar la adherencia:

Alcanzar el máximo nivel de higiene de manos es el principal objetivo del programa “La Higiene de manos es un compromiso de todos”.<sup>24</sup> Para lograrlo contamos con las siguientes estrategias:

Facilitar el acceso a los medios para la higiene de manos.

Dispensadores de alcohol-gel se deben encontrar disponibles en toda la institución, especialmente al ingreso de cada servicio, consultorios, salas de estudios, habitaciones y salas de espera.

Asegurar que el personal, los pacientes y sus familiares recuerden la importancia de esta medida a través de:

- Carteles recordatorios en los puntos de uso de alcohol-gel.
- Información sobre su técnica.
- Información escrita para el paciente recomendándole que cumpla con esta medida y le recuerde al personal que lo asiste que también lo haga.
- Capacitación periódica del personal.
- Entrenamiento permanente sobre la técnica apropiada de la higiene de manos.
- Uso de la caja con luz ultravioleta para el reconocimiento del resultado en la técnica.
- Mediciones periódicas del nivel de cumplimiento.
- El objetivo fijado es alcanzar al menos un 80% de cumplimiento a nivel global.

---

<sup>24</sup> Basándonos en las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud que año tras año brinda propuestas para la higiene del lavado de manos.

- Renovación permanente del compromiso con la higiene de manos.
- Reconocimiento a la excelencia en higiene de manos para los sectores que alcanzan el objetivo fijado.
- Taller de capacitación a la población.
- Capacitación práctica periódica, al ingreso del hospital con entrega de información escrita.
- Video recordatorio en las pantallas con las que cuente el hospital.

Como lo mido: Nivel de cumplimiento del lavado de manos por el personal, a través de observación directa y cumplimiento de consumo de alcohol en gel en áreas de internación.

## INFECCION DEL SITIO QUIRÚRGICO

Una infección de sitio quirúrgico es una infección que ocurre después de una cirugía en el sitio donde fue realizado el procedimiento. Si bien la mayoría de los pacientes sometidos a cirugía no desarrollarán infección estas ocurren en aproximadamente 1 a 3 de cada 100 pacientes operados.

Algunos de las manifestaciones más comunes de Infección de Sitio Quirúrgico son:

- Enrojecimiento y dolor alrededor del sitio quirúrgico (herida).
- Drenaje de material purulento a través de la herida quirúrgica.
- Fiebre.

## **D) ESTRATEGIAS PARA REDUCIR LAS INFECCIONES DE SITIO QUIRÚRGICO**

### PARA EL PERSONAL HOSPITALARIO

Para prevenir las infecciones de sitio quirúrgico, todo el personal del área quirúrgica debe cumplir con las siguientes recomendaciones:

- Higienizar sus manos y brazos hasta sus codos con productos antisépticos de marcas reconocidas justo antes del inicio de una cirugía.
- Higienizar sus manos con alcohol-gel antes y después de tomar contacto con el paciente.

- Si es necesario, se procederá a remover el vello de la zona quirúrgica utilizando máquinas especiales, evitando en todo momento el uso de elementos que dañen la piel (ej. hoja de afeitar).
- Utilizar vestimenta especial (cofia, barbijo, camisolín, botas y guantes) para mantener el área quirúrgica en condiciones asépticas.
- Administrar antibióticos profilácticos en el pre-quirúrgico inmediato para distintos tipos de cirugías tales como cirugía cardiovascular, maxilofacial, neurocirugía, cirugía traumatológica, cirugía digestiva, entre otras. En muchos casos el antibiótico debe ser administrado dentro de los 60 minutos previos al inicio de la cirugía y suspendido dentro de las 24 horas siguientes. Los profesionales a cargo de la cirugía (cirujanos y anestesiólogos) se encargarán de ello.
- Desinfectar la piel de la zona quirúrgica antes del procedimiento con antisépticos con actividad bactericida demostrada.

#### PARA LOS PACIENTES

Los pacientes y sus familiares pueden colaborar para reducir el riesgo de infección si adoptan las siguientes recomendaciones:

- ANTES DE LA CIRUGÍA
- Cumplir con las indicaciones surgidas de la evaluación pre-quirúrgica.
- En el caso de pacientes diabéticos mantener controlados los niveles de glucemia antes de la cirugía.
- Suspender en lo posible el consumo de tabaco al menos un mes antes del procedimiento.
- Realizar al menos dos baños pre-quirúrgicos antes de la cirugía utilizando jabón con clorhexidina frotando en la zona quirúrgica evitando el contacto con ojos y mucosas.
- Tener completo el esquema de vacunación sobre todo para la vacuna covid-19, antitetánica y anti-hepatitis B.
- En el caso de antecedentes de infecciones recurrentes de piel en el paciente o en el grupo familiar ej. (forúnculos) avisar al cirujano antes de la cirugía ya que puede resultar necesario la realización de estudios adicionales.
- Comunicar al profesional sobre cualquier otro antecedente de salud relevante.

- Evitar rasurar en el domicilio el sitio de la cirugía con elementos que puedan dañar la piel (ej. máquinas con hoja de afeitar) o favorecer el desarrollo de infección.
    - EN EL MOMENTO DE LA CIRUGÍA
  - Evite ser rasurado en el área quirúrgica con elementos que puedan dañar la piel. Si hay dudas se debe preguntar.
  - Pregunte sobre el tipo de antibióticos que recibirá antes de la cirugía. Advierta sobre cualquier tipo de alergia que pueda tener.
    - DESPUÉS DE LA CIRUGÍA
  - Asegúrese que el profesional que lo asiste higienice sus manos con alcohol-gel antes y después de examinarlo. En el caso de no haberlo hecho recuérdelo que lo haga.
  - Advierta a sus familiares y visitas que higienicen sus manos con alcohol-gel antes y después de la visita.
  - Higienice sus manos antes de comer y después usar el baño, evitando tocar la herida quirúrgica en forma directa.
    - EN EL DOMICILIO
  - Su médico o el personal de enfermería deberán explicarle antes del alta todo lo referido al cuidado de la herida quirúrgica. Asegúrese de haber comprendido las instrucciones antes de dejar el hospital.
  - Higienice sus manos antes y después de proceder a curar su herida.
  - Antes de dejar el hospital asegúrese de tener los teléfonos de contacto por cualquier inquietud o problema que se pueda presentar.
  - Si usted presenta cualquier signo de infección tales como fiebre, enrojecimiento, dolor y salida de secreción por la herida quirúrgica comuníquese con su médico inmediatamente.
- Como lo mido: Medición de la tasa de infección en sitio quirúrgico.

## **E) PREVENCIÓN DE INFECCIÓN ASOCIADA A CATETER VASCULAR**

Un “catéter vascular central” es un tubo que, colocado dentro de en una gran vena (usualmente en el cuello, tórax o ingle), es usado para administrar fluidos, sangre y/o medicamentos a un paciente. Con el cuidado apropiado un catéter vascular central puede permanecer en el sitio de inserción por varios días.

Una Infección Asociada a un catéter vascular central ocurre cuando una bacteria u hongo ingresa a través del catéter al torrente sanguíneo.

Algunos de las manifestaciones más comunes de infección asociada a catéter vascular central son:

- Enrojecimiento y dolor alrededor del sitio de inserción del catéter
- Drenaje de material purulento a través del sitio de inserción del catéter
- Fiebre y escalofríos

**ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN:** Para prevenir estas infecciones todo el personal asistencial debe cumplir con las siguientes normas:

#### AL MOMENTO DE LA COLOCACIÓN

- Priorizar el uso de vías periféricas, evitando el uso de un catéter vascular central siempre que sea posible.
- El procedimiento debe ser realizado por personal debidamente entrenado y utilizando técnica aséptica.
- Seleccionar para su colocación una vena que permita una inserción segura y con bajo riesgo de infección.
- Higienizar sus manos y brazos hasta sus codos con productos antisépticos de marcas reconocidas justo antes de iniciar la colocación del catéter vascular central.
- Desinfectar la zona de inserción antes del procedimiento con antisépticos con actividad bactericida demostrada.
- Utilizar vestimenta especial (cofia, barbijo, camisolín, botas y guantes) y campo quirúrgico amplio para mantener la zona de inserción en condiciones asépticas.

#### CUIDADOS DEL MANTENIMIENTO

- Higienizar sus manos con alcohol-gel, colocarse guantes estériles y desinfectar el catéter con solución antiséptica antes de administrar medicaciones o sacar muestras de sangre.
- Manipular en forma aséptica toda medicación o fluido que se administrará por el catéter.
- Curar periódicamente el sitio de inserción con antisépticos y protegerlo con apósitos transparentes autoadhesivos.

- Evaluar diariamente la necesidad de continuar con el catéter vascular central de modo de retirarlo inmediatamente cuando su uso ya no sea necesario.

#### CUIDADOS EN EL DOMICILIO

- Algunos pacientes son enviados a su domicilio con un catéter vascular central para continuar allí con su tratamiento. En este caso su médico o enfermera le brindará la información necesaria para garantizar un cuidado adecuado del catéter vascular.
- Asegúrese de haber comprendido las instrucciones antes de dejar el hospital (ej. baño, curaciones).
- Higienice sus manos antes y después de proceder a curar el sitio de inserción del catéter vascular.
- Antes de dejar el hospital, asegúrese de tener los teléfonos de contacto por cualquier inquietud o problema que se pueda presentar.
- Si usted presenta cualquier signo de infección tales como fiebre, escalofríos, enrojecimiento, dolor y salida de secreción por el sitio de inserción del catéter comuníquese con su médico inmediatamente.

Como lo mido: Medición de la tasa de bacteriemia asociada a catéter vascular.

#### F) PREVENCIÓN DE LAS INFECCIONES ASOCIADAS A LA SONDA URINARIA

Un “catéter urinario o sonda vesical” es un tubo que, colocado dentro de la vejiga, permite la salida y recolección de la orina en una bolsa cerrada (bolsa colectora).

Un catéter urinario puede ser usado para:

- Recolectar la orina si el paciente no puede orinar por sus propios medios.
- Medir el volumen de orina en el caso de pacientes que requieren cuidados críticos.
- Durante y después de algunas cirugías.
- Durante algunos estudios renales o de la vejiga.

Una infección del tracto urinario es la infección del sistema urinario que incluye la vejiga (donde se almacena la orina) y los riñones (donde la sangre se filtra para formar la orina). Si bien estos órganos están habitualmente libres de gérmenes, cuando éstos ingresan a esas zonas pueden causar infección. En el caso de tener

colocado un catéter urinario los microorganismos pueden ingresar a través del sistema y alcanzar la vejiga o los riñones y producir una infección urinaria asociada a la presencia del catéter. Las personas con catéter urinario tienen un riesgo mayor de desarrollar infección urinaria.

Algunos de las manifestaciones más comunes de infección urinaria asociada a catéter urinario son:

- Ardor o dolor en la zona baja del abdomen.
- Fiebre y escalofríos.
- Ardor y/o aumento de la frecuencia al orinar luego del retiro del catéter.
- Orina maloliente.

#### ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN:

##### AL MOMENTO DE LA COLOCACIÓN

- Evitar siempre que sea posible el uso de catéter urinario.
- El procedimiento debe ser realizado por personal debidamente entrenado y utilizando técnica aséptica.
- Seleccionar para su colocación una vena que permita una inserción segura y con bajo riesgo de infección.
- Higienizar sus manos y brazos hasta sus codos con productos antisépticos de marcas reconocidas justo antes de iniciar la colocación del catéter urinario.
- Desinfectar la zona de inserción antes del procedimiento con antisépticos con actividad bactericida demostrada.
- Utilizar vestimenta especial (cofia, barbijo, camisolín, botas y guantes) y campo quirúrgico amplio para mantener la zona de inserción en condiciones asépticas.

##### DURANTE EL MANTENIMIENTO

- Mantener el catéter urinario por encima del muslo y sujetarlo al mismo para evitar tracciones imprevistas.
- Evitar acodamientos del sistema de drenaje.
- Evitar las desconexiones del sistema.
- Evitar que la bolsa de orina quede por encima de la vejiga.
- Higienizar sus manos con alcohol-gel y colocarse guantes estériles antes de vaciar la bolsa colectora de orina.

- Evitar en todo momento que el punto de drenaje de la bolsa de orina tome contacto con el suelo u otra superficie.
- Higienizar periódicamente el punto de inserción del catéter urinario con solución estéril.
- Evaluar diariamente la necesidad de continuar con el catéter urinario de modo de retirarlo inmediatamente cuando su uso ya no sea necesario.

### LOS PACIENTES PUEDEN AYUDAR A REDUCIR EL RIESGO DE INFECCIÓN

Los pacientes y sus familiares pueden colaborar para reducir el riesgo de infección si adoptan las siguientes recomendaciones:

- Preguntar a su médico de cabecera el motivo de la colocación de un catéter urinario y por cuánto tiempo deberá permanecer colocado.
- Pregunte a los profesionales que lo asisten si ellos cumplen con las medidas preventivas antes enunciadas.
- Asegúrese que los profesionales que lo asisten higienicen sus manos con alcohol-gel antes y después de examinarlo. En el caso de no haberlo hecho recuérdale que lo hagan.
- Advierta a sus familiares y visitas que higienicen sus manos con alcohol-gel antes y después de la visita.
- Higienice sus manos antes de comer y después usar el baño, evitando tocar el sitio de inserción del catéter urinario en forma directa.
- Evite que sus familiares o visitas toquen el catéter urinario o las tubuladuras conectadas a él.
- Mantenga el catéter urinario por encima del muslo y sujetarlo al mismo para evitar tracciones imprevistas.
- Evite acodamientos del sistema de drenaje.
- Mantenga siempre la bolsa de orina por debajo de la vejiga.

### CUIDADOS EN EL DOMICILIO LUEGO DEL ALTA

- Algunos pacientes son enviados a su domicilio con un catéter urinario para continuar allí con su tratamiento. En este caso su médico o enfermera le brindará la información necesaria para garantizar un cuidado adecuado del catéter urinario.

- Asegúrese de haber comprendido las instrucciones antes de dejar el hospital (ej. baño, curaciones).
- Higienice sus manos antes y después de proceder a manipular el sistema de drenaje.
- Antes de dejar el hospital asegúrese de tener los teléfonos de contacto por cualquier inquietud o problema que se pueda presentar.
- Si usted presenta cualquier signo de infección tales como fiebre, escalofríos, ardor o dolor en la zona baja del abdomen comuníquese con su médico inmediatamente.

Como lo mido: Evolución de la tasa de infección urinaria asociada al catéter urinario.

## **G) PREVENCIÓN DE LA NEUMONÍA Y/O COVID ASOCIADA AL USO DEL RESPIRADOR**

Un “ventilador o respirador” es una máquina que asiste a la respiración de un paciente a través de un tubo colocado en su boca o directamente en su tráquea, liberando oxígeno en sus pulmones. Si bien la ventilación mecánica resulta a veces indispensable para sostener la vida de un paciente, su uso incrementa el riesgo de desarrollar una infección pulmonar llamada neumonía al facilitar el acceso de los microorganismos a la vía aérea del paciente.<sup>25</sup>

### *ESTRATEGIAS DE PREVENCION:*

#### PERSONAL ASISTENCIAL

Para prevenir estas infecciones todo el personal asistencial debe cumplir con las siguientes recomendaciones:

- Evitar el uso de ventilación mecánica siempre que sea posible priorizando otras formas de ventilación menos invasivas.
- Mantener la cabecera, de la cama del paciente, elevada entre 30 y 45° a menos que otras condiciones médicas no lo permitan.
- Evaluar diariamente al paciente para ver si su condición permite el retiro del respirador.
- Higienizar regularmente la boca del paciente con productos antisépticos.

---

<sup>25</sup> <https://eosmeds.mx/ventilacion-mecanica/>

- Higienizar sus manos con alcohol-gel antes y después de examinar al paciente o de tocar el respirador.
- Aspirar regularmente las secreciones respiratorias del paciente para evitar su acumulación.
- Limpiar y reemplazar el equipo de ventilación mecánica entre pacientes.

### *LOS FAMILIARES*

- Los familiares pueden preguntar al médico a cargo el motivo del inicio de la ventilación mecánica y por cuánto tiempo deberá el paciente permanecer conectado.
- Los familiares deben preguntar a los profesionales que asisten al paciente si ellos cumplen con las medidas preventivas antes enunciadas.
- Los familiares deben asegurarse que los profesionales que asisten al paciente higienizan sus manos con alcohol-gel antes y después de examinarlo. En el caso de no haberlo hecho deben recordarle que lo hagan.
- Los familiares y visitas deben higienizar sus manos con alcohol-gel antes y después de la visita.

Como lo mido: Evolución de la tasa de neumonía y/o covid asociada al uso del respirador.

## **H) PREVENCIÓN DE BACTERIAS MULTIRRESISTENTES**

El uso creciente y muchas veces innecesario, de antibióticos, tanto en la comunidad como en el ámbito hospitalario, ha ocasionado la aparición cada vez más frecuente de bacterias resistentes a los antibióticos de uso común. Esta situación se ha visto últimamente agravada debido a que estas bacterias están adquiriendo rápidamente resistencia a los antibióticos de última generación. Esto representa un grave problema para los pacientes que adquieren infecciones por estas bacterias ya que los recursos terapéuticos se ven restringidos por la propia resistencia de estos microorganismos.

La probabilidad de adquirir una infección por este tipo de bacterias se ve incrementada por el uso previo de antibióticos, las condiciones clínicas del paciente, las internaciones previas y la realización de procedimientos invasivos.

Aunque con menor frecuencia, las bacterias resistentes también pueden ser causas de infección en la comunidad.

## ESTRATEGIAS EN LA PREVENCION DE INFECCIONES POR BACTERIAS MULTIRRESISTENTES:

### PERSONAL DE SALUD

Para prevenir la adquisición y trasmisión de estas bacterias en el ámbito hospitalario todo el personal debe cumplir con las siguientes recomendaciones:

- Higienizar sus manos con alcohol-gel antes y después de tomar contacto con el paciente y su entorno.
- Evitar la realización de procedimientos invasivos (colocación de catéter vascular central, catéter urinario) si éstos no son estrictamente necesarios y en el caso de serlo evaluar diariamente la necesidad de continuar con los mismos.
- Para identificar la portación de estas bacterias se realizan hisopados de vigilancia al momento de la internación a todo paciente que cumpla los criterios de vigilancia enumerados en la recomendación correspondiente.
- Se colocará en la puerta de ingreso a la habitación o en el módulo de la unidad del paciente en la UTI un cartel indicador de la precaución recomendada.
- Estos pacientes estarán en aislamiento hasta obtener el resultado de los cultivos de vigilancia. Durante este período el personal asistencial de la Institución deberá cumplir con la recomendación de los equipos de protección personal acorde a la precaución de aislamiento sugerido al ingresar a la habitación de estos pacientes.
- Para evitar que estas bacterias se depositen en las superficies de contacto dentro de la habitación del paciente, se implementa un estricto protocolo de limpieza utilizando materiales de marcas reconocidas.
- Dado que el uso de antibióticos representa el principal factor de riesgo para la adquisición de bacterias, todas las indicaciones de antibióticos, deben ser supervisadas por el servicio de infectología, prevención y control de infecciones.

### *PACIENTES O FAMILIARES*

Los pacientes y sus familiares pueden colaborar para reducir el riesgo de infección si adoptan las siguientes recomendaciones:

- Pregunte a los profesionales que lo asisten si ellos cumplen con las medidas preventivas antes enunciadas.
- Su médico o el personal de enfermería deberán explicarle el motivo de su aislamiento, el tiempo por el cual deberá permanecer en esa condición y los protocolos a seguir.
- Asegúrese que los profesionales que lo asisten higienicen sus manos con alcohol-gel antes y después de examinarlo. En el caso de no haberlo hecho recuérdelo que lo hagan.
- Asegúrese que todo personal que ingrese a su habitación vista camisolín, cofia, barbijo, botas y guantes mientras usted se encuentra en aislamiento.
- Si requiere traslado para la realización de un estudio tanto el personal que lo traslada como el que le realizará el estudio deben vestir la vestimenta de protección personal.
- Advierta a sus familiares y visitas que higienicen sus manos con alcohol-gel antes y después de la visita.
- Higienice sus manos antes de comer y después usar el baño sobre todo en el caso de haber desarrollado diarrea por *clostridium difficile*.
- En el caso de requerir tratamiento antibiótico asegúrese con su médico de que el tiempo de tratamiento sea el estrictamente necesario (en muchos casos más no es necesariamente mejor).

Medición: Se miden las colonizaciones cruzadas y las tasas de infección asociadas a estas bacterias.

## I) PROGRAMA USO ADECUADO DE ANTIMICROBIANOS

El programa para la gestión del uso de antimicrobianos se diseña con el fin de reducir el impacto ecológico producido por el uso de los antimicrobianos, disminuyendo la presión de selección y alcanzando de la manera más eficiente la mejor calidad asistencial, segura y costo-efectiva dentro del marco ético y filosófico fijado por la institución tratando de:

- Obtener los mejores resultados clínicos en los pacientes sometidos a tratamientos antimicrobianos.

- Optimizar el uso de los antimicrobianos a través de la aplicación de los principios farmacocinéticos y farmacodinámicos (pK/pD) que guían el uso de estos agentes.
- Alargar la vida útil de los antimicrobianos actualmente disponibles al reducir la presión de selección y la consiguiente emergencia de microorganismos multirresistentes.
- Minimizar la probabilidad de aparición de eventos adversos asociados al uso de antimicrobianos.
- Anticipar las posibles interacciones medicamentosas que puedan alterar la efectividad de los antimicrobianos.
- Desarrollar recomendaciones que permitan guiar al médico prescriptor en la toma de decisiones sobre la utilización de antimicrobianos.
- Asegurar la utilización de tratamientos antimicrobianos costo-efectivos ajustando los tiempos de tratamiento y los esquemas combinados.

**ESTRATEGIAS PARA EL DESARROLLO E IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA PARA LA GESTIÓN DEL USO DE ANTIMICROBIANOS:** *El funcionamiento del programa para la gestión del uso de antimicrobianos está basado en una estrategia de mejora continua, contemplando de manera global los distintos aspectos del uso apropiado de los antimicrobianos.*

Gráfico 2: Implementación de un programa para la gestión del uso de antimicrobianos



Fuente: Hospital Universitario Austral. Comité de investigación.

## **COMPONENTES DEL PROGRAMA PARA LA GESTIÓN DEL USO DE ANTIMICROBIANOS:**

- **Adaptación de guías y desarrollo de recomendaciones**

El equipo de trabajo (Infectología, Farmacia, Clínica médica y la UTI) tiene la responsabilidad de adaptar guías, desarrollar recomendaciones y consensuar las mismas con el personal implicado, para lograr estandarizar el manejo de los pacientes con antimicrobianos reduciendo la variabilidad observada.

- **Indicadores para el monitoreo del programa**

Para el monitoreo del presente programa se ha desarrollado un set de indicadores agrupados de la siguiente manera en “Indicadores para el monitoreo del programa para la gestión del uso de antimicrobianos”

- Medición del consumo
- Adhesión a las recomendaciones de profilaxis quirúrgicas
- Adhesión a las recomendaciones de tratamiento de las infecciones

### **J) VACUNACIÓN AL PERSONAL HOSPITALARIO**

Una forma de proteger al personal de salud de los riesgos derivados de la atención de pacientes es a través de la vacunación contra aquellas enfermedades potencialmente contagiosas:

- Gripe
- Sarampión/Rubéola
- Hepatitis B
- Covid – 19

Al vacunar a su personal de salud, también estamos protegiendo a los pacientes, familiares, visitantes y comunidad en general, al reducir el riesgo de transmitir estas enfermedades a personas con condiciones de riesgo como: diabéticos, insuficientes cardíacos, inmunocomprometidos y embarazadas, entre otros.

#### **ESTRATEGIAS:**

- Facilitar el acceso del personal a las vacunas.

- Adquisición de las dosis de vacunas necesarias para cubrir las necesidades del personal.
- Asignación de recursos humanos y materiales específicos para las campañas.
- Difusión a través de distintas vías de comunicación sobre el inicio de la misma.
- Implementación de la campaña.
- Monitoreo y devolución de los niveles alcanzados.

Como lo mido: Evolución del nivel de personal que se vacunó.

## CAPACITACIÓN DEL PERSONAL

Formación en gestión de riesgos: Introducción a la gestión de riesgos para el personal sanitario y no sanitario. Los programas de capacitación serán promovidos por las diferentes áreas que encuentren necesidad de mejorar la calidad del proceso de atención deberán presentar al comité de calidad. Este indicará la prioridad de los mismos, acompañará con su aval la presentación al Comité de Docencia e Investigación, con las recomendaciones apropiadas, para la planificación efectiva de la capacitación solicitada.

En el caso que entre los potenciales docentes que dispone el Hospital, los contenidos del taller/curso, no se encuentren disponibles, se buscará en donde se puede hacer la capacitación o de lo contrario invitar al idóneo en el tema a que de la misma.

## LISTADO DE RIESGOS IDENTIFICADOS

- A- ASISTENCIALES
- B- LABORALES
- C- OPERATIVOS
- D- FINANCIEROS
- E- OTROS

### **3. MARCO EMPÍRICO**

#### **3.1 CAPÍTULO III. DISEÑO METODOLÓGICO**

##### **3.1.1 Diseño de Investigación.**

El presente trabajo se llevó a cabo en el Hospital Provincial de Rosario, Argentina. Se enfoca en una estrategia de gestión integral del riesgo a fin de investigar y elaborar una planificación de calidad, seguridad y gestión con el medio ambiente en la institución de salud de alta complejidad durante el año 2021.

La presentación consta de tres acápites relacionados.

- Abordaje de Gestión Integral del Riesgo – Seguridad del Paciente.
- Plan General Estratégico y de Seguridad 2021-2025.
- Propuestas de calidad, seguridad y gestión con el cuidado del medio ambiente.

En la primera parte, se explicitan las bases conceptuales contemporáneas que sustentan los lineamientos de seguridad del paciente, en la segunda la integración de la seguridad en el plan estratégico hospitalario, imprescindible para relacionar la seguridad y los riesgos en todas las etapas de planificación y en la tercera, su relación con las propuestas de calidad y cuidado del medio ambiente

Se aplicó un diseño cualitativo empleando un tipo transversal ya que, se recolecta información y datos en un tiempo determinado durante los meses del año 2021. Como parte del diseño metodológico, el alcance de la investigación es de tipo descriptivo basando la caracterización del área de estudio, en la información obtenida de los datos recolectados de las fuentes primarias y secundarias antes indicadas como también, es considerado explorativo porque es un tema poco investigado respecto al objeto de estudio con basamento empírico a partir de la aplicación de las técnicas de recolección de datos.

La recolección de la información se llevó a cabo a través de:

1. Fuentes de datos secundarios como:
  - Informes y documentación respaldatoria.
2. Datos primarios tomados directamente en el lugar a través de:

- Observación

### **3.1.2 Población.**

La población de la institución de salud incluye a todos los empleados de la organización, desde el personal administrativo, servicios generales y técnicos hasta el personal médico como también otros profesionales de salud. Además, también se incluye dentro de la propuesta a los pacientes y a registros médicos.

### **3.1.3 Instrumentos de medición y técnicas.**

En la presente propuesta, el trabajo de campo se ha identificado mediante el uso de técnicas tales como la observación directa identificando puntos críticos.

La técnica que se utilizó en la investigación es la siguiente:

- Observación.

## 4. CAPÍTULO IV. DESCRIPCIÓN DEL HOSPITAL.

### 4.1.1 Diagnóstico hospitalario.

El Hospital Provincial de Rosario es un hospital general situado en la ciudad de Rosario con dependencia directa del Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fé.

Es un hospital público de autogestión (HPA) que brinda atención médica en forma igualitaria e indiferenciada a toda la población estando obligado a prestar asistencia a los pacientes carentes de recursos, en forma gratuita en todos sus servicios.<sup>26</sup>

Al ser un hospital de alta complejidad, la dirección debe estar secundada por un consejo asesor técnico y por un consejo de administración con participación social cuyas constituciones, atribuciones, obligaciones e integraciones serán definidas, en cada caso, por la autoridad sanitaria jurisdiccional.

Actualmente recibe aportes presupuestarios que le asigna la jurisdicción provincial para el habitual funcionamiento del mismo de acuerdo con la producción, rendimiento y tipo de población que asiste como también, recibe ingresos que percibe por el sistema de autogestión por el cobro de prestaciones que son administradas directamente por la institución, debiendo establecer a la autoridad sanitaria jurisdiccional el porcentaje a distribuir entre el fondo de inversiones, funcionamiento, mantenimiento, redistribución solidaria y fondo para distribución mensual entre todo el personal del hospital. De este modo, al funcionar como autogestión, los agentes del Sistema Nacional del Seguro de Salud, a que hace referencia el Decreto Nacional 9/93<sup>27</sup> están obligados a pagar, según el sistema automático establecido en este decreto, las prestaciones que sus beneficiarios demanden a los Hospitales Públicos que cumplan con lo prescripto en la presente normativa y estén inscriptos en el Registro Nacional de Hospitales Públicos de Autogestión (HPA).

Fué el primer hospital en Rosario y en el sur santafesino inaugurado el 4 de octubre de 1855, con el nombre de Hospital de Caridad, de la Sociedad de

---

<sup>26</sup> <http://www.sajj.gob.ar/578-nacional-creacion-registro-nacional-hospitales-publicos-autogestion-dn19930000578-1993-04-01/123456789-0abc-875-0000-3991soterced>

<sup>27</sup> <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/decreto-9-1993-11554/texto>

Beneficencia de Rosario. Al momento de su fundación, el hospital estaba fuera de la trama urbana y a la fecha, el hospital es un establecimiento de referencia que ha quedado en el centro de la ciudad con centros de atención primaria distribuidos en el sudeste de Rosario.<sup>28</sup>

La institución presenta una estructura organizacional compleja con diferentes áreas y servicios, todas trabajan realizando un abordaje integral de la salud: Anatomía patológica, auditoría, auditoría de gestión, atención primaria de la salud, bacteriología, camilleros, cardiología, central telefónica, cirugía, gastroenterología, climatización, clínica médica, compras, contaduría, consultorios externos, costurero, cuidados progresivos médicos, dermatología, despacho dirección, destacamento policial, dipaes, dirección, división personal, docencia, ecografía, economato, endocrinología, endoscopia, archivos/historias clínicas, archivos/internación, estadística internación, estadística oficina central, esterilización, facturación, imprenta, farmacia, fisioterapia, fonoaudiología, ginecología, guardia adultos enfermería, guardia adultos admisión, guardia adultos médicos, guardia pediátrica, mucamas, hematología, hemoterapia, herrería, infectología, informática, laboratorio, lactario, lavadero, mantenimiento, maternidad, medicina nuclear, morgue, oxígeno, neonatología, neumonología, obesidad mórbida, odontología, oficina técnica, oftalmología, enfermería central, servicios generales, oncología, otorrinolaringología, área de patios y jardines, internación pediátrica y de adultos, mucamas, pintura, plan sumar, parto, psicología, psiquiatría, neurología, puerperio, quirófano, radiología, registro civil, reumatología, ropería, sala de máquinas, salud laboral, salud mental, samco consultorio, jefatura de servicios generales, supervisión de enfermería, traumatología, trabajo social, tomografía, uco enfermería, uco médicos, uco mucamas, sector gremial, uti, vacunatorio, vigilancia.

Esta amplia variedad de áreas y servicios, trabajan de manera multidisciplinar. Mintzberg (1984) mencionó que la estructura organizacional es el conjunto de todas las formas en que se divide el trabajo en tareas distintas y la posterior coordinación de estas. En lo personal, considero que es un factor clave no solo para mejorar a nivel interno, sino también para garantizar el éxito institucional. Por

---

<sup>28</sup> Memoria Hospital Provincial de Rosario. Historia, balances y estadísticas.

ello es fundamental que tenga una estructura organizativa adecuada para los tiempos actuales.

Actualmente el hospital no cuenta con una planificación propia desde su contexto y realidad en cuanto a estrategias de gestión integral del riesgo en las que pueda alinearse la comunidad hospitalaria. Tampoco cuenta con un comité de calidad y gestión del riesgo, lo que dificulta la labor diaria y pone en juego la seguridad del paciente.

Por lo mencionado, es de gran relevancia esta propuesta donde posicionaría al hospital como pionero en estrategias de gestión del riesgo, en transformación de procesos para lograr calidad, seguridad del paciente y en reducción del impacto ambiental.

## **5. CAPÍTULO V. DESARROLLO DE LA PROPUESTA**

Ante lo investigado y estudiado, queda claro la importancia de la gestión integral del riesgo en instituciones de salud. Por ello, se elabora esta tesis que incluye una propuesta de la autora, de planificación para mejorar el contexto hospitalario, con el fin mitigar los riesgos y poder garantizar calidad, seguridad y el cuidado del medio ambiente.

### **5.1. PLAN GENERAL ESTRATEGICO Y DE SEGURIDAD 2021 – 2025**

El paciente, su seguridad y sus necesidades asistenciales constituyen la razón de ser. Todo el trabajo está orientado al paciente, su familia, su entorno y la comunidad en general.

El Plan que se presenta tiene como objetivos respetar cada larga historia hospitalaria, como organización modelo en el cuidado, seguridad y restablecimiento de la salud, manteniendo la excelencia en la calidad de atención y respeto por los derechos y dignidad de la población, sus familiares y la comunidad en la que están insertos.

El presente plan estratégico y de seguridad orientará sus esfuerzos hacia la consolidación de la misión institucional, basándose en la calidad y seguridad como estrategias esenciales.

Inspirada en valores institucionales como atención orientada al paciente con aseguramiento de la seguridad, mejora continua, competencia, aprendizaje y generación de valor, motor de innovación, trabajo en equipo y compromiso social, podremos avanzar hacia la visión que nos propongamos.

#### **Objetivo general del plan estratégico y de seguridad 2021 - 2025**

Las tendencias actuales en los sistemas de gestión, hacen aconsejable que la planificación estratégica y de la seguridad cuente con un sistema claro, objetivo, evaluable y actualizable de elaboración, que facilite la comprensión y la implicación de las personas.

El planeamiento y el control son inseparables, dos fases de un mismo proceso, pues los planes proporcionan los estándares requeridos para el control. Los administradores deben buscar un equilibrio entre el tiempo destinado al planeamiento y el tiempo utilizado para organizar y controlar.

El entorno, a su vez, inmerso en un cambio incesante y los compromisos fundacionales hospitalarios en la mejora continua de la atención y la seguridad del paciente, hacen aconsejable la realización de un proceso de reflexión estratégica que defina aquellos aspectos claves y necesarios para maximizar el valor que aporte a la sociedad. Además, hacen necesario que esa reflexión se repiense en periodos razonables de tiempo.

Se entenderá entonces a la organización como el proceso por el que la estructura estratégica se adecua a los objetivos, recursos y ambiente en el que se desempeña. Fuenmayor (2002) de forma integral, sugiere que la organización es un sistema de actividades humanas, diseñadas y formalmente realizadas con el propósito de cumplir con un fin prefijado y explícitamente predefinido.

El diseño de la estructura es una importante herramienta de gestión que tiene una dificultad propia, la de estar relacionada con el poder, la seguridad y sus condicionantes en la organización.

La participación de los trabajadores supone a su vez la clave del éxito para alcanzar los objetivos.

Se propone elaborar un Plan Estratégico y de Seguridad, que fortalezca los valores seminales hospitalarios, y permitiese seleccionar las estrategias a desarrollar para asegurar la necesaria innovación y la mejora continua en los próximos años, sirviendo de base a la realización de los planes operativos de gestión anuales que aseguren su consecución.

### Gestión integral de riesgos – sistema de prevención de incidentes de seguridad

La búsqueda de seguridad frente a los riesgos que se dan al brindar los servicios de salud, se toma como un estándar de calidad y es una constante preocupación de quienes gestionan los mismos.<sup>29</sup> Todas las sociedades, han conformado sus sistemas de salud y su organización desde su estructura social, que se encuentra

---

<sup>29</sup>

[https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/54538/9275325820\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/54538/9275325820_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

en constante cambio, sobre todo en época de pandemia, ya que en ella están presentes los procesos sociales que establecen un binomio riesgos-seguridad, como paradigma del cambio contemporáneo del siglo XXI. Se trata de establecer un análisis necesariamente abstracto y sociológico (historia de cada institución de salud), de la relación entre lo estructural, lo no estructural, lo funcional, lo administrativo, la gestión, la dirección, la seguridad y en consecuencia del riesgo con las emergencias a la que se puede ver sometido el Establecimiento de salud. Para ello hace falta llevar a cabo un análisis que permita entender el cuatrinomio: salud-enfermedad-atención-consecuencias.

- La ambición contemporánea de seguridad en el momento mayor de indefensión (enfermedad).
- El creciente riesgo contemporáneo.
- Los avances tecnológicos, de los nuevos conocimientos en todas las ciencias de la salud que condicionan los procesos de atención de las personas enfermas o lesionadas.
- Las consecuencias como resultado del desarrollo del Proceso de Atención en un Establecimiento de salud.

## SEGURIDAD Y RIESGO

Seguridad:

La vida es contingente e incierta, pero la humanidad ha intentado desde siempre dotar a las estructuras sociales de estabildades y certezas. Por lo tanto, la búsqueda de la seguridad es una operación inherente a toda sociedad humana desde el principio de los tiempos, mediante un aprendizaje constante que conecta evolución e instinto de supervivencia.<sup>30</sup>

Esto mismo se expresa en la organización moderna de los Sistemas de Servicios de Salud en base a registrar los errores y los eventos adversos que se pueden producir y los que se causan para, agruparse en post de la defensa individual y colectiva, dotando a los establecimientos de salud de más seguridad. Cuando nos ponemos a investigar cada una de las actividades del proceso de atención de las

---

<sup>30</sup> <https://dsp.facmed.unam.mx/wp-content/uploads/2022/02/ADISS2016-493.pdf>

personas en un Establecimiento de salud entendemos que estamos expuestos a mayores riesgos de eventos adversos que producen algún daño o pérdida.

Realidad y percepción:

La seguridad es realidad y construcción social, es un dato objetivo y cierto, que se puede o no percibir, ya que las sociedades modernas nos dan mayor riqueza y bienestar, pero se exponen a mayores riesgos y también a una construcción subjetiva de convivir con los riesgos. Por ello la seguridad es, realidad y percepción.

La construcción social de los riesgos se basa en cómo se perciben:

- Conjunto de creencias, hábitos, costumbres, mitos, historia laboral de las Instituciones de salud.
- Actitudes en cuanto a la posición moral y sus valores (adhesión moral).
- Juicios, afirmaciones supuestamente basadas en datos.
- Sentimientos que adoptamos frente a potenciales peligros como las nuevas tecnologías, la incorporación y el desarrollo de los recientes avances científicos, las nuevas modalidades de gestión, etc.

De las consecuencias que comportan la percepción de riesgo implica siempre un comportamiento humano:

- Previo al riesgo (causante del mismo).
- Posterior al riesgo.

Dependiendo del contexto social:

- Alta o baja probabilidad de ocurrencia
- Alta o baja gravedad.
- Alta o baja percepción: dando importancia a los indicadores que utilizamos para definir y medir el riesgo.

Por lo tanto, la importancia de los constructores de la percepción: agentes que intervienen en la producción social del riesgo y sus racionalidades.

Agentes/racionalidad científico técnica: el discurso técnico (los parámetros e indicadores que legitiman o no el riesgo)

Agentes/racionalidad político gestora (el discurso político)

Agentes/racionalidad social (los implicados a toda la sociedad vía amplificadores).

### Factores individuales de percepción del riesgo

Experiencia en situaciones de riesgo

Mecanismos de autoprotección: pasiva (no salir) o activa (salir protegido).

Voluntariedad con que uno se somete al riesgo (riesgo aceptado vs. riesgo aceptable)

Predisposiciones individuales

Factores sociales

Grupo de referencia

Las representaciones sociales (modelos culturales)

### Ambición contemporánea de seguridad en el momento mayor de indefensión

La seguridad se enmarca dentro de un amplio fenómeno social, que es el incremento de la demanda de seguridades: “la ambición de seguridad”.

La búsqueda de seguridad forma parte de la experiencia humana y deriva de la existencia del riesgo (fundamentalmente del riesgo de pérdida) y de la búsqueda y producción de seguridad. De este concepto aparece el lema de la OMS “Hospitales Seguros”. “Pacientes Seguros”.<sup>31</sup>

Hoy se ha multiplicado, se está transformando en la ambición contemporánea de seguridad que deriva del incremento del bienestar, ya que la seguridad es una variable claramente asociada con la calidad de vida. Por dos razones como mínimo:

- Más personas que demandan atención de calidad por enfermedades o lesiones

<sup>31</sup> <https://iris.paho.org/bitstream/10665.2/34537/1/OPSAhora112005-spa.pdf>

- Establecimientos más capacitados en la protección de los pacientes, del personal, de la Institución y del ambiente.

Cada incidente se resuelve con el incremento de los niveles de seguridad: vivimos en una epifanía de la seguridad.<sup>32</sup>

### Impacto reciente en nuestro País

Remueve emociones de mucho impacto vital, y es un sentimiento relativamente nuevo en nuestra sociedad porque ha penetrado con fuerza deviniendo una auténtica realidad, porque, aunque no fuera real, sus efectos sí lo son.

La inseguridad, ha entrado a nuestras vidas repentinamente y con fuerza. Su potencial estriba en qué su penetración ha sido doble: por un lado, a través de la fuerza explicativa de un mito “el hospital es un sitio seguro”, y por otro lado a través de una ideología contemporánea: la ideología de la seguridad. Hay niveles de seguridad que alcanzan cada vez más espacios de la vida y la convivencia social: la alimentación, economía, educación, movilidad, familia, sexual, del sistema de salud, mediante la integridad sanitaria: que abarca al paciente, su familia, su entorno, al personal, a la Institución y al ambiente.

Aun así, el espacio privilegiado de la seguridad lo constituye la intimidad y la integridad personal, sobre todo con respecto a las prácticas profesionales, los medicamentos, etc., que provocan sufrimiento en pacientes y familiares, y a los referidos a los procesos de atención respecto al personal, con dos requisitos:

- Aleatorios: imprevisibilidad.
- Probables: que puede pasar.

### Características del riesgo contemporáneo

Muchos de los nuevos riesgos son globales más intensos y cada vez menos reversibles y visibles, ya que pueden afectar a grupos sociales durante mucho tiempo.

Los nuevos riesgos superan la capacidad de los sistemas expertos actuales desarrollados en las instituciones de salud para prever o controlar sus consecuencias.

---

<sup>32</sup> <https://www.paho.org/es/emergencias-salud/hospitales-seguros>

Cada vez resulta más difícil definir los niveles aceptables de riesgo en Instituciones de salud.

Las nuevas situaciones de incertidumbres y riesgos piden un continuo cuestionamiento de las racionalidades.

Los nuevos riesgos en salud se extienden por todas las clases sociales.

El riesgo afecta el futuro más que al presente o ¿ya afecta el presente como una constante?

¿El riesgo será una gestión de la ciencia?

**TODOS ESTÁN PRESENTES EN EL SISTEMA DE SALUD ARGENTINO.**

### Riesgo:

Contingencia desfavorable, incertidumbre derivada de una actuación, peligro incierto, es decir, vulnerabilidad: probabilidad de daño o pérdida.<sup>33</sup>

El daño o pérdida se puede medir a través de indicadores: años de vida potenciales perdidos, (AVPP), lesiones personales, muertes, discapacidades, mayores días de internación, etc.<sup>34</sup>

Fuente de peligro: aquello que con su uso o su presencia genere un riesgo. Estos objetos se utilizan porque pesan más como productores de otras utilidades (rapidez, mejora o curación de enfermedad o lesiones) que como productores de riesgos: el riesgo no deja de ser un efecto secundario (que puede ser puntual o permanente).

### Incremento de los factores de riesgo

1. Cuantos más objetos de riesgo y más utilidades: más riesgo.
  2. Uso intensivo de los objetos de riesgo.
  3. De efectos secundarios latentes a efectos secundarios visibles: infección hospitalaria, intervenciones quirúrgicas erróneas, etc.
  4. Falta de políticas, planes y programas de seguridad y/o de gestión integral del riesgo en establecimientos de salud.
- Externalidades negativas: falta de insumos, medicamentos, inestabilidad económica, etc.

<sup>33</sup> <http://www.gencat.cat/mediamb/revista/rev24-cast.htm>

<sup>34</sup> Factores de riesgo y determinantes de la salud. (2013). Revista de Salud Pública, (XVII).

- Falta de información o desfasada en el tiempo para la toma oportuna de decisiones.
- Información asimétrica.

### Mayor seguridad vs. Mayor riesgo

Se ha visto un gran esfuerzo en los últimos años, a cambio ha aparecido la inseguridad como un efecto no deseado, un efecto perverso de nuestro esfuerzo, como una condena inexplicable. En el riesgo interviene un poderoso componente mitológico: estamos condenados a no poseer aquello que tanto queremos y merecemos: la seguridad en todos los ámbitos de la vida, en especial en la situación de mayor indefensión como es la de estar internado por un problema de salud.

Consecuencias:

Ideología de la seguridad: coloca a esta situación en el Sistema de Salud por encima de toda la vida social, sobrevalorándola cada vez más.

Efecto no deseado: una excesiva preocupación en su búsqueda, al precio que sea y cueste lo que cueste, puede comportar a intolerancia y actitudes primarias e irracionalmente punitivas y por lo tanto estigmatizadoras hacia los problemas que generan inseguridad.

Incremento de la demanda de control: cada vez mayor control, contratación de empleados de vigilancia, (seguridad privada), mayores controles en cada uno de los niveles de atención, en cada uno de los conocimientos (médicos, enfermeros, odontólogos, nutricionistas, psicólogos, etc.).

### El futuro

- a. Seguirá creciendo el bienestar y la información, por lo tanto, seguirá creciendo la demanda de seguridad en los establecimientos de salud.
- b. Necesidad de disponer de políticas de gestión de riesgos en los establecimientos de salud en búsqueda mayor seguridad.
- c. El riesgo cero es imposible, aunque la gente no lo crea. Nos queda como gran tarea el diseño y la implementación de la educación en la gestión integral de los

- riesgos y de la aceptación de los riesgos mínimos (no erradicables) en los hospitales, clínicas, sanatorios, unidades sanitarias, etc.
- d. La ambición de la seguridad genera una demanda y un nuevo sector de oferta y servicio en la gestión integral de los riesgos.
  - e. Tensión entre recuperación de la salud durante la internación con niveles aceptables de seguridad durante el proceso de atención.
  - f. Incremento de los riesgos del personal de los establecimientos de salud de ser destinatarios de la violencia instalada en la sociedad.
  - g. Mayor y mejor protección de los actores y el medio vulnerable: pacientes, familiares, personal y del medio ambiente.

#### INVESTIGACION Y PREVENCIÓN DE INCIDENTES DE SEGURIDAD, EVENTOS ADVERSOS Y CUASI – ADEVERSOS:

Necesidad de efectivizar una Gestión Integral de Riesgos. Nos preguntamos ¿Por qué es importante?

La indiferencia con que la población y ciertas instituciones responsables, suelen reaccionar ante las posibles situaciones de riesgos que producen emergencias y desastres hacen dificultosa la incorporación de los criterios de Gestión Integral de Riesgos en la planificación estratégica de una Institución, ciudad, región o de un país a pesar de que estas actividades debieran ser consideradas como propias, para el desarrollo.

Es importante entender esta indiferencia para poder desarrollar una apreciación realista de las limitaciones que se imponen en la tarea de la planificación de la Gestión Integral de Riesgos y evaluar la manera de evitar o modificar tal apatía.

Se debe tener en cuenta:

- Ignorancia de los riesgos existentes, tanto por parte de los beneficiarios, familiares y población general, así como de algunos organismos y organizaciones tanto gubernamentales como no gubernamentales.
- Falta de medidas de prevención coherentes, visualizadas por la inexistencia de la integración horizontal de los distintos componentes de las estructuras del Sistema de Salud.

- Falta de coordinación entre los organismos dependientes del Gobierno en la planificación de las medidas de prevención, mitigación y asistencia ante los riesgos que provocan eventos adversos que en el máximo de su expresión llegan a generar emergencias o desastres.
- Relación interinstitucional habitualmente dificultosa, entre los distintos componentes del sector público y el sector privado, lo que origina superposición de tareas con falta de claridad a la hora de actuar tanto en las medidas de prevención, como en la respuesta ante los Riesgos y sus consecuencias.
- Menosprecio de los efectos de los riesgos no gestionados.
- Exceso de confianza en la tecnología.
- Esperanza de que funcione la planificación escrita, que está referida no solo a la respuesta y que habitualmente no se actualiza anualmente, ni se practica mediante simulaciones o simulacros.
- Combinación de fatalismo y negación acerca de la ocurrencia de situaciones de emergencias, por lo que en el imaginario popular la preparación para estos casos es inútil.
- Estas mismas creencias determinan, en numerosas ocasiones, la indiferencia política en el tema, al no exigir las autoridades hospitalarias el correcto diseño, implementación, adecuación y revisión de planes construidos con las premisas de la Gestión Integral de los Riesgos.
- Dificultad de garantizar los beneficios de la Gestión Integral de Riesgos, ya que el riesgo gestionado no se pone en evidencia, ya que no eclosiona. Aunque hay indicadores que permiten comparar el antes con el después, si es que hubo mediciones ciertas de los eventos ocurridos previos a la instalación de la Política de Gestionar Riesgos.

### Riesgos asistenciales

#### Definiciones:

#### ERROR ASISTENCIAL

Es la falla para completar una acción tal como fue planeada o el uso de un plan erróneo para lograr el objetivo.<sup>35</sup>

---

<sup>35</sup> Thierer J. Error medico error humano Revista SAC. 2017

No todos los errores producen daño o lesiones.

Pueden ser producidos por personal asistencial o no asistencial.

## EVENTO CENTINELA

Es un suceso imprevisto que implica la muerte o pérdida permanente y grave de una función física o psicológica, no relacionada con el curso natural de la enfermedad o del problema subyacente del paciente.

### ¿Qué hacer?

Cualquier integrante del equipo de salud que detecte un evento centinela debe reportarlo inmediatamente al jefe del área/servicio.

Este a su vez debe comunicarlo a la dirección médica y al comité dentro de las 24 hs de ocurrido.

## LISTADO DE EVENTOS

### A) CENTINELAS. SON DE COMUNICACIÓN OBLIGATORIA

#### ¿Cuáles son?

#### *1.- Eventos provocados por la realización de prácticas quirúrgicas.*

1.1. Cirugía realizada en lugar del cuerpo equivocado.

1.2. Cirugía realizada en paciente equivocado.

1.3. Procedimiento quirúrgico inconveniente realizado a un paciente.

1.4. Retención involuntaria de un cuerpo extraño en un paciente después de la cirugía u otro procedimiento.

1.5. Muerte del paciente ASA I en el intraoperatorio o en el postoperatorio inmediato.

#### 2.- Eventos producidos por la utilización de productos o dispositivos biomédicos

2.1. Muerte del paciente o discapacidad asociada con el uso de medicamentos contaminados, dispositivos o productos biológicos proporcionados por el Hospital.

2.2. Muerte del paciente o discapacidad grave asociada con el uso o función de un dispositivo utilizado durante el cuidado del paciente.

2.3. Muerte del paciente o discapacidad asociada con una embolia gaseosa intravascular que se produce durante el cuidado del paciente.

### 3.- Eventos relacionados con la protección del paciente

3.1. Entrega de un paciente inconsciente a una familia equivocada al momento del alta.

3.2. Muerte del paciente o discapacidad grave asociada con la fuga del mismo en el Hospital.

3.3. Suicidio o intento de suicidio de un paciente durante el período de internación.

### 4.- Eventos durante el proceso de atención durante la internación

4.1. Muerte del paciente o discapacidad grave asociada con un error de medicación: administración de medicamento equivocado; dosis incorrecta; paciente equivocado; horario equivocado; preparación o vía de administración incorrecta.

4.2. Muerte del paciente o discapacidad grave asociada con una reacción hemolítica debido a la administración de sangre o hemoderivados incompatibles.

4.3. Muerte del paciente o graves discapacidades asociadas con hipoglucemia ocurrida durante el tratamiento del paciente en el hospital.

4.4. Muerte o discapacidad grave asociada a técnicas de la manipulación de la columna vertebral.

4.5. Ulceras por presión en estadios 3 y 4 adquiridas durante la internación del paciente en la Institución.

4.6. Muerte o discapacidad grave ocurrida a causa de un episodio de paro cardiorrespiratorio en un paciente internado en áreas diferentes a las de cuidados intensivos y que no estuviere internado solo para cuidados paliativos.

4.7. Muerte o discapacidad grave ocurrida luego de una descompensación súbita e inesperada de un paciente que no se encuentre en la unidad de cuidados Intensivos.

4.8. Muerte o discapacidad que asociada o asociada a neumotórax secundario a procedimiento invasivo.

5.- Eventos producidos por actividades que se realizan con elementos de las áreas estructural y no estructural del hospital.

5.1. Muerte y paciente o discapacidad grave asociada con una descarga eléctrica ocurrida durante la internación hospitalaria.

5.2. Cualquier incidente en el que la línea designada para la administración de oxígeno u otro gas contenga un gas equivocado o se encuentra contaminada con sustancias tóxicas.

5.3. Muerte o discapacidad grave asociada con quemadura generada por cualquier tipo de fuente, mientras el paciente es asistido en la Institución.

5.4. Muerte o discapacidad grave asociada a caídas mientras el paciente es atendido en la Institución.

5.5. Muerte o discapacidad grave asociado con el uso de restricciones físicas o barandas durante la asistencia en el hospital.

6.- Eventos Adversos producto de hechos delictivos

6.1. Cualquier instancia de la atención indicada o proporcionada por una persona que se haga pasar por un médico, enfermera, farmacéutica u otro profesional de salud con licencia sin estarlo realmente.

6.2. Secuestro del paciente de cualquier edad.

6.3. Abuso sexual o violación de un paciente en el predio de la Institución, dentro o fuera del edificio.

6.4. Muerte o lesiones de un paciente por un miembro del personal como consecuencia de violencia física producida en el predio de la Institución (dentro o fuera del edificio).

7.- Otros

Todo Evento que produzca la muerte o discapacidad grave que no esté enumerado en este documento.

#### B) EVENTO ADVERSO

Es la lesión o daño no intencional ocasionado a un paciente por la intervención asistencial ejecutada con o sin error y no relacionada con la patología de base.

#### C) CASI FALLA. CASI EVENTO (NEAR MISS)

Es la situación en la que la intervención médico-asistencial se ejecuta con error, por acción o por omisión, pero como resultado del azar, de una barrera de seguridad o de una intervención oportuna no llega al paciente.

### Sistema de investigación y prevención de incidentes de seguridad

REPORTE: Sistema de reporte voluntario y confidencialidad al alcance de todo el personal hospitalario. El objetivo de este sistema es: Identificar, describir y reportar los Riesgos que pueden provocar incidentes, accidentes, eventos adversos y casi fallas, que incluyen errores médicos.

¿Quién reporta? Cualquier persona, sin distinción de títulos o cargo podrá reportar los Riesgos que identifica y además los incidentes, accidentes, eventos adversos, casi fallas, ocurridas durante el transcurso del proceso de atención de los pacientes, de los procesos administrativos, de los de apoyo y los de la Dirección independientemente del área en donde desarrollan sus actividades.

¿Cómo hacer el reporte de un evento centinela o adverso?

Utilizando un formulario diseñado a tal fin que luego debiera ser entregado al jefe inmediato, o entregarlo o enviarlo por e-mail al comité y mesa de entradas del hospital.

Efectuar reporte anónimo o firmado por escrito y depositarlo en cualquiera de las urnas que se encontrarán a disposición en sectores del hospital.

¿Cómo se analiza?

Tratamiento confidencial si así lo requiere.

Su participación aporta al progreso Institucional, mediante su colaboración en mejoras de la calidad del proceso de atención. Nunca se llamará la atención o se sancionará al personal, al contrario, existirá un reconocimiento Institucional al personal que hace el reporte por el aporte que hace para instrumentar las medidas correctivas para mejorar la calidad del proceso de atención hospitalario.

### Análisis: Causa-Raíz

Para estos efectos es obligatorio llevar un completo registro cronológico de todos los accidentes e incidentes que ocurrieren generando Eventos Adversos.

Análisis de las causas radicales (ACR): circunstancias en que ocurrió el hecho, diagnóstico y consecuencias permanentes si las hubiere.

¿Qué ocurrió?

¿Quién estuvo involucrado?

¿Cuándo ocurrió?

¿Dónde ocurrió?

¿Qué tan grave fue el daño real o potencial del evento?

¿Cuál es la probabilidad de su recurrencia?

¿Cuáles fueron las consecuencias?

¿Cuáles fueron las causas?

¿Quiénes estuvieron involucrados?

¿Cuánto tiempo había trabajado el empleado cuando ocurrió o lo detectó?

¿El lugar de desempeño es el habitual?

¿Se alteró la fecha de alta del paciente? ¿En Cuánto tiempo?

Firma de denunciante optativa.

El libro rubricado se encontrará en mesa de entradas.

A esto se le debe agregar los daños ocasionados una vez que se termine de estudiar el grado de complejidad que tiene el evento adverso. Entre estos datos es importante expresar si el dañado está centrado en él:

Trabajador: tiempo de trabajo perdido expresado en días u horas.

Paciente: tiempo de mayor estada en la internación, daños objetivables, discapacidad, etc.

Hospital: mayor costo en el tratamiento, obstáculo para nuevas internaciones, etc.

Ambiente: ¿necesita remediación? ¿Qué tipo?

Establecer el índice de frecuencia mensual y de gravedad cuando sea solicitado, pero en ningún caso por períodos superiores a los 6 meses. Toda esta información será suministrada al comité cuando este lo requiera.

El Comité tomará esta información de los antecedentes, como un medio oficial de evaluación de resultado de su gestión. A su vez podrá si lo considera necesario solicitar información adicional como tasas promedio, anuales o en determinados períodos, tasas acumulativas o en período dado; resúmenes informativos mensuales, etc. Siendo obligatorio proporcionarla.

## Listado de incidentes. Reporte orientativo

### a. RIESGOS ASISTENCIALES

#### 1.- Diagnóstico médico.

1.1. Diagnóstico médico equivocado.

1.2. Diagnóstico médico retrasado.

#### 2. Medicación (haya o no llegado al paciente).

2.1.- Indicación médica errónea.

2.1.1 Paciente equivocado.

2.1.2 Fármaco incorrecto.

2.1.3 Vía de administración equivocada.

2.1.4. Dosis incorrecta.

2.1.5. Horario o frecuencia incorrecta.

2.1.6. Otros.

2.2.- Dispensación farmacéutica errónea.

2.2.1 Paciente equivocado.

2.2.3. Fármaco incorrecto.

2.2.4. Presentación equivocada.

2.2.5. Dosis incorrecta.

2.2.6. Horario o frecuencia incorrecta.

2.2.7. Otros.

2.3.- Administración enfermería equivocada.

2.3.1. Paciente equivocado.

2.3.2. Fármaco incorrecto.

2.3.3. Vía de administración equivocada.

2.3.4. Dosis incorrecta.

2.3.5. Reconstitución incorrecta.

2.3.6. Horario o frecuencia incorrecta.

2.3.7. Monitoreo incorrecto.

2.3.8. Otros.

### 3.- Caída de los pacientes.

3.1. De la cama.

3.2. De sillas o sillones.

3.3. Por tropiezos o resbalones.

3.4. Por pérdida de la conciencia o por hipotensión.

3.5. Otros.

### 4.- Extracciones accidentales de dispositivos (generada por el personal de salud o por el propio paciente).

4.1. Extubación no programada.

4.2. Retiro no programado de accesos venosos centrales o periféricos.

4.3. Retiro no programado de catéteres diagnósticos o de monitoreo.

4.4. Retiro no programado de drenajes de cualquier tipo.

4.5. Retiro no programado de sondas de cualquier tipo.

### 5.- Dietas.

5.1.- Dieta prescrita incorrectamente.

5.1.1. Paciente incorrecto.

5.1.2. Dieta incorrecta.

5.1.3. Frecuencia u horario incorrecto.

5.1.4. Vía incorrecta.

5.1.5. Otros.

5.2. - Dietas dispensada incorrectamente.

5.2.1. Paciente incorrecto.

5.2.2. Dieta incorrecta.

5.2.3. Frecuencia u horario incorrecto.

5.2.4. Vía incorrecta.

5.2.5. Otros.

5.3. - Dieta administrada incorrectamente.

5.3.1. Paciente incorrecto.

5.3.2. Dieta incorrecta.

5.3.3. Frecuencia u horario incorrecto.

5.3.4. Vía incorrecta.

5.3.5. Otros.

6.- Identificación del paciente.

6.1. Procedimiento, o tratamientos o estudios prescritos, reportados o administrados a un paciente que no tenía indicación de estos.

6.2. Error en la carga de los datos del paciente al momento de ingresarlo a la Historia Clínica o colocarle la identificación.

6.3. Desliz en la verificación de la identidad del paciente antes de realizar cualquier procedimiento.

7.- Procedimientos.

7.1. Procedimientos prescritos o realizados a un paciente que no tenía indicación clínica de ellos.

7.2. Realización de un procedimiento en un lugar del cuerpo incorrecto con una técnica o preparación errónea.

7.3. Daño innecesario generado a partir de la realización de cualquier procedimiento.

8.- Otros.

8.1. Daño innecesario producido a los pacientes a partir de cualquier práctica o técnica profesional (excluir infección intrahospitalaria).

8.2. Todo error, evento adverso, casi falla, figure o no en el listado previo, que sin haberlo hecho tuviera la potencialidad real de generar daño de cualquier magnitud a un paciente que se encontrase dentro del hospital

b. RIESGOS LABORALES

1.- Elementos punzo cortantes.

1.1. Manipulación.

1.1.1. Apertura del envoltorio incorrecto.

1.1.2. Introducción de las agujas y mandriles de los catéteres de teflones en las camisas incorrectamente.

1.1.3. Utilización de ciertos elementos para tareas que no están descritas en los procedimientos.

1.1.4. Uso apresurado de estos elementos por falta de previsión en la organización de las tareas.

1.1.5. Olvidos en sitios de trabajo.

1.1.6. Descarte en lugares incorrectos.

1.1.7. Acopio desordenado en áreas de preparación de medicación, tanto en las oficinas de enfermería como en los consultorios.

Es importante establecer un programa específico de capacitación continua para todo el personal que pueda utilizar elementos punzo cortantes como forma de prevención de lesiones.

## 2.- Conversión serológica.

2.1. Limpieza de instrumental quirúrgico utilizado y contaminado con sangre y restos orgánicos.

2.2. Utilización de mesadas de trabajo para tareas de enfermería incorrectamente por otro personal del equipo de salud.

2.3. Uso incorrecto de la protección personal indicada en los protocolos.

2.4. Utilización inadecuada de los elementos punzo cortantes.

2.5. Mala técnica en el retiro de sondas, catéteres, agujas, drenajes, etc.

2.6. Falta de protección apropiada en la toma de muestras de sangre y orina.

## 3.- Lesiones por la utilización de equipos potencialmente peligrosos.

3.1. Ruptura de cabezales de los manómetros de oxígeno de los poliductos de gases.

3.2. Manipulación incorrecta en el traslado de tubos de oxígeno y de CO<sub>2</sub>.

3.3. Ruptura de cabezales de tubos de oxígeno de reserva.

3.4. Desplazamiento de camillas fijas pesadas.

3.5. No utilización de equipamiento protector en el área de Imágenes.

3.6. Camillas inadecuadas para pacientes robustos, ya que el personal soporta al paciente para que no caiga.

3.7. Mala manipulación de ropa sucia en pacientes aislado.

## 4.- Lesiones por la utilización de sustancias corrosivas.

4.1. Uso inadecuado de ácidos en los consultorios de ginecología y dermatología.

4.1. Manipulación incorrecta de hidrógeno líquido en iguales consultorios.

### c. RIESGOS GENERALES

1.- Riesgos de caídas.

1.1. Por superficie mojada.

1.2. Por derrame de siliconas.

1.3. Por falta de superficie antideslizante en los laterales de las duchas de las habitaciones.

1.4. Por inadecuada protección del paciente de los elementos de seguridad del baño de las habitaciones.

2.- Riesgos de accidentes por la utilización de escaleras.

2.1. Falta de adecuada iluminación.

2.2. Escalones de mayor altura que lo habitual.

2.3. Falta de señalética para desalentar el uso de las escaleras a los adultos mayores.

3.- Riesgos de accidentes por el uso de medios mecánicos de elevación.

3.1. Traumatismos por cierre brusco de las puertas.

3.2. Personas encerradas entre pisos por fallas técnicas.

4.-Riesgos por Incendios.

4.1. Señalética de los sitios de evacuación en cada piso incorrectos.

4.2. Falta de señales orientativas en las escaleras externas para estos eventos.

4.3. La evacuación de las personas para casos incendios pasa por el restaurante de planta baja.

4.4. El personal de las áreas de internación es escasa para cumplir con el plan de incendios.

4.5. Entrenamiento parcial en simulaciones y simulacros del personal para actuar en evacuación.

### Objetivos del sistema de la comunicación de incidentes de seguridad

Confidencialidad y difusión de resultados:

La captura de datos puede ser anónima, o con restricciones para el acceso (por ejemplo, mediante códigos). La publicación de datos, de ser necesaria, también debe hacerse en forma anónima con el mínimo nivel de exposición, PARA CENTRAR EL ENFOQUE EN EL APRENDIZAJE, A LOS EFECTOS DE EVITAR LA REPETICIÓN DE HECHOS IGUALES O PARECIDOS AL DENUNCIADO.

Como sea, en caso de producirse algún evento adverso, el paciente debiera ser informado.

Debe estar resuelto:

- La confiabilidad del autodiagnóstico o auto - reporte de eventos por parte de los pacientes.
- La confiabilidad de la verificación de casos por parte de distintos estamentos profesionales o del personal del hospital.
- La efectividad de los sistemas basados en los datos de rutina en comparación con otras formas de recolección especiales o de notificación voluntaria.

Resumen de características del sistema de notificación:

- No punitivo: las personas que notifican están libres del miedo a represalias o sanciones como resultado de la notificación. Salvo cuando el evento adverso produzca un “daño grave”. En estos casos la dirección médica y/o el concejo de administración realizará la denuncia penal correspondiente.
- Confidencial: la identificación del paciente, del notificador y del hospital nunca serán reveladas a terceras personas.
- Independiente: El programa es independiente de poder recomendar a la conducción, modificaciones en el proceso de atención y en los procedimientos que se realizan en el hospital.

Por otro lado, la dirección médica deberá reconocer a cada agente que denuncie eventos adversos un reconocimiento por acercar la información a los efectos de producir los mecanismos de resolución de dicho evento, además de la aplicación de las correcciones oportunas y el diseño del plan preventivo para evitar su repetición y como mejorar la calidad el proceso de atención del hospital.

¿Por qué debemos vigilar y medir nuestros eventos adversos?

Los beneficios potenciales son dos:

1. Aprender de lo encontrado, es decir, detectar brechas en la calidad de la atención que pudieran servirnos para prevenir nuevos eventos. Ello supone que a partir del análisis de los eventos podamos detectar los factores humanos, organizativos u otros que contribuyeron a su aparición, de manera de poder intervenir sobre ellos y reducir el riesgo. Para esto la sensibilidad, precisión y confiabilidad de la medición puede no ser tan importante, ya que, aunque la cifra de eventos no sea demasiado exacta, se pueden realizar mejoras a partir de lo que logremos detectar.
2. Evaluar tendencias y comparar nuestras tasas de eventos con algún patrón externo. Objetivar el desempeño. En este objetivo se necesita contar con datos lo más precisos posible.

Se propone despejar lo siguiente: ¿Qué tipo de vigilancia aplicar?

La evidencia disponible en la revisión bibliográfica nos muestra que hay distintos modelos de vigilancia de eventos adversos conocidos:

- Los sistemas de notificación voluntaria de rutina tienen muy baja sensibilidad, en comparación con los de la revisión de historias clínicas (HC), por lo que omiten una proporción importante de eventos efectivamente producidos. La sensibilidad es del 10% aunque referida a los eventos más graves puede ser mejor.
- Los sistemas basados en la revisión de HC puede detectar porcentajes superiores al 70% de los eventos, cuando se comparan con los detectados con una combinación de sistemas.
- Los sistemas basados en la ejecución de cortes transversales (estudios de prevalencia, los datos se obtienen realizando una medición en un día) tienen una sensibilidad muy inferior a los métodos basados en revisiones prospectivas (los datos se obtienen durante la hospitalización del paciente) o retrospectivos (mediante revisión de las HC) De la experiencia se observa que de los métodos prospectivos se detectan más casos prevenibles que los retrospectivos.
- Es importante conocer que los eventos adversos detectados por un método no lo sean por el otro, de forma que el uso de varios métodos combinados aumenta

considerablemente la sensibilidad, y no implica duplicar el esfuerzo innecesariamente.

- Muchos de los eventos adversos denunciados o descubiertos en los sistemas en uso no se asocian necesariamente a daño.
- Existen herramientas informáticas de monitoreo de eventos en las bases de datos de las HC, basadas en la detección de códigos trazadores o de procesamiento del lenguaje natural (detectar palabras como “complicaciones”), que son efectivas y no demandan gran carga de trabajo.

¿Qué eventos vigilar?

Al decidir el tipo de evento a incluir en el sistema debemos considerar:

- Distinguir los eventos adversos que son considerados las complicaciones propias de la patología del paciente, no asociadas al proceso de atención. Esta distinción es compleja y muchas veces imposible.
- Incluir solo eventos con daño, o bien agregar los errores o incidentes (“near misses”). Estos son acciones u omisiones que no llegaron a producir daño, por azar o por otras medidas de prevención o mitigación.
- La gravedad de los eventos adversos: solo graves o todos. La epidemiología de los eventos adversos se parece a una pirámide invertida: en la punta están los de daño grave; por cada uno de ellos, varias decenas de eventos que generan daño leve; en la base cientos de incidentes sin daño asociado.

En esta etapa del comienzo, la intención es incorporar a todos ya que, esto nos va a permitir tomar decisiones de prevención y mitigación adecuadas, para que no se incremente el extremo de la pirámide con eventos que producen daño grave. Luego de disponer la información de todos los eventos adversos detectados por los distintos mecanismos durante un (1) año se considerará el rumbo a tomar, o sea seguimos con esta metodología o solo registramos los graves.

Sistemas de vigilancia y notificación de eventos adversos

- La vulnerabilidad de los eventos: todos, ya que la dificultad práctica en el caso de los prevenibles, es que debemos investigar caso por caso.<sup>36</sup>
- Áreas de la atención a los que están asociados: uso de medicamentos, accidentes, incidentes, infecciones, quirúrgicos, todas, etc.
- Criterio de inclusión: debe responder a la siguiente pregunta: ¿qué voy a hacer con este dato? ¿Si mido la ocurrencia de ese evento, permite mejorar la calidad y seguridad del proceso de atención?
- Estandarizar las definiciones: la diversidad de definiciones para los distintos eventos adversos dificulta la estandarización de las mediciones y las comparaciones entre estudios o Instituciones. Por ello es importante que las definiciones que se adopten sean:
  - Consensuadas con los profesionales. Estandarizadas y conocidas por todos los involucrados.
  - De uso universal o habitual o las recomendadas por el Ministerio de Salud.

### Pauta para elaboración del sistema de vigilancia de eventos adversos

Para cada evento adverso a vigilar, se debe seguir las siguientes pautas:

1. Defina el objetivo de la vigilancia
2. Defina el evento (definición operacional)
3. Defina y describa el sistema de detección de los casos, incluyendo:
  - a. Quién notifica
  - b. A quién notifica
  - c. Cómo notifica
  - d. Cómo detecta el caso
  - e. Qué fuentes de información utiliza
4. Defina cómo se presentará y analizará la información obtenida
5. Defina cómo y a quién se difundirá la información

### Propuesta de capacitación para el personal acerca del sistema de prevención de incidentes de seguridad

---

<sup>36</sup> [https://www.supersalud.gob.cl/observatorio/671/articles-6921\\_recurso\\_1.pdf](https://www.supersalud.gob.cl/observatorio/671/articles-6921_recurso_1.pdf)

La propuesta de capacitación dirigida al personal acerca del sistema de notificación tendrá una impronta específica en la práctica de su implementación en terreno, su desarrollo se efectuará de manera continua y discrimina cada modalidad operativa del personal (ej.: administrativo, asistencial, de apoyo técnico, mantenimiento, etc.).

Siempre se comunicará las novedades y modificaciones introducidas en el Programa de capacitación para el personal acerca del sistema de prevención de incidentes cada vez que se produzcan.

Esto significa que estamos decididos a controlar el programa y a evaluar los resultados. El programa no será rígido, sino que se considera un elemento de trabajo esencialmente variable y sujeto a cambios. En la medida que se cumplen etapas, se incorporarán otras nuevas y podrán introducirse todas las modificaciones que la práctica, los resultados o nuevos estudios aconsejen.

Por otro lado, nos obligamos a capacitar en la Gestión Integral de Riesgos a todo personal que ingrese al ámbito hospitalario y a recertificar a los que ya han recibido la capacitación básica en función de los adelantos tecnológicos incorporados a la Institución y a la evidencia del conocimiento actualizado para cada una de las modalidades operativas del establecimiento.

El director/a del programa de capacitación permanente informará periódicamente al comité y a la dirección médica los resultados de los conocimientos adquiridos por los participantes de los diferentes cursos. Cuáles son los cambios de actitud y los resultados de los mismos, a través de la construcción de indicadores de gestión, que van de la mano de la mejora de la calidad del proceso de atención de los pacientes.

#### Actualización del sistema de prevención de incidentes de seguridad

Normas de control de la gestión de los riesgos.

Cuáles son los procedimientos de evaluación de resultados.

Índice de frecuencia mensual

Índice de gravedad cuando sea solicitado

Período no superior a los 6 meses

Datos oficiales de evaluación de resultados de gestión

Solicitar información adicional

Tasas promedias anuales o en determinado período.

Tasas acumulativas o en período dado

Resúmenes informativos mensuales.

### Procedimientos de control de gestión y evaluación periódica de resultados del Sistema de prevención de incidentes de seguridad

Procedimientos de actualización:

- Análisis por expertos: los informes son evaluados por expertos que conocen las circunstancias clínicas y están entrenados para reconocer las causas de los eventos adversos.
- Análisis oportunos: los informes son analizados pronto y las recomendaciones rápidamente difundidas a las personas interesadas. Especialmente cuando hay riesgos graves o medianamente graves.
- Orientación sistémica hacia los procesos: las recomendaciones deben centrarse en mejoras hacia el sistema de gestión por procesos, más que hacia la persona.
- Capacidad de respuesta: la autoridad de mandos medios o las de máxima jerarquía cuando recibe la información debe ser capaz de promover las mejoras que sean necesarias.

## **5.2. PROPUESTA DE CALIDAD, SEGURIDAD Y GESTION CON EL CUIDADO DEL MEDIO AMBIENTE**

La calidad y la seguridad de la atención médica consiste en la aplicación de la ciencia y la tecnología médica, en una forma que maximice sus beneficios para la salud, sin aumentar en forma proporcional sus riesgos. El grado de calidad y seguridad es, por consiguiente, la medida en que se espera que la atención suministrada, logre el equilibrio más favorable de riesgos y beneficios para el usuario (Donabedian, 1980).

Los hospitales implementan, mantienen y mejoran continuamente la eficacia y eficiencia de la calidad y seguridad con personal entrenado y capacitado con competencias técnicas adecuadas que cumple con las buenas prácticas profesionales, contribuyendo a mejorar la calidad de vida de los pacientes, su entorno y su familia.

Soy consciente de la necesidad de desarrollar la gestión de los procesos y la gestión clínica en la prestación de servicios de salud dentro del alcance definido en la misión de cada institución. Por ello se propone brindar la prestación de un servicio de calidad y seguridad a los pacientes, ya que considero que esto constituye el pilar fundamental para el correcto funcionamiento de la institución, teniendo en cuenta el cuidado y la protección del paciente, de los trabajadores, de la institución y del medio ambiente.

Esta propuesta de calidad y seguridad nos permitirá mantener un sistema de gestión integrado de calidad, seguridad y cuidado del medio ambiente según las normas de calidad.

### **OBJETIVOS INSTITUCIONALES DE LA PROPUESTA DE CALIDAD, SEGURIDAD Y GESTION CON EL CUIDADO DEL MEDIO AMBIENTE:**

- a) Tener como meta la excelencia y la seguridad del servicio al paciente, a su familia y comunidad en general, satisfaciendo sus necesidades y expectativas.
- b) Aportar a nuestros pacientes y la sociedad, el máximo nivel de prestaciones asistenciales que sean posibles, facilitando la incorporación de nuevas técnicas y garantizando un uso eficiente de los recursos, así como la seguridad en la atención

- c) Implementar y mantener el sistema de gestión de la calidad en el hospital de acuerdo a normas nacionales e internacionales.
- d) Contar con personal altamente capacitado y especializado, comprometido y concientizado con las buenas prácticas técnicas y profesionales y el desarrollo del sistema de gestión de seguridad y calidad.
- e) Promover y desarrollar su permanente capacitación y perfeccionamiento para incrementar su calificación y competencia.
- f) Desarrollar, validar e implementar continuamente nuevas técnicas y métodos analíticos con recursos tecnológicos de avanzada, dentro del marco de un estricto control de seguridad y calidad.
- g) Asegurar la calidad y seguridad de las investigaciones, bienes y servicios especializados que produce la institución.
- h) Promover la mejora continua del sistema de gestión de la calidad y seguridad.
- i) Desarrollar e implementar un sistema integral de seguridad metodológico hospitalario.
- j) Mejorar e incrementar la confianza y satisfacción de los usuarios con relación a la investigación de servicios especializados ofrecidos por la Institución
- k) Promover la permanente conducción, participación y compromiso con la dirección médica de los jefes de las áreas, en el proceso de atención de los pacientes y en el desarrollo de gestión de la calidad y de la seguridad, en el ámbito institucional y en cada una de las áreas de su estructura.
- l) Cuidado específico del ambiente, cumpliendo y haciendo cumplir todas y cada una de las normativas vigentes relacionadas con este tema.

Con el fin de fomentar iniciativas que contribuyan a la mejora de la calidad y seguridad de las diferentes áreas y servicios, garantizando la satisfacción de los pacientes y la protección ambiental, se define una propuesta de Calidad, Seguridad y Medio Ambiente comprometiéndonos en los siguientes principios institucionales:

- Realizar planes de formación continua para todos los trabajadores de la organización, con el objetivo de asegurar la máxima calidad y seguridad posibles para el desempeño de su trabajo y la atención correcta a los pacientes.

- Continuidad del proceso asistencial a los pacientes, fomentando los canales de comunicación y cooperación entre todos los niveles de atención, para brindar cuidados integrales e integrados.
- Investigación aplicada a la gestión de los procesos y a la gestión clínica.
- Buscar de forma continua mejores tecnologías disponibles, así como a mantener un plan de modernización continua de los recursos y medios para conseguir un servicio de máxima calidad y seguridad.
- Cumplir con los requisitos de aplicación, tanto de los fijados por proveedores, los requisitos legales, así como otros requisitos a los que la organización involucre.
- Garantía de accesibilidad a los servicios y prestaciones, impulsando iniciativas dirigidas a mejorar el conocimiento sanitario y a facilitar el conocimiento del funcionamiento y prestaciones.
- Participación y corresponsabilidad en la gestión por parte de pacientes y profesionales, que debe suponer la garantía en el mejor aprovechamiento de los recursos, tanto para adecuarlos a las demandas exigibles, como en el establecimiento de prioridades
- Establecer herramientas de mejora para lograr mejorar continuamente la eficacia de sistema de gestión por procesos y gestión clínica.
- Incrementar los recursos para gestionar de forma eficiente las quejas y comunicados de las partes interesadas para aumentar así la satisfacción de los pacientes.
- Prevenir la contaminación minimizando el impacto causado por los principales aspectos ambientales, especialmente los residuos generados a partir de nuestras actividades y servicios. Un claro ejemplo es el mercurio que es desechado en el servicio de odontología tras su uso en restauraciones de amalgama; es uno de los residuos más peligrosos para el medio ambiente y la salud humana por lo que, es necesario tomar precauciones durante su manejo.
- Establecer indicadores de seguridad, calidad y medio ambiente que nos permitan medir el cumplimiento de los requisitos y objetivos marcados en nuestros procesos, así como el comportamiento ambiental de nuestra organización.
- Los estándares que se utilizarán serán los adecuados a la medicina basada en la evidencia y en las normas de acreditación y reacreditación.

- Para la consecución de estos estándares el hospital difundirá sus valores a todos los niveles de la organización.

#### SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD Y SEGURIDAD EN SALUD - DESAFÍO DE LA CALIDAD Y SEGURIDAD:

- Técnico - Científica
- Humana
- Del entorno

Este sistema tiene por objetivo mejorar continuamente la calidad y seguridad de las actividades del proceso de la gestión clínica y la gestión de los procesos en la salud, mediante el desarrollo de una cultura de calidad y seguridad sensible a las necesidades y expectativas de los usuarios internos y externos, que tengan impacto en los resultados.

El camino para alcanzar el objetivo mencionado anteriormente, se alcanzará a través de las siguientes metas:

##### 1.-Lograr la satisfacción de los pacientes:

- Se alcanzará mejorando la confianza de la población e incorporándola en la identificación de las necesidades y la evaluación de la calidad y seguridad de los cuidados de la atención de la salud.

##### 2.-Lograr la satisfacción del personal que brinda la atención:

- Mejorando la responsabilidad de las personas por la calidad y seguridad del servicio que proporcionan.
- Promoviendo la educación sobre seguridad y calidad, para el personal.

##### 3.-Fomentar una cultura de calidad y seguridad.

- En todos los niveles de la institución sensibles a las necesidades de los usuarios.
- Difundir los valores y principios de la cultura de la calidad y de la seguridad a todo nivel entre los diferentes actores del proceso de atención de la salud de los pacientes.

4.-Generar conocimiento de base y experiencia en la conducción del sistema de gestión de la calidad y seguridad:

- Desarrollando la capacidad directiva para la gestión de la calidad, seguridad y la implementación de metodologías de garantía de la calidad y seguridad en todos los niveles.
- Instituir un sistema de información básico, integrado y confiable.
- Introducir procesos de mejora continua en todos los niveles hospitalarios.
- Establecer un sistema de difusión y promotor de la seguridad, calidad y del fortalecimiento de las mismas.

Se deberán implementar las estrategias:

- de organización
- de educación
- asistencia técnica
- sostenibilidad
- reconocimiento
- evaluación y monitoreo
- de investigación

Se deberán llevar a cabo, políticas que orientan la gestión de la calidad y de la seguridad con relación a:

- Los pacientes y sus familiares.
- Los trabajadores.
- Los servicios.
- La sociedad.
- El Estado en su todo (cumplimiento de normativas).

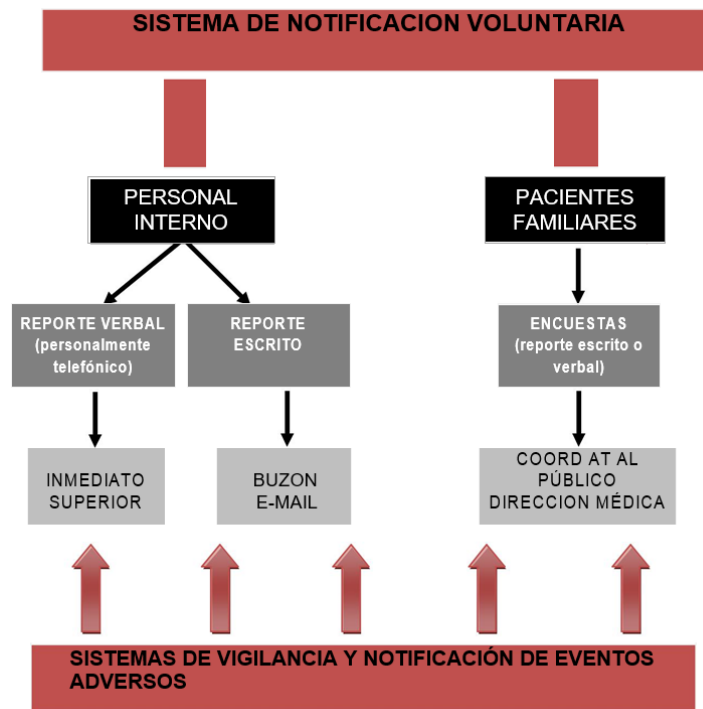
Tener presente los principios de:

- Enfoque al usuario.
- Liderazgo.
- Participación del personal.
- Enfoque basado en procesos.
- Enfoque sistémico para la gestión.
- Mejora continua de la calidad y la seguridad.

- Toma de decisiones basada en evidencias.
- Relaciones mutuamente beneficiosas con el proveedor.

## SISTEMA DE PREVENCIÓN DE INCIDENTES DE SEGURIDAD:

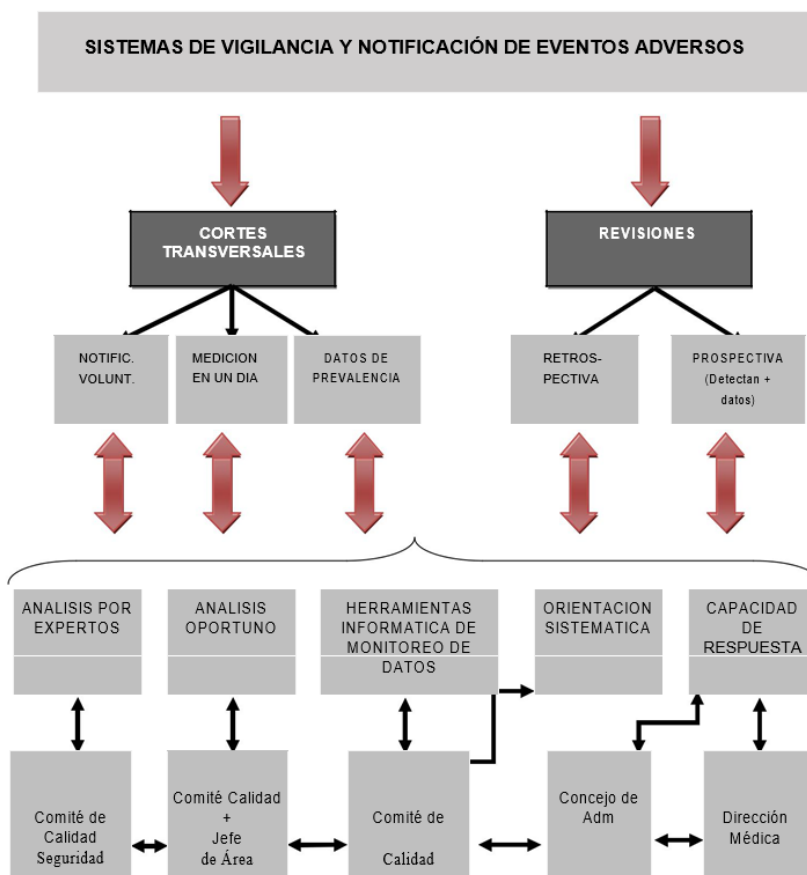
Gráfico 3: Sistema de notificación voluntaria



Fuente: Elaboración propia

Es frecuente que los eventos adversos detectados por un método no lo sean por el otro, de forma que el uso de varios métodos combinados aumenta considerablemente la sensibilidad, y no implica duplicar el esfuerzo innecesariamente. Muchos de los "eventos" reportados en los sistemas no se asocian necesariamente a daño propiamente.

Gráfico 4: Sistema de vigilancia y notificación de efectos adversos.



Fuente: Elaboración propia.

## CAMBIO CLIMATICO

*Propuesta para mejorar los espacios de trabajo y mitigar la emergencia climática.*

Se entiende que la basura es un problema mundial. Se estima que cada habitante argentino produce 1,5 kilogramos de residuos sólidos urbanos por día. Las instituciones de salud no escapan de esta problemática, muy por el contrario, pueden producir con sus residuos, un riesgo para la salud de toda la comunidad ya que, los desechos sanitarios contienen microorganismos que pueden ser dañinos e infectar a pacientes de hospital, al personal sanitario y a la población en general.

De todos los residuos generados por las actividades de instituciones sanitarias, aproximadamente un 85% son desechos comunes no peligrosos, semejantes a la

basura doméstica. El 15% restante se considera material peligroso que puede ser infeccioso, tóxico o radiactivo.

Las actividades de atención sanitaria protegen y restauran la salud y salvan vidas. Pero nos preguntamos ¿qué ocurre con los desechos y subproductos que generan?

Ante este cuestionamiento, proponemos la instalación de contenedores de residuos para la correcta gestión de estos en los distintos servicios de la institución de salud. La colocación deberá ser acompañada por capacitaciones breves y eficaces a todo el personal para que, estos conocimientos también sean llevados y compartidos en la vida cotidiana actuando como multiplicadores del mensaje. Además, puede ser un paso para colaborar en la aplicación de la Ley Nacional denominada “Yolanda” (N° 27592), que impulsa a que todas las personas que se desempeñan en la función pública deben recibir una capacitación integral en materia ambiental.<sup>37</sup>

La propuesta contempla mejorar las condiciones de seguridad e higiene en todos los espacios de trabajo, como así reducir la huella del carbono en el ámbito laboral.

El cuidado del medio ambiente es una tarea de todos; por ello tengo la firme convicción que es importante aportar cada uno desde su lugar.

---

<sup>37</sup> <https://www.argentina.gob.ar/ambiente/ley-yolanda#:~:text=La%20Ley%2027.592%20o%20Ley,17%20de%20noviembre%20de%202020.>

## 6. EPILOGO.

### Conclusiones:

A modo de conclusión se detalla la importancia y valor de la propuesta:

A más de 15 años de que el reporte de “Errar es Humano” del Institute of Medicine inaugurara el actual movimiento de seguridad del paciente en todo el mundo, el daño evitable a partir de la atención médica continúa en niveles inaceptables y más aún en el contexto de pandemia.

Un “hospital Seguro” lo hemos definido según la OPS (Organización Panamericana de la Salud)<sup>38</sup> como un establecimiento de salud cuyos servicios permanecen accesibles y funcionando en su máxima capacidad instalada y en su misma infraestructura, inmediatamente después de un fenómeno destructivo de origen natural o antrópico. Así, a lo largo de nuestro trabajo, se pudo ver que la seguridad del paciente consta de dos elementos relevantes: primero, cómo la organización identifica que algo negativo pasó con el estado de salud del paciente o qué puede haberlo afectado; y segundo, identificar y comprender cuál o cuáles fueron las causas que originaron las anteriores situaciones para que no ocurra.

Luego del contexto de pandemia por Covid-19, en el mundo moderno el concepto tradicional de seguridad ha cambiado al de seguridad multidimensional, por la diversidad de fenómenos que afectan la seguridad del individuo sobretodo en el ámbito hospitalario.

La seguridad hospitalaria como “condición que garantiza que los trabajadores, pacientes y su familia, infraestructura y equipos dentro de un centro de atención en salud, estén libres de riesgo o peligro de accidentes” me permite concluir que, la construcción de la cultura de prevención parte del conocimiento de los riesgos y la cultura de la seguridad se encuentra directamente relacionada con la calidad de atención del servicio que se otorga, por lo cual las instituciones de salud deben tratar la temática de gestión integral del riesgo con especial interés.

Así, podemos sostener firmemente que la seguridad hospitalaria debe ser una política interna de toda institución de salud y que debe tomarse de manera

---

<sup>38</sup> <https://www.paho.org/es/emergencias-salud/hospitales-seguros#:~:text=El%20hospital%20seguro%20se%20define,que%20ocurre%20un%20desastre%20natural.>

integral ya que, con estas acciones la institución ofrecerá, tanto mayor calidad de atención, eficiencia, eficacia y lo más importante confianza del trabajador hacia sus autoridades y confianza del paciente/comunidad hacia la institución hospitalaria.

Aunque el Hospital influye en lo que le rodea mediante su actividad, el entorno tiene “vida propia”. Por ello debemos adaptar nuestros servicios y orientación hacia lo que los pacientes y su entorno necesitan y esperan de nosotros como así también, aprovechar los conocimientos y tendencias que permitan hacer más eficiente su actividad.

El hospital será así un símbolo de excelencia sostenida en el que cada persona que forma a la organización se reconocerá y orgullosamente podrá transmitir **“Nuestro hospital”**.

## 7. BIBLIOGRAFÍA.

1. Abravanel, Harry y Otros. (1992). *Cultura Organizacional*. Bogotá: Fondo Editorial LEGIS.
2. Acosta-Gnass SI. (2011). *Manual de Control de Infecciones y Epidemiología Hospitalaria*. Washington: Ed. Salud OP.
3. Agency of Healthcare Research and Quality. (2019). *Culture of Safety*. <https://psnet.ahrq.gov/primers/primer/5/safety-culture>.
4. Albuquerque, C. Artaza, O. Antunes, E. Arteaga, Baffigo, V. Cairo, V. (2001). *La transformación de la gestión de hospitales en América Latina y el Caribe*. Washington: Organización Panamericana de la Salud- OPS.
5. Aranaz JM, Aibar C, Casal J, y grupo de trabajo ENEAS. (2007). *Los sucesos adversos en los hospitales españoles: resultados del estudio ENEAS*.
6. Aranaz, J.M. & Aibar, C. (2008). *Marco conceptual de la Seguridad Clínica del Paciente*.
7. Armitage, G. (2009). *The risks of double checking: Gerry Armitage discusses the problems associated with double checking medicines and proposes the use of a medication safety skills list, which he has adapted from the aviation industry*.
8. Armijo Marianela. (2011). *Planificación Estratégica e Indicadores de Desempeño en el Sector Público*. Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social (ILPES).
9. Asenjo, M. A.; Bohgas, L. y otros. (1987). *Gestión Hospitalaria*. Barcelona: Eurosystem, 3ª ed.
10. Asenjo, M. A.; Bohgas, L. y Trilla, A. (2006). *Gestión Diaria del Hospital*. Barcelona: Masson, 3ª ed.
11. Asenjo, MA. (2004). *Las claves de la gestión hospitalaria*.
12. Atienza Ceballos, R. (2004). *Avances en la Gestión de Sistemas Sanitarios*. Alcalá, Lozano.
13. Banco Mundial. (2016). *Análisis ambiental del país. Argentina*.
14. Beatman S, Edmond W. (2014). *A Guide to Infection Control in the Hospital*. International Society of Infectious Diseases Fifth.

15. Belmartino, S. (2000). *Delimitación del campo de investigación en sistemas y servicios de salud*.
16. Bennis W. (1996). *Changing organizations*. Nueva York: McGraw Hill.
17. Brennan TA, Leape LL, Laird NM. (1991). *Incidence of adverse events and negligence in hospitalised patients*. Results of the Harvard Medical Practice Study I. *New Engl J Med*.
18. BID. (2012). *Mitigación y Adaptación al Cambio Climático*. Argentina.
19. Burrell y Morgan, Gareth. (1992). *Paradigmas, metáforas y solución de problemas*. Buenos Aires: INAP.
20. Castaño RA. (2008). *Modelos de gestión de riesgo en salud: revisión de conceptos y recomendaciones para el régimen contributivo de la seguridad social en Colombia*. Universidad del Rosario, Grupo de Investigación de la Facultad de Economía.
21. Castellanos, PL. (1987). *Epidemiología y organización de los servicios. La formación en epidemiología para el desarrollo de los servicios de salud*. Taxco México: OPS/OMS.
22. Crespi R.J. (1992). *El Control y la Evaluación de Sistemas de Atención Médica*. Buenos Aires: Ediciones Nero.
23. Cuervo, J.L; Varela, J; Belenes, R. (1994). *Gestión de Hospitales. Nuevos Instrumentos y Tendencias*. Barcelona: Ediciones Vicens Vivens.
24. David, Fred R. (1993). *Conceptos de Administración Estratégica*. México: Pearson Prentice Hall.
25. Díaz, C. A. (2012). *Innovación en la Gestión Hospitalaria; Sistema Lean de Gestión por Procesos*. Buenos Aires: Rojo.
26. Dixit AK y Nalebuff BJ. (1996). *Pensar estratégicamente*. Barcelona, Antoni Bosch.
27. Donabedian, A. (1966). *Evaluating the quality of medical care*. The Milbank Memorial Fund Quarterly, Vol. 44, N° 3, part 2, pp. 166-203, publicado nuevamente en junio 2005, Vol. 83, N° 4, pp. 691-729
28. Donabedian, A. (1980). *Explorations in Quality Assessment and Monitoring. The Definition of Quality and Approaches to its Assessment*. Ann Arbor; Michigan, Health Administration Press.
29. Donabedian A. (1984). *La calidad de la atención médica. Definición y métodos de evaluación*. México: La Prensa Médica Mexicana.

30. Donabedian, A. (1988). "The Quality of Care: How can it be assessed" *Journal of the American Medical Association* 260: 1743-1748.
31. Donabedian A. (1992). *Evaluación de la calidad de la atención médica*. Washington D.C.: OPS/OMS.
32. Donaldson Liam, Philip P. (2004). *Patient safety, a global priority*.
33. Fuenmayor, Ramsés (2002). *Interpretando organizaciones... Una Teoría Sistémico-Interpretativa de Organizaciones*. Universidad de los Andes, Consejo de Publicaciones. Venezuela.
34. García, Emilio y otros. (1996). *Estándares de calidad de cuidados para la seguridad del paciente en los hospitales del SNS*. Informe técnico. Proyecto Séneca.
35. González García, Ginés. (1996). *Más salud por el mismo dinero*. Buenos Aires: Isalud.
36. Institute of Medicine. (2001). *Crossing the Quality Chasm: a new health system for the 21st Century*. Washington DC: National Academy Press.
37. Jenicek, M. (2010). *Medical error and harm: Understanding, Prevention and Control*. New York City, NY, USA, CRC Press.
38. Kaufman G, McCaughan D. (2013). *The effect of organisational culture on patient safety*. Nursing Standard.
39. Kohn LT, Corrigan J, Donaldson MS. (2000). *To err is human: Building a safer health system*. Washington, D. C: National Academy Press.
40. Lemus, J.D.; Aragües y Oroz, V.; Lucioni, M.C. (2014). *Administración Hospitalaria y de Organizaciones de atención de la salud*. Rosario: Ed. Corpus.
41. López Y, Otero M, Alonso P. (2000). *Estudio prospectivo de los acontecimientos adversos por medicamentos (AAM) en pacientes hospitalizados*. Rev. Clin. Esp.
42. Ministerio de Seguridad de la Nación Argentina. (2022). *Manual de gestión integral de riesgos de desastres*.
43. Martínez FJ, Ruiz Ortega, JM. (2001). *Manual de Gestión de Riesgos Sanitarios*. Madrid, España. Editorial Díaz de Santos.
44. Matus, Carlos. (1998). *El método PES: Planificación Estratégica Situacional*. Caracas, Altadir.

45. Matus C, Testa M, Uribe Rivera FJ. (1992). *Planejamento e programacao em saúde. Um enfoque estratégico*. San Pablo: Cortez Editora, Abrasco.
46. Meisel S, Sershon L, White D. (1998). *Reducing adverse drug events and medication errors using rapid cycle improvement*. Qual Manag Health Care.
47. Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación. (1997). *La garantía de calidad en el hospital público de autogestión*. Buenos Aires.
48. Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación. (2018). *Consenso Nacional Para La Implementación de Programas de Prevención y Control de Las Infecciones Asociadas Al Cuidado de La Salud En Los Establecimientos de Salud*. Argentina: Boletín oficial del 10 de diciembre de 2018.
49. Mintzberg, H. (1999). *Diseño de Organizaciones eficientes*. Madrid, McGill University Hall.
50. Mintzberg, H. (1998). *Estructura de las Organizaciones*, Barcelona, Ariel.
51. Mora Martínez, J. R. (2003). *Guía Metodológica para la Gestión Clínica por Procesos*. Madrid. Díaz de Santos.
52. Organización Panamericana de la Salud. (2000). *La Transformación de la Gestión de los Hospitales en América Latina y El Caribe*. Washington.
53. O'Donnell, Juan Carlos. (1997). *Administración de Servicios de Salud*. Buenos Aires: Editorial Docencia.
54. OMS. (1996). *Informe de un grupo de estudio sobre la función de los hospitales en el primer nivel de envío de casos. El hospital en distritos rurales y urbanos*. Serie de informes técnicos 861, Ginebra.
55. OMS. (2009). *Más que palabras: Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. Informe Técnico Definitivo*. Geneva, Switzerland.
56. OMS. (2019). *Seguridad del paciente. Medidas mundiales en materia de seguridad del paciente*. Ginebra.
57. OPS. (1996). *Manual de organización hospitalaria. Prototipo de educación en administración hospitalaria*. Washington: Proahsa.
58. Organización Panamericana de la Salud. (2005). *Salud y seguridad de los trabajadores del sector salud: Manual para gerentes y administradores*. Washington.

59. Paganini JM. *Salud para todos - Todos por la Salud: La idea de la calidad*. Buenos Aires: Centro Especializado para la Normalización y Acreditación en Salud (CENAS).
60. Pardo, A. Navarro, C. Arguedas, R. Albeniz, C. Morón, J. (2014). *Barreras y retos de las unidades funcionales de gestión de riesgos en los hospitales del servicio madrileño de salud*. Madrid: Revista de Calidad Asistencial ELSEVIER. (Internet). 2014. Marzo-Abril. Vol.29.
61. Pardo, Z. Jara, A. Menchen, B. Padilla, D. Martín, J. Hernández, J. (2005). *Puesta en marcha de una Unidad de Gestión de Riesgos Clínicos Hospitalaria*. Revista de Calidad Asistencial ELSEVIER. (Internet). 2005. Junio. Vol.20
62. Peters, J.P. (1985). *A strategic planning process for hospitals*. Nueva York: American Hospital Publ.
63. Peters, Thomas y J. R. Waterman. (1984). *En busca de la excelencia*. New York: Norma.
64. Pileggi C, Bianco A, Flotta D, Nobile CGA, Pavia M. (2011). *Prevention of ventilator-associated pneumonia, mortality and all intensive care unit acquired infections by topically applied antimicrobial or antiseptic agents*.
65. Reina, M. (2010). *Elementos para la gestión de riesgos en las entidades promotoras de salud del régimen contributivo en Colombia*. Rev CES Med. Num 24.
66. Robbins, Stephen P. (2004). *Comportamiento organizacional*. México: 10ª ed. Pearson / Prentice Hall.
67. Rowland, Howard S. y Rowland, Beatrice L. (1988). *Gerencia de Hospitales. Organización y Funciones de sus Departamentos*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos.
68. Ruiz, U. y Simon, J. (2004). *Quality management in health care: a 20-year journey*. International Journal of Health Care Quality Assurance.
69. Santacruz V, J. Hernández T, F. Fajardo D, G. (2010). *Evaluación del riesgo para la seguridad del paciente en Establecimientos de Salud*.
70. Schaffer, Robert H. y Thomson, Harvey A. (2004). *Los programas de cambio de éxito comienzan con resultados; en Gestión del Cambio*. Buenos Aires: Editorial Planeta.
71. Schein, E. (1995). *La cultura corporativa*. Plaza y Janés.

72. Secretaría de gestión de riesgos de Ecuador. (2014). *Manual del comité de gestión de riesgos*.
73. Sergio Luengas Amaya (2009). *Seguridad del paciente. Un modelo organizacional para el control sistemático de los riesgos en la atención de la salud*.
74. Silió F. y De Manuel Kenoy E. (1998). *La gestión del cambio en los servicios sanitarios*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública.
75. Slawomirski, L., Auraaen, A. y Klazinga, N. (2017). *The Economics of Patient Safety: Strenghtening a value-based approach to reducing patient harm at national level*. Organisation for Economic Co-operation and Development.
76. Taylor, Robert J. y Taylor, Susan B. (1994). *Manual AUPHA de Management en Servicios de Salud*. Editorial Aspen. Maryland.
77. Temes, J.L.; Pator, V; Díaz, J.L. (1992). *Manual de Gestión Hospitalaria*. Madrid: McGraw Hill.
78. Thierer J. (2017). *Error médico error humano*. Revista SAC.
79. Tobar. F. (2000). *Herramientas para el análisis del sector salud*. En Medicina y Sociedad, pp. 234-246, Vol. 23, N° 2.
80. Tobar, A. (2002). "Breve historia de la prestación de servicios de salud en Argentina y Políticas de Salud".
81. Torres N, C.Malta C,N.Zapata C, C. Aburto V, Víctor. (2015). *Metodología de Gestión de Riesgo para procesos en una Institución de Salud Previsional*. Revista Universidad, Ciencia y Tecnología [Internet]. Vol.19.
82. Ulrich, B. y Kear, T. (2014). *Patient safety and Patient safety culture: Foundations of excellent health care delivery*. Nephrology Nursing Journal.
83. Universidad CES. (2019). Manual para el sistema integral de gestión del riesgo.
84. Velázquez Aznar A, Dandicourt Thomas C. (2010). Florence Nightingale. La dama de la lámpara (1820-1910). Rev Cubana Enfermería.
85. Vincent C, Amalberti R. (2016). *Seguridad del Paciente: Estrategias para una asistencia sanitaria más segura*. Madrid: Modus Laborandi.
86. Woodward, S. (2017). *Rethinking patient safety*. CRC Press Taylor & Francis Group.

87. Zerilli, A. (1992). *Fundamentos de Organización y de Dirección General*. Madrid: Editorial Deusto.
88. Zhan C, Miller MR. (2003). *Excess length of stay, changes, and mortality attributable to medical injuries during hospitalization*. JAMA.