Av. Domingo Cueto Nº 120
Jesús María - Lima Perú
T.: 2656000 / 2657000
www.essalud.gob.pe

RESOLUCIÓN DE GERENCIA GENERAL N° 501 -GG-ESSALUD-2012

Lima, 17 de agosto del 2012

VISTA:

La Carta N° 1538-DA-PE-ESSALUD-2012 de la Defensoría del Asegurado, y;

CONSIDERANDO:

Que, de conformidad a lo establecido en el numeral 1.2 del artículo 1 de la Ley N° 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud, ESSALUD tiene por finalidad dar cobertura a los asegurados y sus derechohabientes a través del otorgamiento de prestaciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, prestaciones económicas y prestaciones sociales que corresponden al régimen contributivo de la Seguridad Social en Salud, así como otros seguros de riesgos humanos;

Que, mediante Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 012-PE-ESSALUD-2007 se aprobó la Estructura Orgánica y el Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Social de Salud (ESSALUD), considerando a la Defensoría del Asegurado como órgano de apoyo de la Presidencia Ejecutiva;

Que, mediante Resolución de Presidencia Ejecutiva Nº 332-PE-ESSALUD-2011 se aprobó el Reglamento de Organización y Funciones de la Defensoría del Asegurado, en cuyo literal h) del artículo 4º se establece que dicho órgano tiene por función, entre otras, formular y proponer lineamientos, planes, programas, y estrategias para la mejora continua de la calidad de atención y seguridad del paciente, que deben desarrollar los prestadores;

Que, mediante Resolución de Presidencia Ejecutiva Nº 307-PE-ESSALUD-2011 se aprobó la Directiva Nº 001-PE-ESSALUD-2011 "Organización del Sistema de Gestión de Calidad y Seguridad del Paciente en los Servicios de Salud en el Seguro Social de Salud – ESSALUD", cuya finalidad consiste en contribuir a fortalecer los procesos de planificación, control y mejora de la calidad de atención de los servicios de salud, en el marco de un Programa de Garantía de la Calidad y de Seguridad del Paciente, en las Redes y Centros Asistenciales de ESSALUD;

Que, asimismo, mediante Resolución de Presidencia Ejecutiva Nº 380-PE-ESSALUD-2012 se aprobó el "Plan Anual de Calidad y Seguridad del Paciente del Seguro Social de Salud (ESSALUD) para el 2012", cuya finalidad es mejorar la calidad y la seguridad de atención de los servicios de salud del Seguro Social ESSALUD, en concordancia con la Política de Calidad y Seguridad del Paciente del Sector;

Que, con Carta de Vista, la Defensoria del Asegurado remite el proyecto de Directiva "Lineamientos para la implementación de las Comisiones de Eventos Centinela en los Centros Asistenciales del Seguro Social de Salud (ESSALUD)", con la finalidad de mejorar la calidad y seguridad de la atención en los Centros Asistenciales de ESSALUD en concordancia con las políticas de calidad de la Institución y del ente rector del sector;

Que, en tal sentido, resulta conveniente contar con un mecanismo de gestión de riesgos a través de la conformación de las Comisiones de Eventos Centinela las mismas que se encargarán de identificar y analizar las causas de los eventos centinela en los Centros Asistenciales, Centros e Institutos Especializados así como proponer las acciones

EsSalud

042-12-662

Av. Domingo Cueto Nº 120
Jesús María - Lima Perú
T.: 2656000 / 2657000
www.essalud.gob.pe

RESOLUCIÓN DE GERENCIA GENERAL N° 501 -GG-ESSALUD-2012

inmediatas de mejora de los procesos involucrados para la prevención de nuevos casos similares y la ejecución de estrategias de calidad y de seguridad en la atención del paciente en los centros asistenciales de los Órganos Desconcentrados a nivel nacional;

Que, el inciso b) del artículo 8 de la Ley Nº 27056, señala que es competencia del Presidente Ejecutivo, organizar, dirigir y supervisar el funcionamiento de la Institución;

Estando a lo propuesto y en uso de las atribuciones conferidas;

SE RESUELVE:

1. **APROBAR** la Directiva Nº 07 -GG-ESSALUD-2012 "Lineamientos para la implementación de las Comisiones de Eventos Centinela en los Centros Asistenciales del Seguro Social de Salud (ESSALUD)".

2. **DISPONER** que la Defensoría del Asegurado, a través de la Oficina de Calidad y Seguridad del Paciente, se encargue de la difusión, monitoreo y asistencia técnica a los Órganos Desconcentrados de ESSALUD para la implementación de la Directiva aprobada mediante la presente Resolución.

DEFENSORÍA DEL ASEGURADO V°B° L. GARCÍA C. ESSALUD

REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE

Dr. JOSE SOMOCURCIO VILCHEZ
Gerente General
ESSALUD

EsSalud

EsSalud
Seguridad Social para todos

DEFENSORIA DEL ASEGURADO
EsSalud

DIRECTIVA Nº 07 -GG-ESSALUD 2012

"LINEAMIENTOS PARA LA IMPLEMENTACION DE LAS COMISIONES DE EVENTOS CENTINELA EN LOS CENTROS ASISTENCIALES DEL SEGURO SOCIAL DE SALUD (ESSALUD)"

"LINEAMIENTOS PARA LA IMPLEMENTACION DE LAS COMISIONES DE EVENTOS CENTINELA EN LOS CENTROS ASISTENCIALES DEL SEGURO SOCIAL DE SALUD (ESSALUD)"

INDICE

I. INTRODUCCION.....3

II. OBJETIVO.....5

III. FINALIDAD.....5

IV. BASE LEGAL.....5

V. ALCANCE.....6

VI. RESPONSABILIDADES.....6

VII. CONCEPTOS DE REFERENCIA.....6

VIII. DISPOSICIONES ESPECIFICAS.....8

IX. PROCEDIMIENTOS ESPECÍFICOS.....8

X. DE LA CONFIDENCIALIDAD DE LOS DOCUMENTOS DE TRABAJO.....9

XI. ANEXOS.....10

ANEXO 1. LISTADO DE EJEMPLOS DE EVENTO CENTINELA.....10

ANEXO 2. PROTOCOLO DE LONDRES COMO HERRAMIENTA DE ANALISIS DE EVENTOS ADVERSOS.....11

ANEXO 3 ANALISIS DE CAUSA RAIZ DE EVENTO CENTINELA.....15

ANEXO 4. FORMATO DE REGISTRO DE EVENTOS CENTINELA.....20

ANEXO 5. INDICADOR DE GESTION DE EVENTO CENTINELA.....20

XII. BIBLIOGRAFIA.....23

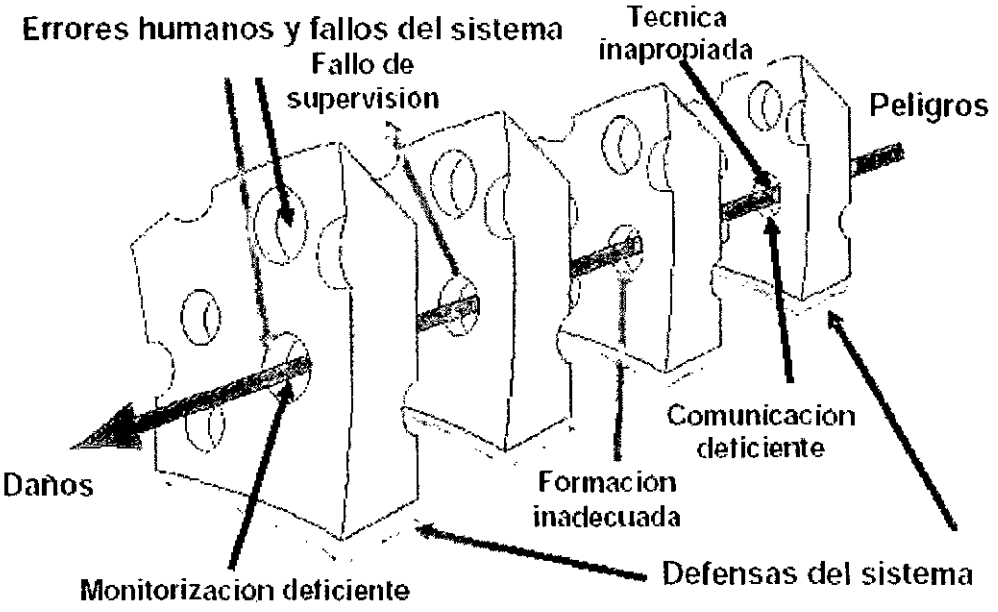
"LINEAMIENTOS PARA LA IMPLEMENTACION DE LAS COMISIONES DE EVENTOS CENTINELA EN LOS CENTROS ASISTENCIALES DEL SEGURO SOCIAL DE SALUD (ESSALUD)"

I. INTRODUCCION

Desde la publicación del libro "To Err is Human" por el Instituto de Medicina en el año 2002, la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente de la Organización Mundial de la Salud ha venido realizando esfuerzos para procurar que la atención sanitaria sea lo más segura posible. En las últimas décadas, en distintos lugares del mundo se está realizando un esfuerzo organizado para conocer cuáles son los eventos adversos de la atención sanitaria; por identificar sus causas y, en consecuencia, por desarrollar y poner en práctica soluciones efectivas a esos problemas. El Estudio IBEAS Estudio de prevalencia de efectos adversos en Hospitales de Latinoamérica, ha sido el resultado de la colaboración entre la Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud, el Ministerio de Sanidad y Política Social de España, y los Ministerios de Salud e instituciones de Argentina, Colombia, Costa Rica, México y Perú. Ha sido el primer estudio llevado a cabo a gran escala en América Latina para medir los eventos adversos que ocurren como resultado de la atención médica en los hospitales. En el Perú , el desarrollo del estudio IBEAS contó con la participación de cinco hospitales del MINSA y ESSALUD con 2476 pacientes, y sus resultados como país, nos permitieron conocer que once de cada cien pacientes sufren un daño involuntario como consecuencia de la atención en salud y que 58.8% de estos eventos adversos son evitables.Un evento centinela es un evento adverso grave, un hecho inesperado en la atención de salud, que produce la muerte o una lesión severa física o psicológica o el riesgo de que esta lesión se dé y que no está relacionado con la historia natural de la enfermedad.

Es probable que el tema que más haya llamado la atención entre el personal asistencial ante un error que causó daño a un paciente, sea el riesgo de acarrear una responsabilidad penal y sus posibles consecuencias. Esta situación que se repite en los diversos centros asistenciales en el mundo, pasa por cumplir en el aspecto legal con el resarcimiento a los familiares de las víctimas del daño, y sancionar al personal que estuvo implicado. Pero este escenario realmente sólo representa el aspecto visible del problema, y no de cómo está involucrado en el mismo sistema. El psicólogo James Reason en 1990 propuso el modelo explicativo del queso suizo en donde cada tajada del queso representa distintas barreras de protección en el sistema ante el riesgo de ocurrencia de eventos adversos en la atención. Es este esquema, cada tajada constituye una barrera, y cada orificio constituye un fallo, cada uno de los cuales se mueve de forma diversa, de manera que cuando se alinean estos defectos, se produce el daño. Estos fallos pueden ser de dos tipos: los **fallos activos**, que son los que cometen las personas que realizan la atención, y las **fallas latentes**, que son condiciones que están presentes en el sistema. El modelo del queso suizo de Reason remarca la importancia del sistema en vez del individuo, y de la aleatoriedad en vez de la acción deliberada. Así pues, los problemas de seguridad son multifactoriales, en los que los profesionales son parte del sistema. Por tanto, cuando ocurre un evento adverso, identificar al culpable no

nos garantizará que no volverá a ocurrir, sino descubrir cómo y por qué ocurrió, cuáles fueron las "condiciones latentes" y "los factores contribuyentes" del sistema que hicieron que el hecho ocurra, solo así, podremos actuar y prevenir los eventos adversos evitables.



Reasson, J.Human. Error: model and management. (BMJ, 2000;320:768-70)

La información sobre la existencia de eventos centinela puede obtenerse, a partir de sistemas de notificación voluntaria, porque se detecten en la práctica diaria, o a partir de las quejas de los pacientes, y el método de análisis recomendado es el análisis de causas raíz., por ello, resulta benéfico, para el personal asistencial, contar con una metodología de respuesta rápida y de resultados casi inmediatos, que buscan a través del análisis y aprendizaje, que los servicios se vuelvan más seguros.

La aparición de un Evento Centinela, traduce errores graves en la gestión de un establecimiento de salud, que requieren de cambios inmediatos en el sistema.Las Comisiones de Evento Centinela actuarían en este necesario escenario de análisis y estarían vigentes inmediatamente ocurrido un Evento Centinela, hasta que se verifique que las recomendaciones producto de dicho análisis se han implementado.

ESSALUD es una institución que permanentemente se encuentra desarrollando sus procesos asistenciales con apoyo de tecnología de punta, capacitación permanente e implementación de nuevas formas de tratamiento acorde al avance de la medicina en el mundo. La complejidad de los procesos convierte a los servicios de salud en un blanco de ocurrencia de eventos adversos, por lo que se hace necesario contar con mecanismos de gestión de riesgos que permitan continuar con los avances necesarios, pero dentro de un ámbito donde la cultura de la seguridad puede prevenir los eventos adversos.

II. . OBJETIVO

OBJETIVO GENERAL

Reducir la incidencia de eventos adversos asociados a la atención de salud en los Centros Asistenciales de EsSalud, involucrando a las autoridades y personal asistencial, y estableciendo una cultura de aprendizaje colectivo a partir del análisis de los Eventos Centinela en la Institución.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Organizar un equipo multidisciplinario a cargo del análisis de los Eventos Centinela en los Centros Asistenciales, para la mejora de la seguridad en la atención al paciente
2. Identificar la ocurrencia de eventos centinela en los servicios asistenciales.
3. Realizar el análisis de los eventos centinela aplicando metodologías para evidenciar todos los factores que han contribuido al evento (enfoque sistémico).
4. Promover el aprendizaje a propósito del análisis de los eventos adversos
5. Generar un plan de acción que identifica las medidas que la organización tiene que implementar. para evitar la recurrencia del evento adverso analizado
6. Crear compromisos con el personal responsable de la atención del paciente, para mejorar la seguridad de la atención.

III. FINALIDAD

Mejorar la calidad y seguridad de la atención de salud en los Centros Asistenciales de EsSalud en concordancia con las políticas de calidad de la Institución y el ente rector del sector.

IV.BASE LEGAL

1. Ley N° 26842 – Ley General de Salud.
2. Ley N° 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud (ESSALUD); y su Reglamento, aprobado por el Decreto Supremo N° 002-99-TR y modificado por los Decretos Supremos N° 002-2004-TR y N° 025-2007-TR.
3. Decreto Supremo N° 013-2006-SA, que aprueba el Reglamento de Establecimientos y Servicios Médicos de Apoyo.
4. Resolución Ministerial N° 589-2007/MINSA, que aprueba el Plan Nacional Concertado de Salud.
5. Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, que aprueba la NTS N° 050-MINSA/DGSP-V.02: "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".
6. Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA que aprueba el Documento Técnico "Política Nacional de Calidad en salud".
7. Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 332-PE-ESSALUD-2011, que aprueba y pone en vigencia la Estructura Orgánica y el Reglamento de Organización y Funciones de la Defensoría del Asegurado.
8. Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 307 –PE-ESSALUD-2011 que aprueba la

Directiva N°001-PE-EsSalud-2011 Organización del Sistema de Gestión de la Calidad.

9. Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 380-PE-ESSALUD-2012, que aprueba el Plan Anual de Calidad y Seguridad del Paciente del Seguro Social de Salud (ESSALUD) para el 2012.
10. Resolución de Gerencia General N° 1455-GG-ESSALUD-2007, que aprueba la Directiva N° 014-GG-ESSALUD-2007, "Norma Marco para la Formulación, Aprobación y Actualización de Documentos Técnicos, Normativos, y de Gestión en ESSALUD".

V. ALCANCE

La presente directiva es de obligatorio cumplimiento en los Centros Asistenciales, e Institutos de EsSalud a nivel nacional.

VI. RESPONSABILIDADES

Son responsables de dar cumplimiento de lo dispuesto en la presente Directiva:

- La Defensoría del Asegurado
- La Jefatura de la Oficina de Calidad y Seguridad del Paciente
- La Sub Gerencia de Seguridad del Paciente
- Las Gerencias de las Redes Asistenciales
- Las Gerencias o Direcciones de los Institutos y Centros Especializados
- Las Direcciones de los Centros Asistenciales.
- Los Jefes de las Oficinas de Calidad de las Redes Asistenciales y los Centros Asistenciales y de los Institutos y Centros Especializados
- Los Jefes de Departamento /Servicio Asistencial

VII. CONCEPTOS DE REFERENCIA

Acción insegura: Es la conducta que ocurre durante el proceso de atención de salud, usualmente por acción u omisión de miembros del equipo. En un incidente pueden estar involucradas una o varias acciones inseguras.

Las acciones inseguras tienen dos características esenciales:

1. La atención se aparta de los límites de una práctica segura.
2. La desviación tiene al menos el potencial directo o indirecto de causar un evento adverso para el paciente.

Ejemplos de acciones inseguras:

- No monitorizar al personal en entrenamiento durante la atención asistencial.
- No ejecutar buenas prácticas de atención
- No buscar ayuda cuando se necesita.

Barrera: Es el control o medida para prevenir daños y aumentar la seguridad del sistema.

Cultura de Seguridad : Es el patrón integrado de comportamiento individual y de la organización, basado en creencias y valores compartidos, que busca continuamente

reducir al mínimo el daño que podría sufrir el paciente como consecuencia de los procesos de prestación de atención.

Error: Es el uso de un plan equivocado para el logro de un resultado esperado o falla en completar una acción como estaba planeada. Los errores se pueden cometer por omisiones o acciones, conscientes o inconscientes.

Evento Adverso: Es un incidente o efecto adverso indeseado que puede afectar la salud del paciente; está directamente asociado c on la atención recibida y no a la enfermedad de fondo. El incidente no llega a producir daño; el efecto adverso si afecta la salud del paciente.

Efecto Adverso: Una lesión, complicación, incidente o un resultado inesperado e indeseado en salud del paciente, directamente asociado con la atención de salud.

Incidente: Evento adverso que no ha causado daño pero susceptible de provocar daño o complicación en otras circunstancias o que pudiera favorecer la aparición de un evento adverso.

Evento Centinela: Es un tipo de evento adverso que produce la muerte o un daño físico o psicológico severo de carácter permanente, que no estaba presente anteriormente y que requiere tratamiento permanente o cambio en estilo de vida. Un evento adverso sólo en ocasiones es un evento centinela; en cambio todo evento centinela es un evento adverso.

Factor contributivo. Son las condiciones que facilitaron o predispusieron a una acción insegura .Ejemplo:

- Paciente muy angustiado que le impide entender instrucciones.
- Ausencia de protocolos.
- Falta de conocimiento o experiencia.
- Mala comunicación entre los miembros del equipo asistencial.
- Carga de trabajo inusualmente alta o personal insuficiente.

Fallas activas: Son los errores resultantes de las decisiones y acciones de las personas que están en contacto directo con el paciente o sistema.

Fallas latentes: Son los errores que se encuentran en los procesos o en los sistemas. Solo se vuelven aparentes cuando se combinan con fallas activas y disparadores locales para vencer las defensas del sistema

Gestión de eventos adversos / evento Centinela: Es el conjunto de acciones realizadas a partir del reporte y análisis del evento adverso o Evento Centinela con respecto a las fallas o actos inseguros identificados (procesos inseguros) para rediseñar los procesos que garanticen una atención segura en los CAS de EsSalud.

Medidas adoptadas para reducir el riesgo: Son las acciones encaminadas a reducir, gestionar o controlar un daño, o la probabilidad de que se produzca un daño asociado a un incidente. Implementar barreras de prevención de eventos adversos.

Riesgo: Factor que incrementa la probabilidad de ocurrencia de un evento adverso dentro del sistema de atención de salud.

Seguridad del Paciente: Es la reducción y mitigación de actos inseguros dentro del sistema de salud a través del uso de las mejores prácticas, que aseguren la obtención de los óptimos resultados para el paciente.

Sistema de Notificación de eventos adversos: Es un sistema de reporte que permite la identificación de eventos adversos e incidentes que ocurren durante la atención de salud a fin de realizar un análisis a profundidad de los factores que contribuyen a la presentación del evento o incidente.

VIII. DISPOSICIONES ESPECIFICAS

1. Conformación de las Comisiones de Eventos Centinela
   La Comisión de Eventos Centinela se conformará sólo cuando ocurre un evento centinela y estará conformado de la siguiente manera:
   a. El Gerente o Director de la Red Asistencial o del Centro o Instituto Especializado, o del CAS, quien presidirá la Comisión.
   b. El Gerente Clínico ó el Gerente Quirúrgico del CAS , quien participará según el servicio involucrado en el evento centinela
   c. El responsable de la Oficina/Unidad de Calidad, quien será el Secretario Técnico de la Comisión.
   d. El responsable de la Oficina de Inteligencia Sanitaria/ Unidad de Epidemiología
   e. El Jefe del Servicio/Departamento de Enfermería
   f. El Coordinador/ Responsable de la Oficina de Atención al Asegurado
   g. El Jefe del servicio involucrado en el evento centinela (*)
   h. El Jefe de la Unidad u Oficina de Relaciones Institucionales
2. La Defensoría del Asegurado a través de su Oficina de Calidad y Seguridad del Paciente, será la encargada de brindar asesoría técnica para la conformación de las Comisiones de Evento Centinela en los órganos desconcentrados
3. Las Gerencias de Red Asistencial, Centros e Institutos Especializados así como las Oficinas / Unidades de Calidad son las áreas responsables de conformar las Comisiones de Evento Centinela.
4. La Oficina de Calidad , la Oficina de Atención al Asegurado y el servicio involucrado, serán los responsables del seguimiento del cumplimiento de los acuerdos . aprobados por las comisiones de evento centinela.
5. Las actividades que desarrollen las Comisiones de Eventos Centinela, deben enfocarse en el sistema y sin fines punitivos.

(*) Siempre que no esté involucrado en el evento adverso.

IX. PROCEDIMIENTO ESPECÍFICO

Los pasos a seguir para la evaluación y análisis de los Eventos Centinela son los siguientes:

1. Ante la ocurrencia de un Evento Centinela (ver anexo 1) y luego de haber sido conformada la Comisión de Evento Centinela, ésta será convocada por el Gerente o Director de la Red Asistencial, Centro o Instituto Especializado dentro de las siguientes 24 horas.

2. La Comisión de Eventos Centinela procederá al análisis del caso mediante la aplicación del Protocolo de Londres (anexo 2) y el Análisis Causa Raíz (anexo 3).
3. La Comisión de Eventos Centinela deberá registrar sus actividades en actas, las que deben estar a cargo del Secretario Técnico .
4. La Oficina de Calidad, la Oficina de Atención al Asegurado y la Jefatura del Servicio involucrado deben coordinar las acciones necesarias para el cumplimiento de las recomendaciones emitidas en el análisis del caso concreto.
5. La Oficina de Calidad y la Oficina de Atención al Asegurado reportará periódicamente en el Formato de Registro de Eventos Centinela del CAS el cumplimiento de las recomendaciones. .
6. La Oficina de Calidad del CAS se encargará de verificar que el indicador: Porcentaje de Eventos Centinela gestionados se mantenga actualizado y sea enviado a las instancias correspondientes para el cumplimiento de los acuerdos de gestión, con copia a la Defensoría del Asegurado.
7. La Oficina de Calidad del CAS, reportará trimestralmente a la Oficina de Calidad y Seguridad del Paciente de la Defensoría del Asegurado en el formato que obra en el anexo 4, los Eventos Centinela ocurridos en el centro asistencial.

X. DE LOS DOCUMENTOS DE TRABAJO

Toda información generada en base a la presente metodología de análisis es de uso exclusivo de la Comisión de Eventos Centinela.

Las recomendaciones formuladas a partir del análisis, que faciliten la mejora de procesos en los servicios, deben ser difundidas a las áreas involucradas para su implementación.

ANEXO 1.

LISTADO DE EJEMPLOS DE EVENTO CENTINELA

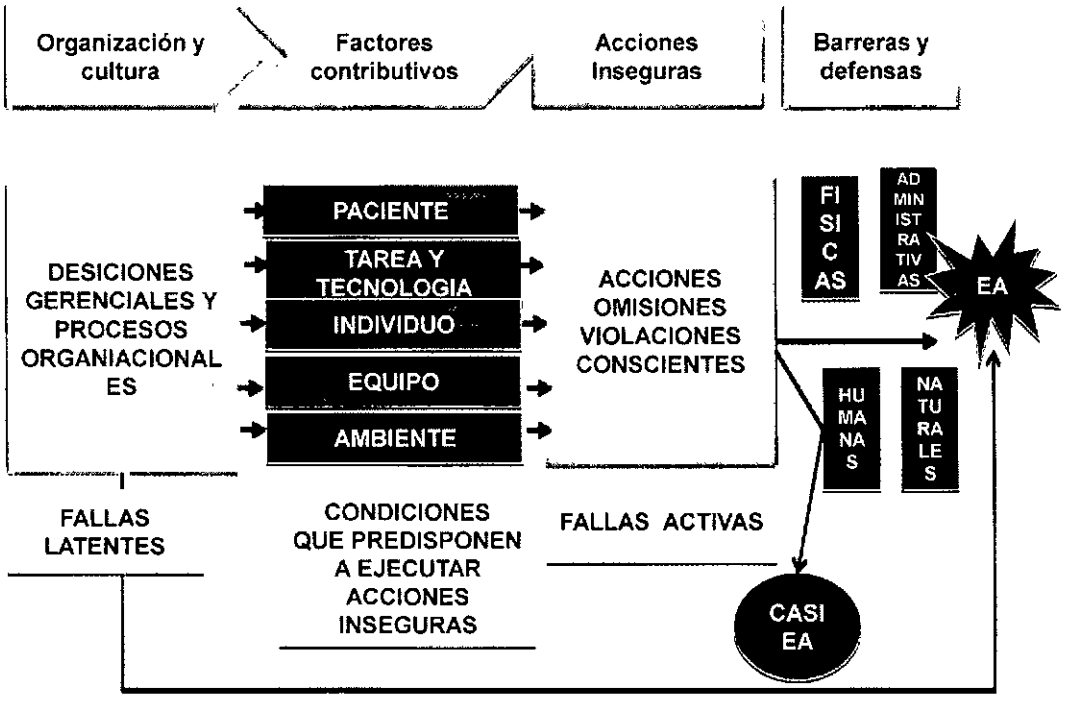
- Fallecimiento inesperado de un paciente como consecuencia de una cirugía u otro procedimiento.
- Fallecimiento de un recién nacido a término sin patología previa.
- Muerte materna evitable
- Asfixia neonatal
- Muerte de un paciente en sala de espera de Emergencia en espera de atención.
- Pérdida de función permanente no relacionada con la evolución
- Intervención quirúrgica en un paciente o en una localización equivocada
- Cuerpo extraño olvidado en sitio quirúrgico
- Paro cardio respiratorio relacionado con anestesia
- Hemólisis post-transfusional
- Infección por VIH o Hepatitis B post transfusional
- Dosis excesiva de radioterapia.
- Retraso en un tratamiento vital
- Caída de paciente con lesión grave o muerte
- Muerte o secuela grave asociada a un error de medicación (por ejemplo, los errores relacionados con el medicamento equivocado, dosis incorrecta, paciente equivocado, momento equivocado, preparación incorrecta, o la vía de administración equivocada)
- Muerte o grave lesión de un paciente asociada con una quemadura producida por cualquier fuente, durante su estancia en el Centro Asistencial.
- Muerte por Sepsis originada por infección nosocomial.
- Muerte por Shock anafiláctico en un paciente internado
- Informe anatomo patológico equivocado.
- Agresión sexual de un paciente en las instalaciones del Centro Asistencial.
- Suicidio de un paciente o intento de suicidio que resulta en una grave discapacidad,
- Menor dado de alta y entregado a la persona incorrecta
- Muerte o grave lesión de un paciente o trabajador como resultado de una agresión física ocurrida dentro o en el perímetro de la institución

ANEXO 2.

PROTOCOLO DE LONDRES COMO HERRAMIENTA DE ANALISIS DE EVENTOS ADVERSOS

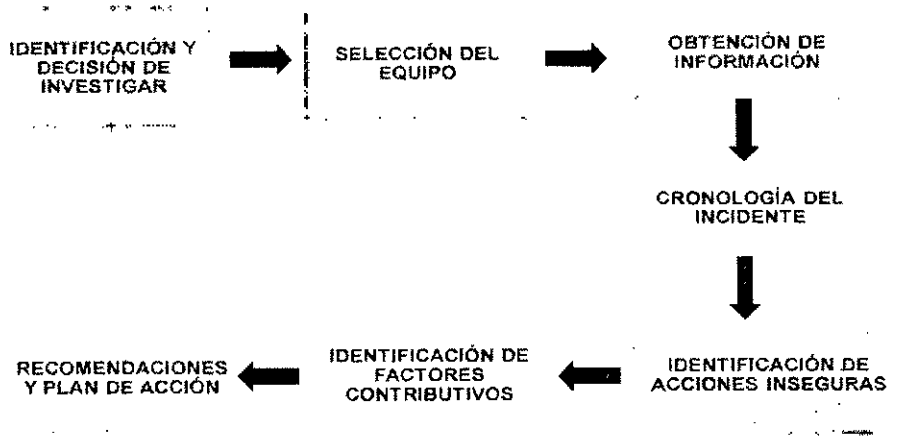
Para realizar una investigación clara y objetiva de los eventos adversos, tradicionalmente se ha contado con la auditoria médica, herramienta que posee procedimientos estandarizados para el análisis crítico de la practica medica, y que se basan en un alto porcentaje en la consulta de los registros clínicos, cuyo propósito es mejorar la calidad de la atención a los pacientes. En los tiempos actuales, se cuenta además con una herramienta denominada Protocolo de Londres, versión actualizada del "Protocolo para Investigación y Análisis de Incidentes Clínicos". El análisis de los eventos adversos nos ayuda a construir barreras de seguridad y procesos seguros de atención, y el término "análisis de causa raíz" que se incluye en esta metodología agrupa las herramientas de investigación y análisis que se utilizan para identificar las causas fundamentales de los incidentes.
Es frecuente observar ante la ocurrencia de un evento adversos, que se sucede una cadena de acontecimientos y una gran variedad de factores que condujeron al evento, por ello, podemos identificar que la relevancia del Protocolo de Londres está en la en la búsqueda de factores contributivos y de factores organizacionales, mediante preguntas sobre por qué ocurrieron los errores. Para ello, el equipo de investigación tiene que determinar cuáles de estos factores tienen un mayor impacto en el incidente y, más importante aún, cuales factores pueden causar un incidente en el futuro.

Estudios de accidentes en la industria, el transporte y las esferas militares han llevado a una comprensión mucho más amplia de la causalidad de accidentes, concentrándose menos en el individuo que comete el error y más en factores organizativos. El enfoque del protocolo de Londres se basa en el modelo organizacional de accidentes de James Reason.



Durante el análisis de un incidente cada uno de estos elementos se evalúa detenidamente, comenzando por las acciones inseguras y las barreras que fallaron, hasta llegar a la cultura y procesos organizaciones. La secuencia se describe a continuación:

RUTA PARA INVESTIGAR Y ANALIZAR EVENTOS ADVERSOS



1. **Identificación y decisión de investigar** Una vez ocurrido el incidente la institución debe decidir si inicia o no el proceso. En términos generales, esta determinación se toma teniendo en cuenta la gravedad del incidente y el potencial aprendizaje organizacional.

2. **Selección del equipo investigador.** El equipo investigador debe estar integrado por personas con competencias múltiples:
   - Experto en investigación y análisis de incidentes clínicos.
   - Punto de vista externo (miembro de Junta Directiva sin conocimiento médico específico).
   - Autoridad administrativa (Director Médico, Jefe de Enfermería, etc.).
   - Autoridad clínica (Director Médico, Jefe de Departamento, Jefe de Servicio, especialista reconocido, etc.).
   - Miembro de la unidad asistencial donde ocurrió el incidente, no involucrado directamente.

3. **Obtención y organización de información.** Todos los hechos, conocimiento y elementos físicos involucrados deben recolectarse lo más pronto posible:
   - Historia clínica completa.
   - Protocolos y procedimientos relacionados con el incidente.
   - Declaraciones y observaciones inmediatas.
   - Entrevistas con los involucrados.
   - Evidencia física (planos del piso, listas de turnos, hojas de vida de los
   - equipos involucrados, etc.).
   - Otros aspectos relevantes tales como índice de rotación del personal , roles de trabajo y disponibilidad de personal bien adiestrado.

   Los resúmenes incompletos de la historia clínica pueden complementarse muy bien si contamos con declaraciones y observaciones inmediatas, ya que a medida que el tiempo pase, el personal puede ir olvidando detalles. El equipo investigador decide a quién entrevistar y es responsable de llevarlas a cabo lo más pronto posible. Las declaraciones deben ser narraciones de la secuencia de eventos que antecedieron el incidente, de la interpretación acerca de cómo esos eventos participaron en el incidente y de aquellas circunstancias y dificultades que los involucrados enfrentaron –por ejemplo, equipo

defectuoso, concurrencia de otras tareas, falta de personal, etc.- y que no están necesariamente descritas en la historia clínica. Las observaciones referentes a supervisión o soporte insuficiente o inadecuado es mejor reservarlas para las entrevistas.
La entrevista es una de las mejores formas de obtener información de las personas involucradas en el evento adverso, y debe ajustarse a un protocolo cuyo propósito es ofrecer confianza al entrevistado y obtener conclusiones lo más cercanas a la realidad de los hechos. Las entrevistas deben durar entre 20 y 30 minutos.
La siguiente tabla ilustra el protocolo que debe seguirse en toda entrevista que se conduzca durante un proceso de investigación.

Protocolo para entrevistar al personal involucrado en un Evento Adverso	
Lugar	Privado, lejos del lugar de ocurrencia del EA El entrevistado puede estar acompañado por quien desee.
Explique el propósito	Explique al entrevistado el motivo de la entrevista. Evite confrontaciones y juicios de valor. Garantícele estricta confidencialidad.
Establezca la cronología del incidente	Identifique al entrevistado en el incidente Establezca con su ayuda la secuencia de hechos que vivió. Compare esta información con la secuencia general que se conoce hasta el momento.
Identifique las acciones inseguras	Explique al entrevistado el significado del término acción insegura Invite al entrevistado a identificar acciones inseguras relevantes para el caso, sin preocuparse por la existencia de culpables. Si se dispone de protocolos o guías de práctica clínica es relativamente fácil identificar no adherencia o adecuación a las mismas
Identifique los factores contributivos	Explique al entrevistado el significado de factor contributivo e incentive su identificación Cuando el entrevistado identifica un factor contributivo indagar si es específico para la situación actual o si se trata de un problema general del servicio asistencial.
Cierre	Permita que el entrevistado haga todas las preguntas que tenga.

4. **Precise la cronología del incidente.** Las entrevistas, las declaraciones y las observaciones de quienes participaron de alguna manera en el incidente, junto a la historia clínica deben ser suficientes para establecer qué y cuándo ocurrió. El equipo investigador tiene la responsabilidad de identificar cualquier discrepancia entre las fuentes. Es útil familiarizarse con alguna de las siguientes metodologías para precisar la cronología:
   - Narración. Tanto las entrevistas como la historia clínica proporcionan una cronología narrativa de lo que ocurrió que permite entender cómo se sucedieron los hechos y cuál fue el papel y las dificultades enfrentadas por los involucrados.
   - Diagrama. Los movimientos de personas, materiales, documentos e información pueden representarse mediante un dibujo esquemático. Puede ser útil ilustrar la secuencia de hechos como deberían haber ocurrido de acuerdo con las políticas, protocolos y procedimientos y compararla con la que verdaderamente ocurrió cuando se presentó el incidente.

5. **Identifique las acciones inseguras.** Una vez identificada la secuencia de los hechos se debe realizar la Identificación de las acciones inseguras en que incurrieron las personas que tuvieron a su cargo ejecutar la atención durante la ocurrencia del evento adverso. Las acciones inseguras son acciones u omisiones que tienen al menos el potencial de causar un

accidente o evento adverso. Cuando se dispone de Guías de Práctica Clínica, normas vigentes, manuales, etc., es fácil identificarlas.

6. **La evaluación de los factores contributivos** El paso siguiente es identificar las condiciones asociadas con cada acción insegura. Cuando se ha identificado un gran número de acciones inseguras es bueno seleccionar las más importantes y proceder a analizarlas una a una, dado que cada una tiene su propio conjunto de factores contributivos. incluye las circunstancias en que se cometieron los errores, las cuales son conocidas como factores contributivos.

7. **Recomendaciones y plan de acción.** La etapa de investigación y análisis termina con la identificación de los factores contributivos de cada acción insegura y la definición de las barreras de seguridad y/o el plan de mejora orientado al bloqueo de causas y la prevención de errores.
   El plan de acción debe incluir la siguiente información:
   - Priorización de los factores contributivos de acuerdo con su impacto sobre la seguridad futura de los pacientes.
   - Lista de acciones para enfrentar cada factor contributivo identificado por el equipo investigador.
   - Asignar un responsable de implementación de las acciones.
   - Definir tiempo de implementación de las acciones.
   - Identificar y asignar los recursos necesarios.
   - Hacer seguimiento a la ejecución del plan.
   - Cierre formal cuando la implementación se haya efectuado.
   - Fijar fecha de seguimiento para evaluar la efectividad del plan de acción.

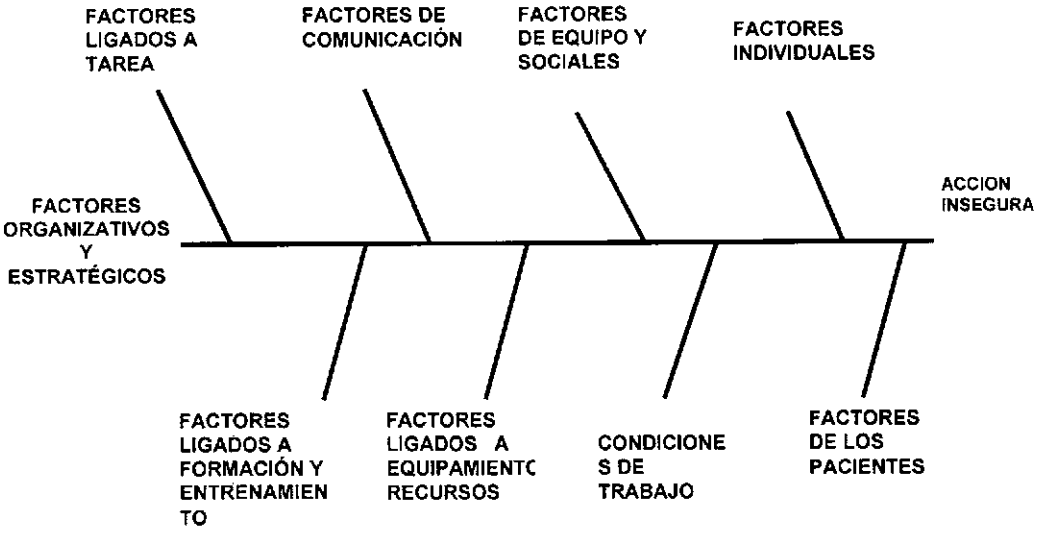
   El equipo investigador debe ser realista en cuanto a las recomendaciones que propone con el fin que se traduzcan en mejoramientos comprobables para toda la organización Cuando se plantean, es aconsejable tener en cuenta su complejidad, los recursos que requieren y el nivel de control del que dependen. En ese orden de ideas, se debe categorizar cada recomendación de acuerdo con el nivel de control del que depende: individual / grupal, local (equipo), departamento / dirección / organización / autoridad gubernamental y asignar personas con el estatus administrativo y gerencial adecuado para garantizar su ejecución. De esta manera, se promueve la cultura de seguridad, pues la gente al ver que el proceso efectivamente conduce a mejoramientos entiende su importancia y se apropia de él.

DEFENSORIA DEL ASEGURADO V°B° E. LAVADO SUB-GERENTE ESSALUD

DEFENSORIA DEL ASEGURADO V°B° I. LEZTON V. JEFE DE OFICINA ESSALUD

DEFENSORIA DEL ASEGURADO V°B° L. GARCIA C. DEF. DEL ASEGURADO ESSALUD

DIAGRAMA DE ISHIKAWA MODIFICADO POR LA NATIONAL PATIENT SECURITY AGENCY (NPSA)



ANEXO 3

ANÁLISIS DE CAUSA RAÍZ
ESQUEMA DE CLASIFICACIÓN DE LOS FACTORES CONTRIBUYENTES
National Patient Safety Agency (NPSA) – National Health Service (NHS)
Reino Unido

A LA HORA DE ASIGNAR UNA CAUSA EN EL ANÁLISIS MODAL DE FALLOS, DEBERA CODIFICARSE SEGÚN LAS TABLAS QUE SE ENCUENTRAN A CONTINUACIÓN

FP FACTORES DE PACIENTE: Incluyen aquéllos aspectos que son específicos de cada paciente, o pacientes involucrados en el evento adverso. A menudo, al igual que los factores individuales, se agrupan con factores sociales y culturales.

FI FACTORES INDIVIDUALES: Son los aspectos únicos y específicos de cada persona involucrada en el evento adverso. Incluyen aspectos psicológicos, familiares, relaciones laborales y muchos más.

FT FACTORES DE TAREA: Son aquéllos que ayuda y apoyan el desarrollo seguro y efectivo de las funciones relacionadas con los procesos sanitarios.

FC FACTORES DE COMUNICACIÓN: Aspectos relacionados con cualquier aspecto de la Comunicación (oral, escrita o no-verbal) que afecte a la realización de las tareas o al desempeño de las funciones.

FSE FACTORES SOCIALES Y DE EQUIPO: Principalmente son aspectos relacionados con los distintos tipos de formas de comunicación. Sin embargo, la forma de gestionar, las estructuras tradicionales de jerarquía y la falta de respeto por los miembros con menos experiencia del equipo, pueden afectar significativamente a la cohesión del equipo.

FFE FACTORES DE FORMACIÓN Y ENTRENAMIENTO: La disponibilidad y calidad de los programas formativos a disposición del personal pueden afectar directamente a su competencia y al desarrollo de sus funciones bajo condicione s de presión y situaciones de emergencia. La efectividad de la formación como un método de mejora de la seguridad puede verse también afectada por los contenidos, la forma en que se imparta, la forma en que se evalúan las habilidades adquiridas, el seguimiento y las actualizaciones.

FER FACTORES DE EQUIPAMIENTO Y RECURSOS: En el contexto de la sanidad es esencial poder fiarse del correcto funcionamiento de los equipos que van a proporcionar cuidados a los pacientes. Considerando como recursos tanto el personal bien entrenado, como dinero para permitir la implantación de programas de formación, la compra de nuevo equipamiento, etc. Afecta directamente al desempeño y a la propensión al error.

CT CONDICIONES DE TRABAJO: Son todos aquéllos factores que afectan a la capacidad de trabajar en condiciones óptimas en el puesto de trabajo. Ej: Condiciones de calor incómodo, iluminación deficiente, ruido de los equipos, de obras, demasiada gente,...

FOE FACTORES ORGANIZATIVOS Y ESTRATÉGICOS: Son factores, bien adquiridos, o bien propios de la organización. Pueden permanecer latentes o no ser reconocidos como importantes debido a otros tipos de presión tales como objetivos de actuación externos. La agrupación de los factores contribuyentes en un sistema de clasificación es importante por numerosas razones. Primeramente proporciona un marco para el análisis y un nivel de Clasificación NPSA de factores contribuyentes consistencia que de otra forma sería difícil de encontrar. En segundo lugar, el uso de un marco estandarizado proporciona la oportunidad de recoger y agrupar datos dispersos de una manera consistente. Estos pueden ser luego analizados tanto a nivel micro como macro, para identificar los aspectos que han de ser tenidos en cuenta en el trabajo de mejora y para proporcionar las soluciones previstas para mejorar la seguridad del paciente. Por ej: si un aspecto recurrente en su Sistema de Incidentes en la Seguridad del Paciente es – "fracaso en el seguimiento de los procedimientos/protocolos porque están desfasados, o lejos de los procesos y las prácticas actuales" – como organización debe saber que existe un aspecto de gestión organizativo que necesita ser "arreglado".

Para cada uno de los factores contributivos identificados será necesario considerar si el aspecto es causante o influyente.

FI FACTORES INDIVIDUALES

FACTORES INDIVIDUALES	COMPONENTES
FI1 Aspectos físicos	**FI11** Salud general, problemas de (ej.: nutrición, dieta, ejercicio, forma física,...) **FI12** Discapacidades físicas (ej.: problemas de visión, dislexia,...) **FI13** Fatiga
FI2 Aspectos psicológicos	**FI21** Stress (ej.: distracción / preocupación) **FI22** Enfermedades de salud mental específicas (ej: depresión) **FI23** Impedimentos mentales (ej.: enfermedad, drogas, alcohol, dolor) **FI24** Falta de Motivación (ej.: aburrimiento, suficiencia, baja satisfacción laboral) **FI25** Factores cognitivos (ej.: falta de atención, distracción, preocupación, sobrecarga, aburrimiento)
FI3 Aspectos sociales	**FI31** Problemas domésticos / Modo de vida inadecuado
FI4 Aspectos de personalidad	**FI41** Baja autoestima/ autoestima demasiado alta **FI43** Gregario/ interactivo, solitario **FI43** Evita riesgos/ tendencia por los riesgos

FES FACTORES DE EQUIPO Y SOCIALES

FACTORES DE EQUIPO	COMPONENTES
FES1 Congruencia de Rol o función	**FES1** No están las funciones, definiciones del rol perfectamente entendidas **FES1** No están los roles, funciones claramente definidos
FES2 Liderazgo	**FES21** No hay liderazgo efectivo – clínicamente **FES22** No hay liderazgo efectivo – administrativamente **FES23** El líder no puede dirigir **FES24** Las responsabilidades del líder no están claras y/o entendidas **FES25** El líder no es respetado
FES3 Apoyo y factores Culturales frente a recién llegados	**FES31** No existen mecanismos de apoyo para los trabajadores **FES32** Reacción inadecuada del equipo frente a incidentes de seguridad del paciente **FES33** Reacción inadecuada del equipo frente a conflictos **FES34** Reacción inadecuada del equipo frente a recién llegados **FES35** Equipo no abierto no receptivo

FC FACTORES DE COMUNICACIÓN

FACTORES DE COMUNICACIÓN	COMPONENTES
FC1 Comunicación verbal	**FC11** Órdenes / indicaciones verbales ambiguas **FC12** Tono de voz y forma de expresión inapropiada a la situación **FC13** Uso incorrecto del lenguaje **FC14** Dirigido a la(s) persona(s) inadecuada(s) **FC15** No se usan los canales de comunicación establecidos, reconocidos (ej: jefe de servicio)
FC2 Comunicación escrita, registros	**FC21** Los registros e informes son difíciles de leer **FC22** Los datos importantes no se guardan juntos ni están fácilmente accesibles cuando se necesitan **FC23** Los datos están incompletos o no actualizados? (ej: disponibilidad de historial clínico, valoración de los riesgos para el paciente,...) **FC24** Las circulares no llegan a todos los miembros del equipo **FC25** Los comunicados no se dirigen a las personas adecuadas
FC3 Comunicación no-verbal	FC31 Aspectos de lenguaje corporal (cerrado, disperso, agresivo, cara severa,...

DEFENSORIA DEL ASEGURADO V°B° L. LAVADO SUB-GERENTE ESSALUD

DEFENSORIA DEL ASEGURADO V° B° L. LEYTON V. JEFE DE OFICINA ESSALUD

DEFENSORIA DEL ASEGURADO V°B° L. GARCIA C. DEF. DEL ASEGURADO ESSALUD

FT FACTORES LIGADOS A TAREA

FACTORES DE TAREA	COMPONENTES
FT1 Guías, Protocolos, políticas y procedimientos	**FT11** No actualizadas **FT12** No disponible y inaccesible **FT13** No inteligible ni usable **FT14** Inadecuado: no claro, ambiguo; incorrecto; contenido complejo **FT15**Desfasado, no disponible o ilocalizable, no realista; inexistente **FT16** No cumplirlas, no seguirlas **FT17** Dirigidas a personal inadecuado (ej: destinadas a una audiencia inadecuada)
FT2 Ayudas a la toma de decisiones	**FT21** Falta de disponibilidad de ayudas, "check list" (herramientas de valoración de riesgos, informáticas, fax para permitir la valoración a distancia de resultados) **FT22** Difícil acceso a especialistas y personal con mayor experiencia **FT23** Difícil acceso a gráficos y diagramas o mapas **FT24** Información incompleta – resultados de análisis, historial clínico...
FT3 Diseño de procedimientos o tareas	**FT31** Las guías, protocolos no pueden llevarse a cabo por falta de tiempo **FT32** El personal no está de acuerdo con el diseño de tareas , procedimientos y/o protocolos **FT33** Con realismo, no todos los pasos de las tareas se pueden llevar a cabo

FFE FACTORES LIGADOS A FORMACIÓN Y ENTRENAMIENTO

FORMACIÓN Y ENTRENAMIENTO	COMPONENTES
FFE1 Competencia de la formación o entrenamiento	**FFE11** Falta de conocimientos adecuados **FFE12** Destrezas inadecuadas **FFE13** Tiempo de experiencia corto, falta de tiempo **FFE14** Calidad de la experiencia no apropiada **FFE15** Desconocimiento de la tarea **FFE16** Evaluación y valoración inadecuadas
FFE2 Supervisión de la formación o entrenamiento	**FFE21** No hay una supervisión adecuada **FFE22** No disponibilidad de monitores **FFE23** No adecuación de los monitores
FFE3 Disponibilidad / Accesibilidad de la formación o entrenamiento	**FFE31** Falta de formación en el propio trabajo **FFE32** Falta de formación en Emergencias **FFE33** Falta de formación en trabajo en equipo **FFE34** Falta de formación Básica **FFE35** Falta de cursos de actualización
FFE4 Conveniencia de la formación o entrenamiento	**FFE41** Contenidos incorrectos **FFE42** Destinatarios incorrectos o sin destinatarios **FFE43** Forma de expresión inadecuada **FFE44** Horario inadecuado

DEFENSORIA DEL ASEGURADO V°B° E. LAVADO SUB-GERENTE ESSALUD

DEFENSORIA DEL ASEGURADO V°B° I. LEYTON V. JEFE DE OFICINA ESSALUD

DEFENSORIA DEL ASEGURADO V°B° L. GARCIA C. DEF. DEL ASEGURADO ESSALUD

FER FACTORES LIGADOS A EQUIPAMIENTO Y RECURSOS

EQUIPAMIENTO	COMPONENTES
FER1 Monitores de aparatos	**FER11** Información incorrecta **FER12** Información inconsistente y/o poco clara **FER13** Información ilegible **FER14** Con interferencias
FER2 Funcionamiento/ Fiabilidad	**FER21** Funcionamiento incorrecto **FER22** Tamaño inadecuado **FER23** No fiabilidad **FER24** Especificaciones de seguridad no efectivas **FER25** Programa de mantenimiento inadecuado
FER3 Situación	**FER31** Situación o lugar incorrectos para el uso **FER32** Almacenamiento adecuado Usabilidad
FER4 Usabilidad/utilización	**FER41** Controles no claros **FER42** Manual de usuario inadecuado **FER43** Equipamiento no familiar **FER44** Nuevo equipo no utilizable. Necesidad de nuevo equipo **FER45** Falta de estandarización

CT CONDICIONES DE TRABAJO

FACTORES DE AMBIENTE DE TRABAJO	COMPONENTES
CT1 Factores administrativos	**CT11** Ineficiencia en general de los sistemas administrativos ej: nivel de confianza **CT12** Forma inadecuada de requerir datos médicos **CT13** Forma incorrecta de encargar medicamentos **CT14** No confianza en el apoyo administrativo
CT2 Diseño del entorno físico	**CT21** Diseño inadecuado de oficinas: sillas de ordenador, altura de mesas, pantallas anti-reflejos, pantallas de seguridad, , situación de archivadores, lugares de almacenamiento,... **CT22** Diseño de zona incorrecto: longitud, forma, visibilidad, espacioso, estrecho,...
CT3 Entorno	**CT31** Aspectos domésticos – limpieza inadecuada **CT32** Temperatura inadecuada **CT33** Iluminación deficiente **CT34** Nivel de ruidos excesivo
CT4 Personal de planta	**CT41** Habilidades o destrezas no adecuadas **CT42** Ratio inadecuado del personal/ paciente **CT43** Valoración inadecuada de la carga de trabajo **CT44** No hay Liderazgo **CT45** Uso excesivo de personal temporal **CT46** No permanencia del personal de planta/ rotación excesiva del personal
CT5 Carga de trabajo/ horas de trabajo	**CT51** Fatiga ligada a loa turnos de trabajo **CT52** Sin descansos entre horas de trabajos **CT53** Ratio personal/ paciente inapropiado **CT54** Tareas ajenas **CT55** Sin esparcimiento social, descanso o tiempo de recuperación
CT6 Tiempo	**CT61** Retrasos debidos a fallos del sistema o de diseño **CT62** Presión de tiempo

DEFENSORIA DEL ASEGURADO V°B° L. CAYADO SUB-GERENTE ESSALUD

DEFENSORIA DEL ASEGURADO V°B° I. LEYTON V. JEFE DE OFICINA ESSALUD

DEFENSORIA DEL ASEGURADO V°B° L. GARCIA G. DEF. DEL ASEGURADO ESSALUD

FOE FACTORES ORGANIZATIVOS Y ESTRATÉGICOS

FACTORES ORGANIZATIVOS	COMPONENTES
FOE1 Estructura organizativa	**FOE11** No existe estructura jerárquica, conduce a discusiones, problemas no compartidos,... **FOE12** No hay responsabilidades claramente delimitadas **FOE13** Modelo administrativo frente a modelo clinico
FOE2 Prioridades	**FOE21** No Orientadas hacia la seguridad de paciente **FOE22** No orientadas a evaluación externa **FOE23** Enfocadas en exceso al balance financiero
FOE1 Riesgos externos	**FOE11** Ausencia/inadecuación de política de subcontratación /externalización **FOE32** Subcontratas con responsabilidad no delegada **FOE33**Arrendamiento, subcontratas inadecuadas de equipos
FOE4 Cultura de Seguridad	**FOE41** Balance inadecuado seguridad / Eficiencia **FOE42** No se siguen de las reglas **FOE43** Términos y condiciones inadecuadas en los contratos **FOE44** No hay liderazgo basado en el ejemplo (ej : no hay evidencia visible de compromiso con la seguridad del paciente) **FOE45** Cultura no abierta, falta de concienciación

FP FACTORES DE LOS PACIENTES

FACTORES DE LOS PACIENTES	COMPONENTES
FP1 Condición clínica	**FP11** Comorbilidad pre-existente **FP12** Complejidad del estado del paciente **FP13** Gravedad/Severidad del estado del paciente **FP14** Difícil de tratar clínicamente
FP2 Factores sociales	**FP21** Cultura / Creencia religiosa que dificulten la condición **FP22** Hábitos nocivos, forma de vida (tabaco/alcohol/drogas/dieta...) **FP23** Idioma diferente o no comprensible **FP24** Bajo nivel económico (miseria) **FP25** No existencia de redes de apoyo
FP3 Factores fisicos	**FP31** Estado físico – malnutrición, problemas de sueño
FP4 Factores mentales y psicológicos	**FP41** Motivación (agenda, incentivos) **FP42** Stress (presión familiar, financiera) **FP43** Presencia de desorden mental **FP44** Trauma
FP5 Relaciones interpersonales no adecuadas	**FP51** Personal a paciente y paciente a personal **FP52** Paciente a paciente **FP53** Entre familia – parientes, padres, hijos.

DEFENSORIA DEL ASEGURADO V°B° G. CAVADO SUB-GERENTE ESSALUD

DEFENSORIA DEL ASEGURADO V°B° L. LEON V. JEFE DE OFICINA ESSALUD

DEFENSORIA DEL ASEGURADO V°B° L. GARCIA C. DEF. DEL ASEGURADO ESSALUD

ANEXO 4

EsSalud Seguridad Social para todos — FORMATO DE REGISTRO DE EVENTOS CENTINELA — DEFENSORIA DEL ASEGURADO EsSalud	
RED ASISTENCIAL	TRIMESTRE
CENTRO ASISTENCIAL	AÑO
RESPONSABLE DE OF. CALIDAD	FECHA
RESPONSABLE DE OAS	SERVICIO INVOLUCRADO
DESCRIPCION DEL EVENTO CENTINELA	

	RECOMENDACIONES EMITIDAS EN EL ANALISIS DEL EVENTO CENTINELA	RESPONSABLE	FUENTE DE VERIFICACION
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			

DEFENSORIA DEL ASEGURADO V°B° G. LAVADO SUB-GERENTE ESSALUD

DEFENSORIA DEL ASEGURADO V°B° T. LEYTON V. JEFE DE OFICINA ESSALUD

DEFENSORIA DEL ASEGURADO V°B° L. GARCIA C. ESSALUD

ANEXO 5. INDICADOR DE GESTION DE EVENTO CENTINELA

La ficha del indicador sugerido para la medición de la medida en que se realiza el análisis y se generan mejoras en los centros asistenciales se describe en la ficha de indicador que se detalla a continuación.

Indicador : Porcentaje de Eventos Centinela gestionados	
Fundamento	La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la seguridad del paciente como la "ausencia de daño innecesario, real, o potencial asociado a la atención sanitaria". Este concepto es relativamente nuevo, pues el concepto inicial de seguridad estaba circunscrito exclusivamente al daño; en cambio, el concepto actual está ampliado e involucra al daño y el riesgo de daño. Los distintos estudios a nivel mundial consideran que la frecuencia con que se producen eventos adversos en un hospital es muy alta y que más del 65% de los eventos son prevenibles. Por lo tanto, la medición de estos sirve para identificar los factores que contribuyen a su presentación de manera que se pueda gestionar e intervenir sobre ellos y reducir el riesgo de sufrir algún tipo de daño a los pacientes. Los estándares de acreditación internacional y nacional exigen a los centros asistenciales disponer de un sistema de notificación de eventos adversos asociados a la atención. En la actividad asistencial hospitalaria, hay una serie de factores que influyen en la práctica clínica que van desde factores organizativos y de gestión, componentes del ambiente de trabajo, componentes del equipo, componentes individuales o del personal, de la ocupación y del paciente
Ámbito del desempeño y aplicación	Calidad, Seguridad y Efectividad
Lineamientos de Política Institucional	Brindar atención integral de salud, digna y de alta calidad, con calidez y compromiso a todos los asegurados.
Tipo de Indicador	De proceso y resultado
Forma de cálculo	N° total de eventos centinela reportados y gestionados x100 N° total de eventos Centinela reportados
Definición operacional	▪ **Evento Adverso:** Es un incidente o efecto adverso indeseado que puede afectar la salud del paciente; está directamente asociado con la atención recibida y no a la enfermedad de fondo. El incidente no llega a producir daño; el efecto adverso si afecta la salud del paciente. ▪ **Efecto Adverso:** Una lesión, complicación, incidente o un resultado inesperado e indeseado en salud del paciente, directamente asociado con la atención de salud. ▪ **Incidente**: Evento adverso que no ha causado daño pero susceptible de provocar daño o complicación en otras circunstancias o que pudiera favorecer la aparición de un evento adverso. ▪ **Evento Centinela:** Es un tipo de evento adverso que produce la muerte o un daño físico o psicológico severo de carácter permanente, que no estaba presente anteriormente y que requiere tratamiento permanente o cambio en estilo de vida. Un evento adverso sólo en ocasiones es un evento centinela; en cambio todo evento centinela es un evento adverso.

DEFENSORIA DEL ASEGURADO V°B° E. LAVADO SUB-GERENTE ESSALUD

DEFENSORIA DEL ASEGURADO V°B° I. LEXORA V. JEFE DE OFICINA SALUD

DEFENSORIA DEL ASEGURADO V°B° L. GARCIA C. ESSALUD

	▪ **N° total de Eventos Centinela reportados**: Es el número de eventos adversos acontecidos en el Centro Asistencial que produce la muerte o un daño físico o psicológico severo de carácter permanente, hasta incluso la muerte, que no estaba presente anteriormente y que requiere tratamiento permanente o cambio en estilo de vida, que son informados a la Oficina de Calidad del CAS. ▪ **N° total de Eventos Centinela reportados y gestionados:** Es el número de eventos adversos que han sido consignados en el Sistema de Notificación de Eventos Adversos, o identificado en una queja, en la discusión de un caso clínico, etc., que reúnen las características de evento Centinela, y que han sido objeto de análisis de las causas que favorecieron la ocurrencia del mismo convirtiéndose en oportunidad de mejora para rediseñar los procesos que garanticen una atención segura en los CAS. ▪ **Riesgo: Es el** factor que incrementa la probabilidad de ocurrencia de un evento adverso dentro del sistema de atención de salud. ▪ **Notificación de evento adverso:** Es un sistema de reporte que permite la identificación de eventos e incidentes que ocurren durante la atención de salud a fin de realizar un análisis a profundidad de los factores que contribuyen a la presentación del evento o incidente. ▪ **Gestión de Eventos Adversos / Evento Centinela:** para que el reporte sea útil es necesario que se desarrolle un análisis de las causas que favorecieron la ocurrencia del evento adverso o evento centinela y tomar acciones con respecto a las fallas o actos inseguros identificados (procesos inseguros) para rediseñar los procesos que garanticen una atención segura en los CAS de EsSalud. ▪ **Medidas adoptadas para reducir el riesgo:** Son las acciones encaminadas a reducir, gestionar o controlar un daño, o la probabilidad de que se produzca un daño asociado a un incidente. Implementar barreras de prevención de eventos adversos.
Fuente Auditable	- Consolidado de Eventos Adversos (efectos adversos e incidentes) del CAS. - Sistema de Notificación, Reporte, Procesamiento y Análisis de Eventos Adversos e Incidentes del Centro Asistencial. - Software de Eventos Adversos e Incidentes.
Meta para 2012	- **Porcentaje de eventos Centinela gestionados I y II Nivel: > 50%; III Nivel: >60%**
Frecuencia de Reporte a GCPS	- Semestral
Frecuencia de evaluación	- Trimestral y Anual
Responsable de la medición	- Oficina de Gestión de Calidad y Control Interno - Unidad de Planeamiento y Calidad - Jefes de Departamento y Servicio
Responsable del análisis y consolidación en la Red	- Oficina de Gestión y Desarrollo - Oficina de Gestión de Calidad y Control Interno
Responsable del análisis y consolidación en la Sede Central	- Sub Gerencia de Seguridad del Paciente - Oficina de Calidad y Seguridad del Paciente de la Defensoría del Asegurado

DEFENSORIA DEL ASEGURADO V°B° L. LAVADO SUB-GERENTE ESSALUD

DEFENSORIA DEL ASEGURADO V°B° L. LEYVA V. JEFE DE OFICINA ESSALUD

DEFENSORIA DEL ASEGURADO V°B° L. GARCIA C. DEF. DEL ASEGURADO ESSALUD

BIBLIOGRAFIA

1. Aibar C, Aranaz J.- Ministerio de Protección Social - UNIDAD DIDÁCTICA 4: ¿Qué es el error?

2. IBEAS:Red pionera en la seguridad del paciente en Latinoamérica. WHO/IER/PSP/2010.3 Organización Mundial de la Salud, 2010

3. Luengas Amaya, Sergio. Seguridad del paciente: conceptos y análisis de eventos adversos. Centro de Gestión Hospitalaria. Vía Salud. Número 48. Julio de 2009. Colombia.

4. Ministerio de Protección Social. Herramientas para promover la Estrategia de la Seguridad del Paciente en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud. República de Colombia, 2008.

5. Ministerio de Protección Social .Miguel y Carlos Recio Ministerio de Sanidad y Consumo 2008

6. Perneger TV. The Swiss cheese model of safety incidents: are there holes in the metaphor? BMC Health Serv Res. 2005 Nov 9;5: 71.

7. Reason .Human Error: Models and management. BMJ.2000 Mar 18;320(7237):768-70

8. Ruiz-López Pedro, González Carmen, Alcalde-Escribano Juan. Análisis de causas raíz. Una herramienta útil para la prevención de errores. Rev. Calidad Asistencial. 2005;20(2):71-8. España.

9. To Err is Human: Building a Safer Health System, Linda T. Kohn, Janet M. Corrigan, and Molla S. Donaldson, Editors. Committee on Quality of Health Care in America INSTITUTE OF MEDICINE, NATIONAL ACADEMY PRESS Washington, D.C. 1999

10. Vincent C. Patient Safety. London: Churchill-Livingstone, 2006