

**“Todas las mujeres que dan vida,  
caminan por los andamios de la muerte”**

**Marta González de Paco.  
Líder indígena Aymara, El Alto, Bolivia**

# **Modelo de SEGURIDAD CLÍNICA del paciente para la atención OBSTÉTRICA de emergencia**



Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social  
República de Colombia



Fondo de Población  
de las Naciones Unidas



## **Modelo de seguridad clínica del paciente para la atención obstétrica de emergencia**

- Ministerio de la Protección Social
- UNFPA

Diseño: [ACM\\_Design](#)  
*Andrés Carvajal Mateus*  
*acarvaja\_11@hotmail.com*

Corrección de estilo:  
*Azucena Gómez*

Impresión: [LEGIS S.A.](#)

**Bogotá D.C. Diciembre de 2010**

© Queda prohibida la reproducción parcial o total de este documento por cualquier medio escrito o visual, sin previa autorización del Ministerio de la Protección Social.



**MAURICIO SANTA MARÍA SALAMANCA**  
Ministro de la Protección Social

**BEATRIZ LONDOÑO SOTO**  
Viceministra de Salud y Bienestar

**GERARDO BURGOS BERNAL**  
Secretario General

**LENIS ENRIQUE URQUIJO VELÁSQUEZ**  
Director de Salud Pública

**RICARDO LUQUE NÚÑEZ**  
Coordinador de Promoción y Prevención



Libertad y Orden

**Ministerio de la Protección Social**  
República de Colombia



**TANIA PATRIOTA**  
Representante en Colombia

**LUCY WARTENBERG**  
Representante Auxiliar

**MARY LUZ MEJÍA GÓMEZ**  
Asesora en Salud Sexual y Reproductiva



Fondo de Población  
de las Naciones Unidas





**COMITÉ EDITORIAL**  
**Convenio 620**

Mary Luz Mejía Gómez  
Carlos Iván Pacheco Sánchez  
Maria Cristina Toro Ramírez  
Claudia Lily Rodríguez Neira  
Alejandro Rodríguez Aguirre  
Luis Antonio Torrado Rangel





**AUTOR DEL MODELO**  
**Julio César Vergel Garnica.**

**Capítulo V**  
**Marco Conceptual de la Morbilidad Materna Extrema**

Edgar Iván Ortiz Liscano

**Participantes Mesa de Expertos para Validación del Modelo**

**Lorenza Beatriz Ospino Rodríguez.** *Consultora SSR DGSP.*  
Ministerio de la Protección Social – UNFPA

**Julio César Vergel Garnica.** *Consultor Calidad y Seguridad Clínica.*  
Ministerio de la Protección Social – UNFPA

**Edgar Ivan Ortiz.** *Ginecoobstetra.*  
Corporación Científica Pediátrica

**Virna Patricia Medina.** *Ginecoobstetra, intensivista.*  
Hospital Universitario del Valle

**María Fernanda Escobar V.** *Ginecoobstetra, intensivista.*  
Fundación Valle del Lili

**Francisco Edna.** *Ginecoobstetra.*  
Gestar Salud - Clínica de Maternidad Rafael Calvo





**José Rojas.** *Intensivista.*  
Gestar Salud - Clínica de Maternidad Rafael Calvo

**Isabel Cristina Peña.** *Consultora Maternidad Segura.*  
Instituto Nacional de Salud

**Hernán Rodríguez.** *Referente Salud Materno Perinatal.*  
Organización Panamericana de la Salud

**Carlos Edgar Rodríguez.** *Director Acreditación en Salud.*  
ICONTEC

**Sergio Luengas Amaya,** *Consultor Seguridad Clínica.*  
Asociación Centro de Gestión Hospitalaria

**Mary Luz Mejía Gómez.** *Asesora de Salud Sexual y Reproductiva.*  
UNFPA

**Carlos Iván Pacheco.** *Asesor Auxiliar de Salud Sexual y Reproductiva.*  
UNFPA





# CONTENIDO

	PÁGINA
Prólogo	19
Presentación	21
Introducción	25
<b>I.</b> Marco político y principios del modelo	29
<b>II.</b> Marco legal y normativo	31
<b>III.</b> Marco bioético de operación del modelo	33
<b>IV.</b> Objeto y alcance del modelo	37
<b>V.</b> Marco conceptual de la morbilidad materna extrema	39
1. Definición y criterios para la identificación de caso	39
2. Fuentes de información	41
3. Análisis cualitativo	42
4. Construcción colectiva	43
5. Modelo de análisis	45
6. La generación del dato	45
7. La asignación de causa y su clasificación	46
8. Definición de evitabilidad	46
<b>VI.</b> Marco conceptual de la seguridad clínica de los pacientes	47
<b>VII.</b> Marco lógico de operación del modelo	51
<b>VIII.</b> Articulación con el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención en salud SOGC	53
<b>IX.</b> Roles de actores fundamentales	55
<b>X.</b> Componentes del modelo	57
1. Evaluación del ambiente y entorno de seguridad	57
2. Detección de indicios de atención insegura (tamizaje con criterios de inclusión de MME)	62
3. Análisis retrospectivo proactivo de casos (protocolo de Londres)	64
3.1 Procedimiento de investigación de incidentes y eventos adversos	83
3.2 Modelo organizacional de causalidad de incidentes clínicos	83
4. Evaluación de ambientes seguros, rondas de seguridad y reuniones breves de seguridad para los servicios materno – perinatales	92
4.1 Rondas de seguridad	92
4.2 Reuniones breves de seguridad	93
5. Planes de mejora para la seguridad del paciente.	93
5.1 Sistema de información para la seguridad del paciente para MME (construcción de línea de base)	100



# ANEXOS

	<b>PÁGINA</b>
<b>ANEXO 1</b> Cuestionario sobre seguridad de los pacientes en morbilidad materna extrema e instructivo	113
<b>ANEXO 2</b> Cuestionario modular para la revisión de casos de eventos adversos para morbilidad materna extrema	121
<b>ANEXO 3</b> Instructivo para el diligenciamiento del cuestionario modular para la revisión de casos de eventos adversos para morbilidad materna extrema	141
<b>ANEXO 4</b> Protocolo de investigación de sucesos (incidentes y eventos adversos) en morbilidad materna extrema e instructivo	153
<b>ANEXO 5</b> Formato para rondas de seguridad en el servicio de ginecoobstetricia e instructivo	163
<b>ANEXO 6</b> Planes de mejoramiento para seguridad clínica en morbilidad materna extrema e instructivo	167





## PRÓLOGO

### “Todas las mujeres que dan vida, caminan por los andamios de la muerte”

**I**mposible elegir un mejor comienzo para presentar un texto que aborda la seguridad de la atención obstétrica de emergencia. Es tan acertada como desgarradora y real, y desde luego una reflexión necesaria que deberíamos trasladar incluso a los alumnos de las escuelas de ciencias de la salud.

La seguridad del paciente, aún sin haberse explicitado, ha sido uno de los pilares en los que se ha apoyado la práctica clínica desde la época hipocrática, y lo ha hecho desde una perspectiva ética antes que desde la mejora de la calidad de la asistencia. La aproximación a la seguridad del paciente se ha iniciado a través del conocimiento de indicadores negativos: la frecuencia de eventos adversos que de alguna manera se han identificado como relacionados con la práctica clínica. Sin embargo, nuestra cultura organizativa no es por lo general evaluativa, a pesar del convencimiento de su necesidad que podamos tener los profesionales de la salud.

La seguridad del paciente es una dimensión clave de la calidad asistencial que necesita ser medida, y que puede definirse como la ausencia de lesiones o complicaciones evitables, producidas como consecuencia de la atención sanitaria. Se alcanzará en la medida que se logre la interacción y equilibrio de múltiples actuaciones del sistema sanitario y de sus profesionales en áreas como la prevención de infecciones, el uso seguro de medicamentos, el desarrollo de procedimientos y prácticas clínicas seguras o la mejora de la comunicación entre niveles asistenciales y profesionales y pacientes.

Los sistemas de salud, cada vez más complejos requieren profesionales competentes técnicamente, motivados, preparados para trabajar en equipo, capaces de aplicar el mejor conocimiento disponible, creativos, cumplidores, preocupados por la calidad asistencial, comprometidos en la mejora de la salud de los pacientes y de la población, con sentido común y con tiempo para desarrollar las cualidades mencionadas de forma eficiente.

Los principales problemas de los sistemas de salud en materia de seguridad del paciente, radican en la cada vez más compleja asistencia sanitaria por un lado, en la mayor vulnerabilidad de los pacientes por otro y en las dificultades para lograr la mejor comunicación que una organización compleja hace que sea difícil.

La Organización Mundial de la Salud, consciente de esa realidad, firmó en 2005 una Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente en todo el mundo. Además, instó a los gobiernos, a las organizaciones sanitarias y a los profesionales a que trabajaran en pro de ese objetivo, porque cuando se toma conciencia de una realidad es cuando es posible mejorarla. Desde entonces ha desarrollado las llamadas “estrategias de práctica clínica segura” para una cantidad considerable de procesos asistenciales (información accesible en website de WHO).

La seguridad clínica, como dimensión clave de la calidad asistencial, es el resultado de un conjunto de valores, actitudes, competencias y actuaciones de todos los profesionales y del propio sistema de salud. Conscientes de su importancia y de que la atención a la salud conlleva, inevitablemente riesgos, la seguridad clínica ha entrado a formar parte de la agenda de trabajo de los principales organismos internacionales relacionados con la organización de la actividad asistencial.

Es evidente que en materia de seguridad de pacientes tenemos historia que revisar, presente que describir y analizar, y sin duda, un futuro para normalizar buenas prácticas, para cambiar conductas, para mejorar hacia esa cultura generativa de ideas en la que la seguridad sea un estilo de ejercicio de la práctica clínica con implantación transversal en las organizaciones sanitarias.

El texto que tiene en sus manos **“MODELO DE SEGURIDAD CLÍNICA DEL PACIENTE PARA LA ATENCIÓN OBSTÉTRICA DE EMERGENCIA”** es una excelente contribución para la mejora de la seguridad del paciente por el abordaje tan integral que ha conseguido en su diseño y redacción, supone un claro avance para el conocimiento, y permite un escenario en el que la práctica clínica pueda desarrollarse con serenidad a la vez que se incremente la garantía de seguridad que tanto ansiamos pacientes, profesionales y organizaciones de prestación de atención sanitaria.

### **Jesús M<sup>a</sup> Aranaz Andrés**

Jefe del Servicio de Medicina Preventiva y Calidad Asistencial.

Hospital Univeritari Sant Joan d’Alacant.

Departamento de Salud Pública Historia de la Ciencia y Ginecología.

Universidad Miguel Hernández

Director de los estudios IBEAS, APEAS y ENEAS

# PRESENTACIÓN



La mortalidad materna es considerada como un indicador de desarrollo social, en razón a que involucra aspectos relacionados con el grado y organización de los servicios de salud, la calidad de los mismos, la posibilidad de comunicación y transporte entre los lugares en que las mujeres viven y los centros en que se atenderán sus necesidades de salud y la posibilidad de recibir atención oportuna de las complicaciones derivadas de la maternidad, así mismo, del nivel educativo y de conocimiento de las mujeres, sus familias y las comunidades a las que pertenecen, sobre el proceso de gestación y sus signos de peligro y en general los medios para desarrollar acciones que promuevan y prevengan la enfermedad materna mediados factores demográficos, socioeconómicos y culturales.

En nuestro país, se han logrado avances significativos en la reducción de la mortalidad materna, gracias a la implementación de estrategias locales y globales alineadas al cumplimiento de los objetivos de desarrollo del milenio; una de ellas corresponde a la "Metodología para la Vigilancia de la Morbilidad Materna Extrema" (VMME) impulsada a partir de 2007 por el Ministerio de la Protección Social, con apoyo del Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA). Esta estrategia emerge en la última década como un complemento a la investigación de la mortalidad materna, que permite, a partir de la identificación y análisis de casos de morbilidad materna extrema, evaluar la calidad y mejoramiento de los servicios de salud materna.

La aplicación de esta metodología ha demostrado que siguen siendo los trastornos hipertensivos, las hemorragias, los abortos, las infecciones y las complicaciones del trabajo de parto y el parto, las principales causas de la morbilidad y mortalidad materna, las cuales se consideran evitables hasta en un 90% de los casos. De igual manera, se visibilizan causas no médicas, que agravan la complicación obstétrica, relacionadas con demoras para tomar la decisión de acudir a los centros de atención en salud, retrasos para el acceso a los centro asistenciales, demoras en la atención en salud, que incluyen retrasos asociados a posibles fallas de la atención en salud, bien sea por barreras administrativas, proceso de referencia y contrarreferencia o por fallas de calidad propiamente dichas.

Por otra parte, el Ministerio de la Protección Social ha definido unos lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente, en los que se consideran prioritarios los procesos orientados a dotar de seguridad a la atención del binomio madre-hijo, los cuales fueron insumos para la construcción del "Modelo de Seguridad Clínica del Paciente para la Atención Obstétrica de Emergencia".

Este modelo se presenta a ustedes como una alternativa sistemática de análisis individual de casos, presentando actividades de investigación clínica y análisis de causa raíz, incluyendo la caracterización de las acciones inseguras y de los factores que contribuyen a ellas, siendo responsables de las fallas de la atención y simplifica los procesos de identificación de alternativas de mejora e intervención, en el marco de la atención brindada en los servicios de salud materna, en el ámbito organizacional, para el desarrollo de planes de mejora de la calidad, a la medida de cada uno de los prestadores que lo apliquen.

En este sentido, la presente publicación apunta a difundir aspectos metodológicos y conceptuales de la evaluación y mejora de la seguridad del paciente en la atención obstétrica de emergencia, así como los instrumentos para su implementación en las instituciones que cuentan con servicios de obstetricia de mediana y alta complejidad, en el ámbito asistencial y académico, siempre, con el objetivo de prevenir, mitigar y gestionar el riesgo de ocurrencia de eventos adversos ligados a la atención obstétrica de emergencia.

El modelo contempla una revisión del marco político mundial y nacional, en el que se enmarcan las estrategias lideradas por organismos del sistema de naciones unidas, como son la OMS, OPS, UNFPA, Banco Mundial, USAID y UNICEF, entre otros, a través de acuerdos y consensos como la estrategia "Reducir los Riesgos del Embarazo" (MPS, Making Pregnancy Safer), con el propósito de apoyar los esfuerzos mundiales en pro de una "Maternidad sin Riesgo" adoptada en nuestro entorno bajo el concepto de "Maternidad Segura", así como el marco bioético en el que se desarrolla el concepto de seguridad frente al manejo del riesgo y los principios que direccionan el modelo, así como su marco lógico de operación y su articulación natural con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad colombiano.

Para el país es claro que la prevención de la mortalidad y morbilidad materna dependen, en gran medida, del compromiso del Estado y de los demás actores involucrados en la gestión de los riesgos asociado al embarazo y de la continuidad y calidad de la atención del binomio madre-hijo, en todas las fases y en todos los grados de complejidad de la atención que se requieran.

El objetivo de la estrategia de análisis propuesta, es identificar asertivamente los procesos que generan riesgos en la atención de las maternas, bien sean asistenciales o administrativos, a fin de que los diferentes actores como Direcciones Territoriales de Salud (DTS), Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) e instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), de acuerdo con sus competencias, desarrollen acciones de mejora, que en últimas disminuyan las situaciones que contribuyen en la génesis de la morbilidad materna extrema, como son la captura tardía de pacientes por los programas de control prenatal, deficientes abordajes de prevención del embarazo en adolescentes, inadecuados procesos de seguimiento al control prenatal por parte de aseguradores, no adherencia a protocolos de atención por prestadores e inoportunos proceso de referencia y contrareferencia, entre otros, a fin de garantizar el derecho de las mujeres a un embarazo y un parto seguro y digno.

En este sentido, asumiendo nuestra corresponsabilidad de mejorar la efectividad clínica de los proceso de atención en salud relacionados con la atención del binomio madre-hijo, cuyos resultados deben relacionarse en últimas, con la disminución de la prevalencia e incidencia tanto de la mortalidad, como de la morbilidad materna, presentamos al país esta alternativa metodológica basada en la mejor evidencia disponible, como una herramienta moderna, que además de identificar de manera específica las fallas de calidad, provea la posibilidad técnica de

instaurar acciones de mejoramiento continuo, que permitan hacer realidad la premisa hipocrática básica de quienes asumimos responsabilidades en el ámbito sanitario: El “Primum non nocere”, que apunta desde la calidad y la seguridad clínica a evitar a toda costa el daño, como consecuencia de la atención en salud, asumiendo para este modelo desde la prestación de los servicios y desde la academia que la acompaña, la misma orientación del sistema General de Seguridad Social en Salud, que apunta a la generación de condiciones que protejan la salud de todos los colombianos.

## **BEATRIZ LONDOÑO SOTO.**

Viceministra de Salud y Bienestar  
Ministerio de la Protección Social





# INTRODUCCIÓN

Como la frase introductoria del documento, la muerte materna corresponde al riesgo más grande al que se someten las pacientes que se encuentran en gestación y por lo tanto, corresponde a uno de los indicadores más sensibles de evaluación de la calidad de los procesos de atención en salud obstétrica y perinatal.

La muerte materna como tal, por su sensibilidad, ha permitido evidenciar el grado de desarrollo de los países en razón a la alta correlación de este indicador con aspectos relacionados con el desarrollo de los pueblos en términos de accesibilidad, calidad global de la atención en salud y trato igualitario entre hombres y mujeres.

La mortalidad materna y perinatal ha sido históricamente más elevada en los países en vías de desarrollo, es expresión de las brechas de inequidad en el acceso a los servicios de salud y evidencia las condiciones de desigualdad que afecta a la población mundial. Situación que se afecta no solamente por las condiciones relacionadas estrictamente con aspectos de la salud pública, sino que también son expresión de profundos problemas relacionados con la justicia social, los derechos humanos, entendidos como incluyentes de los derechos sexuales y reproductivos reflejando en cierta forma exclusión social por razones de género, culturales y económicas, entre otras.

Además de lo anterior, la sensibilidad de la mortalidad materna como indicador permite evidenciar de manera importante, desafortunadamente, la capacidad de respuesta institucional de los prestadores de servicios de salud y del sistema en general, así como de los operadores de planes de beneficios en términos de oportunidad, eficacia y efectividad de la atención brindada al binomio madre-hijo.

Mientras los niveles de mortalidad infantil son en promedio 10 veces mayores en países en vía de desarrollo que en países desarrollados, la mortalidad materna es 100 veces más alta, situación que alerta de manera abrumadora sobre las características de la calidad de la atención en salud materna y perinatal y no sólo entre los diferentes países, sino también entre las diferentes zonas de un mismo país en razón a su sensibilidad de detección de situaciones de inequidad existente por razones de ruralidad o desarrollo regional del país. En el nivel mundial se ha estimado desde hace más de dos décadas que alrededor de medio millón de mujeres fallece cada año por causas relacionadas con el embarazo, el 99% de ellas en países en desarrollo. La diferencia entre la mortalidad materna de las regiones desarrolladas y las regiones en desarrollo es grande, así, en 1988 las cifras variaban de más de 700 por 100.000 nacidos vivos en los países menos adelantados a 26 por 100.000 en las regiones desarrolladas, como se indicaba en el

Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y Desarrollo, de El Cairo en 1994.<sup>1</sup>

La Organización Mundial de la Salud (OMS) calcula que por cada muerte materna en latinoamérica 135 mujeres presentan enfermedades relacionadas con la gestación, y aproximadamente 30 mujeres quedan con secuelas graves. La mayoría de las muertes maternas ocurren después del parto, generalmente, durante las 24 horas siguientes.<sup>2</sup>

De esta manera, como compromiso internacional y como consecuencia de los objetivos del milenio(ODM) se ha generado una cruzada asumida por los diferentes sectores de cooperación internacional y de articulación interagencial para prevenir y mitigar esta problemática a fin de reducir la mortalidad materna y perinatal, liderado por la Organización de Naciones Unidas (ONU).

En Colombia las cifras de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) 2005,<sup>3</sup> demuestran que durante el periodo comprendido entre 1990 y 2005, las cifras institucionales de atención prenatal por médico aumentaron del 79% al 88%; mejorando el acceso a los antiguos territorios nacionales, el 83% de las gestantes tuvo cuatro o más controles prenatales, el 71% de las gestantes asistió a su primer control prenatal al cuarto mes de gestación. De igual manera, la cobertura de atención del parto institucional fue del 92% y la tasa de cesárea del 27%; cifras que comparadas con los registros de nacidos vivos del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) de 2000 a 2007, evidencia un aumento de 90% a 97% en dicha cobertura.

De otro lado, cifras definitivas DANE 2007, registran una razón de mortalidad materna de 75,6 muertes por cada 100.000 mil nacidos vivos, mostrando un comportamiento del país en el contexto latinoamericano con cifras inferiores al promedio. Así mismo, las evaluaciones de la OMS, ubican al país con un 41% de reducción de la razón de mortalidad materna, y recomienda al país intensificar esfuerzos para lograr la meta de reducción propuesta.<sup>4</sup>

Una revisión de la información de muertes maternas del periodo comprendido entre 1987 y 2001 muestra que el mayor número de muertes maternas en su orden fue debido a complicaciones durante el embarazo (65,66%), complicaciones durante el puerperio (14,46%) y complicaciones durante el trabajo de parto y parto (11,94%).<sup>5</sup>

En cuanto a la identificación de causalidad de la mortalidad materna, otra revisión para el período 1997 – 2006 identificó como causas básicas directas las complicaciones hipertensivas en un 45 %; hemorragias peri y post parto en el 26,8%, abortos y sus complicaciones en un 10,2% y las infecciones en el 7% de los casos.<sup>6</sup>

Ahora bien, esta es la situación de la mortalidad materna que atañe y es importante en la investigación clínica de caso, para los procesos de mejora continua de la calidad en la atención en salud, sin embargo, la mortalidad materna que se describe con frecuencia como “apenas la punta del iceberg” no refleja la gran problemática de la calidad de la atención, con ello se pretende decir que la morbilidad materna equivale a la base amplia del iceberg y que aún no se ha descrito en gran medida y por tanto, refleja la mayoría de las fallas de atención, sobre las cuales se podría incidir de manera proactiva en los procesos de calidad a fin de evitar que la atención culmine en

<sup>1</sup> [http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2004/icpd\\_spa.pdf](http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2004/icpd_spa.pdf). Informe de la conferencia Internacional sobre la Población y Desarrollo. El Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994.

<sup>2</sup> OMS. Estrategia de Salud Reproductiva, para acelerar el avance hacia la consecución de los objetivos y las metas internacionales de Desarrollo. Ginebra, 2004.

<sup>3</sup> Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2005.

<sup>4</sup> Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2008 Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank.2010

<sup>5</sup> Saboya, Martha Idalí. Tendencias de la Mortalidad Materna en Colombia 1987- 2001, Tesis de grado Maestría en Salud Pública-Universidad Nacional de Colombia.2006.

<sup>6</sup> MPS. Características de la Mortalidad Materna Colombia. DGSP. Documento Interno de Trabajo.2009.

casos de mortalidad materna, con una ventaja operativa adicional y es que se puede contar con el relato de la sobreviviente para evaluar factores contributivos de los procesos de atención que pudieron generar fallas y que en ocasiones derivan en el deceso de la paciente, del recién nacido o del binomio.

En relación con las acciones para la seguridad en la atención de los pacientes, el país ha desarrollado una Política de Seguridad del Paciente, cuyo propósito fundamental es mejorar el desempeño de las instituciones de salud mediante la implementación de estrategias de evaluación y de mejora que reduzcan la posibilidad de la obtención de eventos adversos o fallas producto de ellos, mediante la participación y empoderamiento, de quienes participan en la atención a fin de gestionar procesos seguros de atención en salud.

Es claro que, desde las definiciones de los sistemas de seguridad clínica, la gestión se enfoca en evitar la ocurrencia de eventos adversos, teniendo presente que el más grave evento adverso derivado de la atención en salud es la muerte, bien sea causada por fallas activas en la prestación o por omisión de acciones seguras. Es importante tener presente también, que cuando ocurre un evento adverso o se presenta un incidente no sólo se genera daño al paciente, sino al personal de salud encargado de la atención por lo tanto, es fundamental la apropiación del sentido de corresponsabilidad de todos los actores del sector en la prestación segura de la atención en salud, en busca de su participación en la prestación y en los procesos que tienen conexidad con ella.

Desde el ámbito de la seguridad del paciente el país, en desarrollo de las líneas estratégicas definidas en la Política Nacional de Seguridad de los Pacientes, participó en el desarrollo del estudio iberoamericano Eventos Adversos (EA), IBEAS,<sup>7</sup> para la determinación de la prevalencia de eventos adversos en la atención hospitalaria en cinco países de Latinoamérica (Argentina, Colombia, Costa Rica, México y Perú) cuyos resultados generales mostraron una prevalencia global de pacientes con algún EA de un 10,5%. La prevalencia de EA fue de 11,85%, de la cual el 10,95% tuvo lugar antes de la hospitalización a estudio y el 60% se considera evitable. Para Colombia se evidenciaron valores más altos que la media del estudio, mostrando una prevalencia global de pacientes con algún EA de un 13,1%. La prevalencia de EA fue de 15,2%, de la cual el 11,5% tuvo lugar antes de la hospitalización a estudio y el 62,2% se consideraron evitables.

El estudio IBEAS para Colombia,<sup>8</sup> realizado sobre una muestra de 2405 pacientes de 12 hospitales, de los que se obtuvo información del 98,6% demostró que el evento adverso (EA) tiene una prevalencia global en el país de 15,2 % y de esta, el 6 % corresponde a usuarias obstétricas. En este grupo la prevalencia de EA en obstétrica fue próxima al 10%, caracterizado así: EA identificado en sala 41,2 % antes de la admisión 11,8 %, durante un procedimiento el 35,3%, posterior al procedimiento 11,8 %, y ligado al diagnóstico 7,1 %. El 70,6% se clasificó como un evento adverso moderado y el 29,4% como leve. La evitabilidad de estos eventos adversos fue clasificada en el 84,6 %; de otra parte, en los análisis de casos de mortalidad materna se ha documentado una evitabilidad cercana al 90 %.

<sup>7</sup> Aranaz J, Aibar C. Estudio IBEAS Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica en: [http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/INFORME\\_IBEAS.pdf](http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/INFORME_IBEAS.pdf)

<sup>8</sup> MPS. Estudio Ibeas 2009. Dirección General de Calidad de Servicios. Recuperado de: [http://201.234.78.38/ocs/public/seg\\_paciente/Default.aspx?pageNum=1](http://201.234.78.38/ocs/public/seg_paciente/Default.aspx?pageNum=1) Observatorio nacional de calidad de la atención en salud.

Si bien este estudio se desarrolló básicamente en el ámbito hospitalario de alta complejidad, se ha identificado que el 11,8 % de los EA se produjo en momentos previos al ingreso a estas instituciones, lo que indica que las fallas de calidad están presentes en todos los niveles de complejidad, razón por la cual los desarrollos dirigidos a la evaluación de seguridad de los pacientes deben enfocarse también a la evaluación de la calidad de la atención obstétrica de baja complejidad.

Así como la década de los ochenta fue considerada como el decenio en que se midió la mortalidad materna, los noventa en la que se midió la morbilidad materna, se aspira a que este sea el momento de medir lo que se ha logrado y mejor aun, medir la seguridad de la atención del binomio madre-hijo y evidenciar como estas mediciones pueden contribuir de manera complementaria a la gestión de la calidad de la atención en salud, toda vez que el análisis de la morbilidad permite analizar causas múltiples, clínicas, sociales y administrativas que están definidas por el tiempo, pero con antecedentes que escapan al período de embarazo y parto. Situación que ayuda a la realización de una evaluación integral no sólo de la atención clínica en sí, sino de la operación del sistema de salud y el tipo de aseguramiento que permiten, además, la apreciación de muchas dimensiones: etiología, gravedad, duración, momento de aparición, acumulación y secuelas, cada una con causas, consecuencias e implicaciones diferentes para el tratamiento y la prevención de resultados adversos, así como la determinación, con los resultados de la evaluación, de la asignación de recursos o la modificación, ampliación y mejora tanto de políticas como de servicios de salud.

## MARCO POLÍTICO Y PRINCIPIOS DEL MODELO



El panorama mundial, en el que se evidencia una realidad en la que 1.200 millones de personas subsisten con un dólar al día, 854 millones pasan hambre, 114 millones de niños en edad escolar no acuden a la escuela, de ellos, 63 millones son niñas; en el año pierden la vida 11 millones de menores de cinco años, la mayoría por enfermedades tratables; en cuanto a las madres, medio millón perece cada año durante el parto o maternidad. El sida no para de extenderse matando cada año a tres millones de personas, mientras que otros 2.400 millones no tienen acceso al agua potable, ha obligado a que desde el ámbito global se generen múltiples propuestas y estrategias para el desarrollo de las naciones que se encuentran en condiciones de pobreza a fin de disminuir entre otras, las diferencias innecesarias e injustas en relación con el estado de salud de los pueblos.

De esta manera, una de las iniciativas más recientes fue la impulsada por el secretario general de Naciones Unidas 1992-1996, el egipcio Butros Butros-Ghali, quien propuso la celebración de una serie de cumbres internacionales para afrontar y poner remedio a los grandes problemas de la humanidad. En este contexto, tras la celebración de dichas citas a lo largo de los noventa y con la pujanza de los movimientos antiglobalización tuvo lugar en septiembre de 2000, en la ciudad de Nueva York, la Cumbre del Milenio. Representantes de 189 Estados recordaban los compromisos adquiridos en los noventa y firmaban la Declaración del Milenio, en la que se fijaron ocho objetivos de manera cooperada; metas que los 192 países miembros de las Naciones Unidas acordaron conseguir para 2015, uno de ellos es el número 5: "Mejorar la salud materna" planteado en función de reducir la mortalidad materna en tres cuartas partes, entre 1990 - 2015. Este compromiso fue asumido de igual manera por la OMS con estrategias como "Reducir los riesgos del embarazo" (MPS, Making Pregnancy Safer) con el propósito de apoyar los esfuerzos de la OMS en pro de una Maternidad sin Riesgo que en nuestro entorno se ha desarrollado bajo el concepto de Maternidad Segura.

Dicha estrategia determina no sólo el mejoramiento de los servicios de salud, sino la implementación de acciones comunitarias para asegurar que las mujeres y sus recién nacidos tengan acceso a la atención apropiada cuando la necesiten. De esta manera, se considera que el trabajo con individuos, familias y comunidades es el enlace fundamental que asegura la continuidad recomendada de atención durante el embarazo, el parto y el puerperio. Además, se reconoce que la disponibilidad de servicios de calidad no producirá los resultados de salud deseados si no hay posibilidades de que las personas se mantengan sanas, tomen decisiones saludables y puedan actuar conforme a ellas.<sup>9</sup>

<sup>9</sup> Organización Mundial de la Salud; Departamento de Reducir los Riesgos del Embarazo: Trabajando con individuos, familias y comunidades para mejorar la salud materna y neonatal. OMS 2010.

La política nacional de salud sexual y reproductiva (SSR) definida en 2002 por el MPS para 2002 - 2006, constituye la respuesta nacional a las recomendaciones originadas en la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer (1995), en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (1994), y en la OMS. Allí se señalaron los temas prioritarios para el caso de Colombia: maternidad segura, planificación familiar, salud sexual y reproductiva de las adolescentes y los adolescentes, cáncer de cuello uterino, infecciones de transmisión sexual y reproductiva VIH/SIDA, y violencia doméstica y sexual.

En este sentido, el presente modelo adopta los principios orientadores de la política nacional de salud sexual y reproductiva dentro del enfoque, según el cual los derechos sexuales y reproductivos son derechos humanos, la búsqueda de la equidad (particularmente en términos de género y de justicia social), el principio de la igualdad de trato y de oportunidades (concepto que incluye el tratamiento diferenciado de las necesidades especiales), el empoderamiento, la intervención focalizada, y la concepción de la salud como servicio público, que debe ser prestado con criterios de calidad, eficiencia, universalidad y solidaridad.<sup>10</sup>

<sup>10</sup> <http://www.minproteccionsocial.gov.co/vbecontent/library/documents/DocNewsNo15132DocumentNo1893.PDF>.  
Política nacional de salud sexual y reproductiva.

## MARCO LEGAL Y NORMATIVO



En el contexto normativo el país ha establecido directrices para el mejoramiento de la atención obstétrica en razón a la problemática que se enfrenta, privilegiando la atención materno infantil, así en la Constitución Política de 1991 se determina en el artículo 43 "...La mujer no podrá ser sometida a ninguna clase de discriminación durante el embarazo y después del parto gozará de especial asistencia y protección del Estado y recibirá de éste subsidio alimentario si entonces estuviere desempleada o desamparada...", así mismo, el artículo 49 "...Se garantizará a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud..." De igual manera, se establecen como prioritarios la atención del binomio madre-hijo en la Ley 100 de 1993 y su posterior reforma con la Ley 1122 de 2007, esta última que contempla en el artículo 33 el desarrollo del Plan Nacional de Salud Pública para cada cuatrienio, las acciones atinentes a la inclusión de "acciones dirigidas a la promoción de la salud sexual y reproductiva, así como medidas para responder al comportamiento de los indicadores de mortalidad materna".

La Resolución 412 de 2000 contiene las normas técnicas y guías de atención en SSR, que tienen como objetivo principal garantizar los derechos sexuales y reproductivos de la población e impactar los problemas más relevantes en el tema (embarazo no planeado, complicaciones del embarazo, parto y puerperio y las muertes maternas y perinatales), incluye la atención del puerperio y la detección de las alteraciones del embarazo como lo son la hipertensión inducida por el embarazo y las hemorragias asociadas al mismo.

Las condiciones para la prestación de los servicios obstétricos, la atención de complicaciones, el proceso de referencia y contrarreferencia y el traslado de pacientes han sido reglamentadas a través del proceso de habilitación del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad (SOGC) (Resolución 1011 de 2006).

De igual manera, la Resolución 769 y 1973 de 2008 que establece y modifica respectivamente la norma técnica para la atención en planificación familiar a hombres y mujeres, incluye la anticoncepción post aborto y post evento obstétrico.

En la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva uno de los temas de principal interés es la promoción de la maternidad segura con una meta de reducción de la mortalidad materna en un 50%. En esta política, además, se establecen estrategias para el abordaje del tema y acciones concretas que involucran a todos los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

El Decreto 3039 de 2007 establece el Plan Nacional de Salud Pública, que determina como

segundo objetivo mejorar la salud sexual y reproductiva y como meta nacional reducir por debajo de 62,4 por 100.000 nacidos vivos la tasa de mortalidad materna (Línea de base: 78,7 por 100.000 nacidos vivos. Fuente: DANE 2004), así mismo, la Resolución 0425 de 2008 define la metodología para la elaboración, ejecución, seguimiento, evaluación y control del Plan de Salud Territorial, y las acciones que integran el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas a cargo de las entidades territoriales, con el fin de adoptar las políticas, prioridades, objetivos, metas y estrategias del de dicho Plan para el cuatrienio 2007-2010 y que comprende intervenciones colectivas y acciones de promoción y prevención incluidas en el Plan Obligatorio de Salud (POS) del régimen contributivo y del régimen subsidiado a cargo de las entidades Promotoras de Salud (EPS) y en el Sistema General de Riesgos Profesionales a cargo de sus administradoras, en coherencia con los perfiles de salud territorial.

De otra parte, el Consejo Nacional de Política Económica y Social (CONPES) 091 de 2005, que establece las metas y estrategias de Colombia para el logro de los objetivos de desarrollo del milenio (ODM) –para 2015, que determina, entre otras, estrategias de información educación y comunicación (IEC) para aspectos relacionados con el embarazo en adolescentes, vigilancia epidemiológica para reducir los eventos de mortalidad materna y perinatal mediante el fortalecimiento del registro de estadísticas vitales, basados en la normalización de la estrategia de vigilancia en salud pública de la mortalidad materna, la capacitación del recurso humano en el manejo operativo del modelo de vigilancia y las técnicas de investigación y análisis de muertes. De igual forma, la investigación de los determinantes de la mortalidad materna en las diferentes regiones del país y la evaluación, seguimiento, control de calidad y retroalimentación continua del diligenciamiento del registro de mortalidad a fin de dar cumplimiento al objetivo 5 que establece como meta nacional la reducción de la razón de mortalidad materna a 45 muertes por 100.000 nacidos vivos, teniendo como línea de base 100 por 100.000 nacidos vivos en 1998.

En cuanto a las actividades relacionadas con la atención materna perinatal estas se establecen en el Acuerdo 008 de 2009 expedido por la Comisión y Regulación en Salud (CRES).

En relación con las características de calidad de la prestación de servicios, estas se definen en el Decreto 1011 de 2006 y las resoluciones complementarias que desarrollan el SOGCAS con sus cuatro componentes Sistema Único de Habilitación, Sistema Único de Acreditación, Sistema de Información para la Calidad y Auditoría para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la Atención en Salud. De igual manera, el presente modelo acoge las definiciones de los lineamientos para la implementación de Política de Seguridad del Paciente, así como la Norma Técnica de Sectorial en Salud "Buenas Prácticas de Seguridad del Paciente y el paquete instruccional Garantizar la Atención Segura del Binomio Madre – Hijo.<sup>11</sup>

<sup>11</sup><http://ocsav.info/paquetes/MADRE%20HIJO.pdf>

## MARCO BIOÉTICO DE OPERACIÓN DEL MODELO



Desde su nacimiento como disciplina la Bioética ha sido difícil de definir, de acuerdo con Potter, su creador, se identifica su origen en las ciencias biológicas ampliando su campo de acción a las ciencias sociales y las humanidades, en particular a los aspectos relacionados con los 'valores humanos',<sup>12</sup> aunque aún no existe un acuerdo sobre su dominio pues algunos tienden a reducir el ámbito de la bioética a lo relacionado con aspectos eminentemente médicos como es el caso de Callahan,<sup>13</sup> quien la considera como la intersección entre la ética y las ciencias biológicas ya que la bioética surge como una inquietud ante lo sucedido en la práctica médica y en la investigación médica, a raíz de la continua introducción de nuevos conocimientos científicos y más complejas posibilidades tecnológicas y otros; sin embargo, consideran su ámbito de aplicación a todas las acciones que generan interacción de los individuos entre sí y con su entorno en el que se desarrolla la vida, una apreciación más cercana a la ecología.

Sin embargo, es indudable que la bioética se regula en un criterio ético fundamental como es el respeto al ser humano, a sus derechos inalienables y a su bien meritorio primordial: la dignidad de la persona.

A este respeto Reich<sup>14</sup> considera la Bioética, además, como el estudio sistemático de la conducta humana en el ámbito de las ciencias de la vida y la salud, analizados a la luz de los valores y principios morales. En este sentido, se podría asumir que la bioética trata los dilemas y problemas morales derivados de la aplicación o la hipotética posibilidad de aplicación del conocimiento generado por las ciencias de la vida.<sup>15</sup> Por lo tanto, a diario, las decisiones, independientemente del rol que se desempeñe en los proceso de atención en salud, implican un juicio o dilemas morales, los que en ocasiones requieren un análisis meditado y prolongado de los valores en cuestión y en general, es lo que ocurre con algunos temas conflictivos como el del presente modelo, enmarcado en el campo de la salud sexual y reproductiva.

Es esencial el conocimiento de los principios básicos que permiten orientar la toma de decisiones y establezca el mismo ejercicio de los derechos sexuales como fundamento en la autonomía que tutela las preferencias y los valores de las pacientes. De igual forma, la beneficencia que promueve la acción en beneficio del otro suprimiendo prejuicios y promoviendo sus legítimos intereses, la no maleficencia que orienta el destierro del riesgo de los proceso de atención al tratar de seguir la premisa básica del "primum non nocere", que corresponde a la evitación del daño innecesario en los proceso de atención en salud y que se acompaña del principio de

<sup>12</sup>Potter VR. Bioethics: Bridge to the future. New York: Prentice Hall. 1971.

<sup>13</sup>Callahan D, Bioethics. En: Reich W. Encyclopedia of Bioethics, 2ª ed. New York: Prentice Hall. 1995: pags 248

<sup>14</sup>Reich W. Enciclopedia of Bioethics. New York: Free Press. 1978: pags 19.

<sup>15</sup>González-Valenzuela J. Perspectivas de bioética. México: Universidad Nacional Autónoma de México. 2008

beneficencia, que para este modelo se ajusta en gran parte al concepto de seguridad. Por último, la justicia que busca disminuir las situaciones de desigualdad en todos los ámbitos relacionados con los proceso de atención a fin de tratar de obtener los mejores resultados en las mejores condiciones posibles de operación de los servicios de salud.

Estos principios no sólo atañen al desarrollo y diseño de las políticas públicas, sino que pretenden orientar el comportamiento corporativo en la responsabilidad social de los operadores de los servicios de salud, desde el aseguramiento a la prestación de servicios incluidas las acciones individuales del personal de salud que intervienen en los proceso de atención y los diferentes actores sociales que intervienen en los proceso de atención integral al binomio madre- hijo.

En el contexto de la atención obstétrica de emergencia una apreciación bioética estaría relacionada directamente con los proceso de atención de este tipo de eventos, así como de su aseguramiento y ámbitos de tipo social que definen las condiciones de los resultados de dicha atención, desde una perspectiva más bien de consecuencia, en la que hay un alto grado de corresponsabilidad de los diversos actores en la obtención de buenos resultados.

Las conferencias de El Cairo<sup>16</sup> y Beijing fijaron posiciones sobre la interpretación y aplicación de los derechos humanos, respecto al marco moral y legal para el reconocimiento de la salud sexual y reproductiva dentro de los derechos humanos a fin de proteger y asegurar estos derechos y en concreto el derecho básico de todo individuo a la salud sexual y reproductiva para toda su vida. Igualmente, el Programa de Acción de El Cairo y la Plataforma de Acción de Beijing las cuales, a su vez se basan en valores y en principios éticos universalmente aceptados, en los que la perspectiva de género es el proceso a través del cual se espera eliminar todo vestigio de estas diferencias socialmente construidas.

En este sentido, la maternidad y el parto sin riesgo son considerados derechos fundamentales derivados de La Declaración Universal de Derechos Humanos donde se estableció que la “maternidad y la niñez tienen derecho a recibir atención y asistencia especiales”, que en últimas se encaminan en acciones que mitiguen o eliminen situaciones de riesgo ligados a la maternidad desde la asistencia al individuo, la familia y la comunidad, a la atención primaria, secundaria o terciaria, y a los aspectos relacionados con los problemas que más obstaculizan el acceso, la utilización y la prestación de los servicios de atención de salud materna y neonatal.

El enfoque de derechos humanos también refuerza el concepto de que el acceso a servicios apropiados y la prestación de esos servicios son derechos que las personas pueden exigir a sus gobiernos, y una obligación que el gobierno ha contraído con ellos mediante su participación en el consenso internacional sobre derechos humanos. Por lo tanto, el enfoque pretende facilitar a las mujeres, los hombres y las comunidades su tarea de abogar y actuar en el distrito, a fin de asegurar que haya servicios de atención e informaciones de salud materna y neonatal accesibles y disponibles para ellos cuando más los necesiten. Incrementar la conciencia sobre los derechos también puede empoderar a las mujeres, los hombres y las comunidades para “demandar” servicios de calidad que satisfagan sus necesidades.<sup>17</sup>

<sup>16</sup>[http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2004/icpd\\_spa.pdf](http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2004/icpd_spa.pdf). Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y Desarrollo. El Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994.

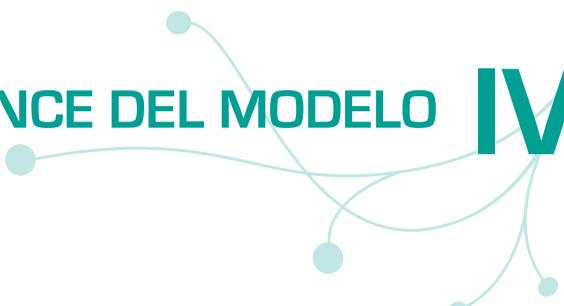
<sup>17</sup>Human Development Network. Safe motherhood and the World Bank: lessons from 10 years of experience. Washington, DC, WorldBank, 1999.

En el ámbito internacional ha sido clara la participación de las Naciones Unidas quien ha venido trabajando en la promoción y protección de los derechos sexuales y reproductivos, especialmente en América Latina, a través de las siguientes agencias y organismos: el Fondo para la Población, la OMS, la División para el Avance de la Mujer, el Alto Comisionado para los Refugiados, el Alto Comisionado para los Derechos Humanos, Organización Internacional de Migraciones, la UNESCO, la UNAIDS, la OIT, UNIFEM y varias importantes organizaciones no gubernamentales surgido del "Encuentro de Comités de los Tratados, sobre la aplicación de los Derechos Humanos a la Salud Reproductiva y Sexual", realizado en Ginebra en 2001, para unificar la jurisprudencia de los Comités de los tratados de derechos humanos sobre la salud reproductiva y sexual, en la que se plantearon como acciones fundamentales las siguientes:

- Aplicar la perspectiva de género al derecho a la salud, que incluye siempre los derechos sexuales y reproductivos.
- Interpretar las normas de los tratados internacionales sobre derechos sexuales y reproductivos como una parte inseparable de los derechos humanos.
- Asegurar el derecho a la salud de refugiados, migrantes, desplazados y de pueblos indígenas.
- Promover los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos no sólo en los países miembros de la ONU, sino en todos los programas de esa organización.
- Integrar en todos los programas los temas de salud reproductiva, población y desarrollo como una unidad, entre otros.



## OBJETO Y ALCANCE DEL MODELO **IV**



El objeto del presente modelo es el desplegar al interior de los servicios de obstetricia de baja mediana y alta complejidad en el país una metodología para la prevención, mitigación y gestión del riesgo de ocurrencia de eventos adversos ligados a la atención obstétrica de emergencia, complementado con la metodología de vigilancia de la morbilidad materna extrema a fin de disminuir los riesgos potenciales de muerte materna y perinatal, así como sugerir una metodología de análisis de caso individual en el ámbito organizacional para el desarrollo de planes de mejora de la calidad de la atención en salud, a la medida de cada uno de los prestadores que lo apliquen.

Se pretende que el presente modelo, además de convertirse en instrumento de mejora específica de la calidad de la atención obstétrica para los prestadores de servicios de salud, permita también convertirse en instrumento de reporte extra institucional para direcciones territoriales de salud y entidades administradoras de planes de beneficios (EAPB) para que desarrollen también planes de mejora en las acciones de su competencia frente a la gestión de los planes y programas de salud sexual y reproductiva relacionados con maternidad segura.



# MARCO CONCEPTUAL DE LA MORBILIDAD MATERNA EXTREMA<sup>18</sup>



La gestión de calidad a partir del estudio de la morbilidad obstétrica busca potenciar la oportunidad de incrementar la identificación de los factores que contribuyen a la cascada fatal de sucesos que suelen anteceder, de manera desafortunada, el curso de los embarazos hasta la muerte materna, del recién nacido o del binomio, así como de secuelas permanentes o transitorias que alteren los saldos de años de vida saludables o sin discapacidad de las gestantes. Además, permite tomar correctivos de una manera más oportuna para los factores contribuyentes que se asocian directamente a la atención o al entorno y que no obedecen a factores idiosincráticos de la paciente dados por su patología o co-morbilidad.

La medición y evaluación de la morbilidad obstétrica extrema es considerada una medida más sensible para la evaluación de los procesos de atención en salud y del entorno etnográfico en el que se desarrollan esos procesos de atención y que permiten la aparición del riesgo; además, que permite en estos contextos la cuantificación de la magnitud del problema en razón a que la evaluación de la morbilidad materna extrema exorbita el análisis a los simples aspectos de la atención dentro del sistema de salud y del momento de la atención final de la complicación, sino que adicionalmente, explora los problemas en la comunidad, en el sector de la salud y en otros sectores de la sociedad que influyen directamente en la complicación o en la muerte, gracias a que la estrategia acude a los familiares y allegados para obtener información adicional de estos factores.- De esta manera la entrevista directa a las mujeres que padecieron la complicación ofrece ventajas: la información es oportuna, más confiable y el ambiente de la entrevista es más favorable al no tener un desenlace fatal. Igualmente, es más fácil obtener información adicional del personal médico, con una menor carga emocional relacionado con la dimensión de los sensibles (como se tratará más adelante) porque se impidió una muerte.

Por último, el aspecto más importante: se pueden detectar aspectos positivos que fueron los que evitaron el desenlace fatal y se cambia el enfoque del análisis de la muerte, generalmente, asumido como punitivo por otro más proactivo, con oportunidad de identificar y resaltar aspectos positivos a replicar.

## 1. DEFINICIÓN Y CRITERIOS PARA LA IDENTIFICACIÓN DE CASO

Durante el embarazo el proceso salud - enfermedad está representado por una secuencia de eventos entre los extremos de salud y muerte. Dentro de esta secuencia un embarazo puede ser considerado como no complicado, complicado (morbilidad), severamente complicado (morbilidad severa), o con una complicación severa que amenaza la vida de la gestante.

<sup>18</sup> Ortiz L, Edgar Iván. Construcción Colectiva del Perfil de Morbilidad Materna Extrema en Direcciones Territoriales de Salud de Colombia: Trabajo de grado presentado como requisito parcial para optar al título de magíster en salud pública. Universidad del Valle, 2008.

En esta última condición las mujeres se pueden recuperar, presentar incapacidad temporal o permanente y morir. Aquellas gestantes que sobreviven a una complicación que amenazaba su vida y que cumplan con los criterios de inclusión definidos para la identificación de caso son consideradas como casos de morbilidad materna extrema (Figura 1).

**FIGURA 1.** Secuencia entre los extremos de salud y muerte durante el embarazo



A partir de 2007 la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG) concertó el uso del término “morbilidad materna extrema”, como el que mejor define aquellas gestantes sobrevivientes posterior a una complicación que amenazaba su vida, y la definió como “una complicación severa que ocurre durante el embarazo, parto y puerperio, que pone en riesgo la vida de la mujer o requiere de una atención inmediata con el fin de evitar la muerte”.<sup>19</sup>

La identificación del caso se debe realizar con base en los tres grupos de criterios propuestos por la OMS<sup>20</sup> los cuales pueden ser adaptados a las características particulares de cada región, relacionados con aspectos clínicos, epidemiológicos, tecnológicos y administrativos.

<sup>19</sup> Ortiz EI., et al. Caracterización de la Morbilidad Materna Extremadamente Grave (near miss) en instituciones seleccionada de América Latina. Publicación FLASOG. Octubre 2008.

<sup>20</sup> Oladapo A et al. Changing patterns of emergency obstetric care at a Nigerian University Hospital. International Journal of Gynecology and Obstetrics (2007) 98, 278–284

La FLASOG propone la identificación del caso a partir de la presencia de uno o más criterios de inclusión relacionados con cualquiera de los tres grupos propuestos por OMS (criterios de inclusión mixtos), los cuales se describen a continuación.

**Criterios relacionados con signos y síntomas de enfermedad específica:**

- a. Eclampsia
- b. Choque séptico
- c. Choque hipovolémico

**Criterios relacionados con falla o disfunción orgánica:**

- a. Cardíaca
- b. Vasculár
- c. Renal
- d. Hepática
- e. Metabólica
- f. Cerebral
- g. Respiratoria
- h. Coagulación

**Criterios relacionados con el manejo instaurado a la paciente:**

- a. Ingreso a UCI
- b. Cirugía
- c. Transfusión sanguínea aguda

Se recomienda realizar vigilancia activa identificando los casos durante la hospitalización de la gestante. Para la identificación de casos de morbilidad materna extrema se debe tener en cuenta que estos se presentan en instituciones públicas o privadas de referencia para el manejo de la emergencia obstétrica. Los sitios centinelas para la vigilancia son los servicios de admisión de urgencias, las unidades para el manejo del alto riesgo obstétrico, las salas de partos, las áreas de hospitalización para puerperio y las unidades de cuidado intensivo adulto.

## 2. FUENTES DE INFORMACIÓN

Debe disponerse de los registros clínicos generados durante el proceso de atención desde el primer contacto con el sistema de salud, y de la entrevista a la gestante.

**a. Registros clínicos**

Los registros hospitalarios ofrecen una información valiosa para la identificación y análisis de causalidad de la MME y son la base de trabajo de los comités institucionales de vigilancia. La calidad del registro debe ser óptima y actualizada y debe incluir todo el proceso de la atención, desde el sitio de contacto con el sistema de salud hasta el sitio o institución de referencia que maneja la morbilidad materna extrema. La historia clínica, las evoluciones médicas, las notas de enfermería, las órdenes médicas, los resultados de laboratorio y de pruebas diagnósticas, los RIPS, los certificados de referencia y contrarreferencia, son entre otros los registros más utilizados como fuente de información.

### b. Entrevista a la gestante

Teniendo en cuenta que la gestante sobreviviente es la fuente primaria de información, la entrevista, es clave para la identificación de los factores sicosociales determinantes del evento relacionado con el contexto social, los estilos de vida y las dinámicas sociales, los cuales difícilmente se obtienen a partir de los registros hospitalarios.

Implica la aplicación del mismo formato propuesto en el SIVIGILA<sup>21</sup> para la entrevista en los casos de muerte materna. Tiene como objetivo hacer una evaluación exhaustiva de aquellas condiciones relacionadas con el entorno, aspectos sociales, económicos, culturales, la percepción frente a los servicios de salud con base en experiencias previas, el conocimiento de deberes y derechos, de riesgos, de signos y síntomas de alarma que pudieron incidir en la oportunidad de procurar la atención médica por parte de la gestante, los cuales pudieron ser determinantes en la ocurrencia del evento.

## 3. ANÁLISIS CUALITATIVO

### a. La identificación de los retrasos o demoras

Se realizará un análisis cualitativo basado en la información obtenida de los registros clínicos y la entrevista realizada a la gestante y sus familiares, utilizando la metodología del camino para la supervivencia.<sup>22</sup>

Esta metodología permite identificar en cada uno de los casos los retrasos o demoras asociadas a la ocurrencia de la MME, identificando no sólo los determinantes biológicos y médicos, sino otros determinantes no médicos asociados con el evento final.<sup>23</sup>

Los retrasos se clasifican en:

 **Retraso tipo I:** Demora para reconocer la necesidad de atención en salud, relacionada con falta de información sobre complicaciones del embarazo, (señales de peligro y desconocimiento de deberes y derechos en salud sexual y reproductiva).

 **Retraso tipo II:** Demora asociada con el acceso a la atención de la gestante y su familia desde el sitio de habitación, relacionada con barreras sociales, culturales o económicas o con experiencias previas negativas frente a los servicios de salud.

 **Retraso tipo III:** Asociado con retraso en la referencia una vez la gestante accede a los servicios de salud, relacionado con la capacidad instalada para la comunicación y transporte, con aspectos administrativos que generan demoras o con la oportunidad y calidad de la referencia en condiciones que salven vidas.

 **Retraso tipo IV:** Asociado con todos los eventos que determinan una calidad de atención deficiente en los servicios de salud incluyendo, además, del acto médico todas las actividades de tipo administrativo que inciden en la optima prestación del servicio desde la preconcepción, la atención prenatal, el parto y puerperio.

<sup>21</sup>Protocolo para la Vigilancia de la Mortalidad Materna en Colombia. SIVIGILA. Instituto Nacional de Salud. Bogotá-Colombia

<sup>22</sup>Murray SF, Bacchus L. Patient safety adverse maternal health outcomes: the missing social inequalities "lens". BJOG 2005; 112: 1339-1343.

<sup>23</sup>Berg C. Daniel I, Mora G. Guías para la Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Materna. 1ª edición: Washington, USA; Organización Panamericana de la Salud. 1996.

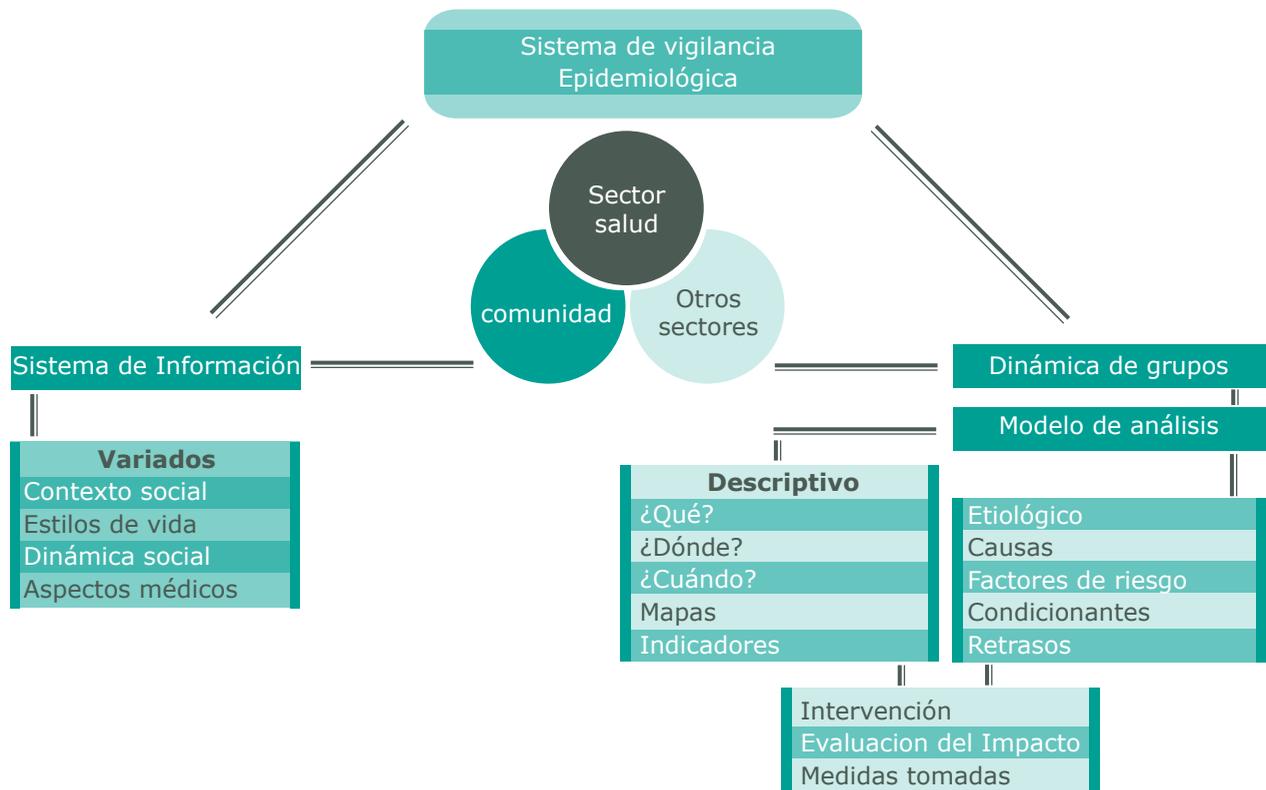
FIGURA 2. Camino para la supervivencia/ruta hacia la vida



#### 4. CONSTRUCCIÓN COLECTIVA

Es un método para el análisis integral de los factores relacionados con la ocurrencia de un evento en salud con participación de todos los actores o grupos de interés involucrados en el acopio y procesamiento de datos y análisis, e interpretación de la información para la toma de decisiones.

FIGURA 3 Componentes de la construcción colectiva



El concepto de construcción colectiva se fundamenta en el carácter multifactorial de los eventos en salud que requieren acciones integrales para su intervención. Esta integralidad sólo se logra con base en una mirada conjunta de los actores del sistema de salud, la comunidad y demás sectores relacionados con la ocurrencia del evento que se esté vigilando. Para tal efecto, es necesario aplicar nuevas metodologías que propicien este tipo de escenarios.

La implementación de la metodología de construcción colectiva implica disponer, además de la información relacionada con la atención a la gestante, diferentes fuentes de información que permitan conocer el contexto social, los estilos de vida y las dinámicas sociales de su entorno. Por consiguiente, es necesaria la elaboración de instrumentos para recolección de información que faciliten la generación del dato, análisis estadísticos y construcción de indicadores. La metodología de construcción colectiva permite a través de dinámicas de grupo una mayor participación de actores que por su formación garantizan un análisis más apropiado de aquellos factores no médicos que determinan la ocurrencia del evento, o de aquellos factores relacionados con aspectos administrativos y de atención médica que condicionan la prestación del servicio, de tal manera que se contrarreste la tendencia habitual a focalizar los análisis únicamente a partir de los actos médicos.

La participación de actores comunitarios y de otros sectores, además de promover una mayor integralidad en los análisis, puede garantizar la factibilidad de las intervenciones, en especial aquellas relacionadas con aspectos socioculturales y del entorno y favorece el seguimiento de las mismas.

El modelo de análisis debe considerar no sólo el evento, sino los factores potenciales que lo producen, y debe partir desde la descripción del evento (qué, dónde, cuándo), su georreferenciación, hasta el análisis etiológico que permita establecer las causas, factores relacionados, factores de riesgo, condicionantes, empleando metodologías de análisis como las propuestas para el análisis de la muerte materna por el MPS en el SIVIGILA<sup>24</sup> denominada la "ruta hacia la vida". La construcción colectiva garantiza no solamente la elaboración de planes de mejoramiento más adecuados a la intervención de los factores determinantes, sino un mayor compromiso de los involucrados en la ejecución de los mismos.

Esta información debe ser el insumo para que los comités de vigilancia realicen análisis integrales en procura de establecer los factores determinantes de la morbilidad materna extrema, requiriendo la implementación de dinámicas de grupo que permitan una participación amplia de los diferentes actores y saberes involucrados en el tema. Estas dinámicas de grupo implican la participación de los involucrados en la prestación del servicio desde el nivel administrativo hasta el nivel operativo de cada una de las instituciones que tuvo contacto con la gestante y de actores del nivel comunitario e intersectorial.

La información que se produce debe influenciar la gerencia y transformación de las instituciones y territorios a fin de que se convierta en información político-técnica para la toma de decisiones en escenarios de planificación.

Esta investigación adoptó algunos de los componentes de la construcción colectiva, centrados en una amplia participación de los actores del SGSSS involucrados en la prestación de los servicios de salud a las gestantes, en la aplicación de una dinámica de grupos más participativa y en la utilización de instrumentos para favorecer un modelo de análisis más integral y ajustado a lo previsto en los protocolos para la vigilancia epidemiológica, los cuales se describirán en la metodología.

<sup>24</sup> Protocolo para la Vigilancia de la Mortalidad Materna. SIVIGILA. Instituto Nacional de Salud. Bogotá-Colombia.

## 5. MODELO DE ANÁLISIS

Se recomienda realizar un análisis para la descripción en tiempo, lugar y persona que incluya como mínimo:

### a. Análisis demográficos

- Distribución de casos por edad, etnia, estado civil, escolaridad, estrato socioeconómico

### b. Análisis de tiempo

- Distribución de casos por mes.
- Identificación patrones de estacionalidad.
- Tiempo de estancia hospitalaria.
- Tiempo transcurrido entre el ingreso y la internación en UCI.
- Tiempo de internación en UCI

### c. Análisis de lugar

- Procedencia
- Puesto centinela donde ocurrió el evento.
- Institución de referencia.
- Sitio de atención del parto.

### d. Análisis de persona

- Control prenatal, vía del parto, edad gestacional, gravidez.
- Distribución de la causalidad.
- Distribución de la causalidad por tiempo de estancia hospitalaria, edad materna, procedencia, control prenatal y acceso a la UCI.
- Distribución según manejo médico instaurado.
- Distribución según retrasos o demoras en la población de estudio, por tipo de aseguramiento, por DTS, por EPS, por IPS.
- Descripción de la frecuencia de los factores determinantes de los retrasos o demoras.

### e. Georreferenciación

- Por procedencia
- Por sitio de atención de parto.
- Por sitio de remisión.

## 6. LA GENERACIÓN DEL DATO

La generación del dato se realiza mediante el diligenciamiento de formatos diseñados para tal fin los cuales deben incluir las variables necesarias para realizar los análisis de los casos y la generación de indicadores de resultado y de severidad del compromiso de la gestante para facilitar la caracterización del evento, la toma de decisiones y la evaluación del impacto de las intervenciones en el marco de la calidad de la atención materna. Estas variables deben permitir análisis descriptivos de tiempo, lugar, persona, de aspectos socio demográfico,

económico y cultural de las comunidades y de las familias, y análisis etiológicos que faciliten la identificación de los factores de riesgo, las causas y los factores que las determinan.

## 7. LA ASIGNACIÓN DE CAUSA Y SU CLASIFICACIÓN

**En los casos de morbilidad, la CIE 10 recomienda establecer:**

👉 **Causa principal de morbilidad:** definida como la afección causante primaria de la necesidad de tratamiento o investigación que tuvo la gestante o la lesión que inició la cadena de acontecimientos patológicos que condujeron directamente a la morbilidad. Si hay más de una afección así caracterizada debe seleccionarse la que se considera la mayor causante del uso de recursos.

👉 **Otras causas:** se define como aquellas que coexistieron o se desarrollaron durante el episodio de atención y afectaron el tratamiento de la gestante. Las afecciones que hayan afectado anteriormente a la gestante, pero que no inciden en el episodio actual no se deben registrar.

**Se realizará una clasificación según la causa en directas o indirectas:**

👉 **Causas directas:** MME que es producida por complicaciones del embarazo, parto y/o puerperio, por intervenciones, omisiones, tratamiento incorrecto o por una cadena de eventos resultantes de uno de ellos Ejemplo: (Preeclampsia).

👉 **Causas indirectas:** MME que es producida por enfermedades preexistentes o enfermedades que se desarrollan durante el embarazo y no son debidas a causas obstétricas directas, pero que son agravadas por el embarazo. Ejemplo: (cardiopatía).

## 8. DEFINICIÓN DE EVITABILIDAD

El concepto de MME evitable se define con relación a la tecnología disponible, a los actos médicos y al patrón de uso de servicios que pudieron incidir para prevenir la ocurrencia del evento.

Es necesario precisar el contexto y ámbito en el cual se desarrolla el análisis para la clasificación de evitable o prevenible, el cual permite identificar en mayor o menor grado los puntos críticos a intervenir para su prevención.

La atención de las complicaciones relacionadas con el embarazo usualmente no requiere equipos sofisticados o de alta tecnología o entrenamiento para que pueda llevarse a cabo. Sin embargo en nuestros países la mujer puede tener dificultades para el acceso a una buena atención o no existen los recursos adecuados.

No se pueden separar las causas médicas de la MME de los factores sociales, económicos y culturales que están contribuyendo a que las condiciones biológicas y su manejo sean peores y más difíciles de solucionar.

Las mujeres que sobreviven a las complicaciones del embarazo pueden tener problemas de salud que se convierten en un riesgo permanente y que afectan no solo a la mujer, sino a su futuro reproductivo en forma parcial o permanente.

# MARCO CONCEPTUAL DE LA SEGURIDAD CLÍNICA DE LOS PACIENTES VI

El Diccionario de la Real Academia Española de la Lengua brinda dos opciones para la seguridad y se refieren en primer lugar a la cualidad de seguro, y fianza u obligación de indemnidad a favor de alguien, en las cuales determina en su primera acepción el concepto de "seguro", que se entiende como libre y exento de todo peligro daño o riesgo y la segunda corresponde en cierta manera al concepto de "indemnidad", relacionado directamente con la ausencia de daño, que en últimas es la pretensión de los procesos de administración del riesgo direccionados a la seguridad clínica de los pacientes, como se verá más adelante.

De acuerdo con la taxonomía desarrollada por la OMS, y los criterios definidos en apoyo de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente,<sup>25</sup> así como las definiciones de la política de seguridad del paciente del país, se pueden identificar los elementos que juegan un papel en la gestión de la seguridad del paciente y que se describirán a continuación:

Se entiende entonces, como seguridad del paciente el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

La esfera de la seguridad del paciente se enmarca en el conjunto de acciones que determinan la ausencia de lesiones o complicaciones evitables, producidas o potencialmente producidas como consecuencia de la atención en salud recibida.

Entre las dimensiones de la seguridad del paciente se pueden encontrar entre otras:

- Seguridad del entorno y de los equipos.
- Prevención de las infecciones asociadas a la atención en salud.
- Seguridad en el uso de los medicamentos procedimientos y prácticas clínicas seguras.
- Comunicación efectiva en los diferentes niveles de la prestación de la atención.

Así mismo, se contaría con las siguientes definiciones desde el contexto de la taxonomía de seguridad del paciente para efectos de la investigación clínica y la implementación de acciones de mejora:

• *Falla de la atención en salud*, corresponde a una deficiencia para realizar una acción prevista según lo programado o la utilización de un plan incorrecto, lo cual se puede manifestar mediante la ejecución de procesos incorrectos (falla de acción) o mediante la no ejecución de los procesos correctos (falla de omisión), en las fases de planeación o de ejecución. Las fallas son por definición no intencionales.

<sup>25</sup> Sherman H et al. Towards an International Classification for Patient Safety: the conceptual framework: The World Alliance for Patient Safety Drafting Group.

• *Indicio de atención insegura*, corresponde a un acontecimiento o una circunstancia que puede alertar acerca del incremento del riesgo de ocurrencia de un incidente o evento adverso.

• *Incidente*, corresponde a un evento o circunstancia que sucede en la atención clínica de un paciente que no le genera daño, pero que en su ocurrencia se incorporan fallas en los procesos de atención.

Se considera el riesgo como la probabilidad que un incidente o evento adverso ocurra.

**Evento adverso** es el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño.

*Resultados para el paciente*, corresponden a los efectos sobre el paciente y pueden ser:

- Daño, alteración estructural o funcional del organismo y cualquier efecto perjudicial derivado de la atención.
- Enfermedad, disfunción fisiológica o psicológica.
- Lesión, daño producido a los tejidos por un agente o una circunstancia.
- Sufrimiento, la experiencia de algo subjetivamente desagradable.
- Discapacidad, cualquier tipo de alteración estructural o funcional del organismo, limitación de actividad y restricción de la participación en la sociedad, asociadas a un daño pasado o presente.

Las categorías naturales de los resultados para el paciente se denominan tipos de eventos adversos, término descriptivo de una categoría formada por incidentes de naturaleza común que se agrupan por compartir características semejantes.

**Los eventos adversos pueden ser de acuerdo con su grado de prevenibilidad, prevenibles y no prevenibles:**

**Evento adverso prevenible**, corresponde al resultado no deseado, no intencional, que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial, disponibles en un momento determinado.

**Evento adverso no prevenible**, corresponde al resultado no deseado, no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial.

**Los eventos adversos de acuerdo con su gravedad pueden ser graves, moderados o leves.**

**Evento adverso grave** corresponde al resultado no deseado, no intencional, que se presenta y que ocasiona fallecimiento, incapacidad residual al alta o requiere de una intervención quirúrgica.

**Evento adverso moderado**, corresponde al resultado no deseado, no intencional, que se presenta y que ocasiona prolongación de la estancia hospitalaria de al menos un día.

**Evento adverso leve**, corresponde al resultado no deseado, no intencional, que se presenta y que no prolonga la estancia.

Ahora bien, cuando el daño no se origina en los procesos de atención, se habla de Complicación, daño o resultado clínico no esperado, no atribuible a la atención en salud, sino a la enfermedad o a las condiciones propias del paciente.

**Violación a la seguridad de la atención en salud**, las violaciones de la seguridad de la atención en salud son infracciones a los proceso de atención en salud, intencionales que implican la desviación deliberada de un procedimiento de un estándar o de una norma de funcionamiento.

En relación con la gestión de calidad en seguridad clínica del paciente se pueden tener las siguientes definiciones:

**Sistema de gestión del evento adverso**, se define como el conjunto de herramientas, procedimientos y acciones utilizadas para identificar y analizar la progresión de una falla a la producción de daño al paciente, con el propósito de prevenir o mitigar sus consecuencias y se basa en acciones de reducción de riesgo que son todas aquellas intervenciones que se hacen en estructuras o en procesos de atención en salud para minimizar la probabilidad de ocurrencia de un incidente o evento adverso.

Tales acciones pueden ser proactivas o reactivas, proactivas como el análisis de modo y falla y el análisis probabilístico del riesgo, mientras que las acciones reactivas son aquellas derivadas del aprendizaje obtenido luego de la presentación del incidente o evento adverso, como por ejemplo el análisis de ruta causal.

**Barrera de seguridad**, corresponde a una acción o circunstancia que reduce la probabilidad de presentación del incidente o evento adverso.

**Factor contribuyente**, circunstancia, acción o influencia que se considera ha desempeñado un papel en el origen o en la evolución de un incidente, o que ha aumentado el riesgo de que se produzca. Dichos factores pueden ser externos a la organización, organizacionales, relacionados con el personal de salud (por ejemplo, falta de información o entrenamiento o ausencia de supervisión) o relacionados con el paciente (por ejemplo conducta riesgosa, nivel educativo). Los errores humanos podrían clasificarse en errores humanos, fallos del sistema y características del paciente.

**Factores de recuperación**, comprenden la detección y atenuación del incidente. La detección se define como una acción o circunstancia que da lugar al descubrimiento de un incidente. Los mecanismos de detección pueden formar parte del sistema (por ejemplo, las alarmas de los circuitos de los ventiladores o de las bombas de infusión) o pueden ser el resultado de un proceso de inspección o de vigilancia.

**Factor atenuante**, se define como una acción o circunstancia que impide o modera la evolución de un incidente hacia la provocación de un daño al paciente. El mecanismo del daño ya se ha iniciado, pero aun no ha producido el máximo daño posible. (Por ejemplo, uso de antídotos o uso de medicamentos para anular la acción de otros).

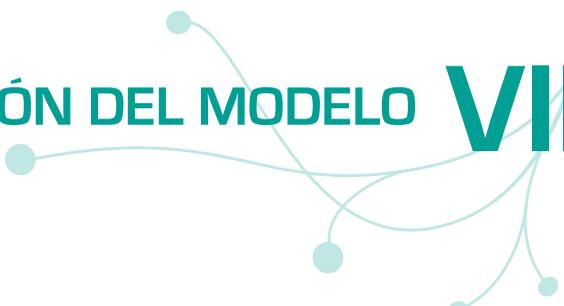
También existen resultados para la organización, y dentro de ellos se definen las acciones de mejora como medidas adoptadas o una circunstancia alterada para mejorar o comenzar cualquier daño derivado de un incidente. Buscan el restablecimiento tanto de la situación clínica del paciente, como de las repercusiones que haya sufrido la organización.

**Medidas adoptadas para reducir el riesgo**, se definen como acciones encaminadas a reducir, gestionar o controlar un daño, o la probabilidad de que se produzca un daño asociado a un

incidente. Estas acciones pueden relacionarse directamente con los incidentes y factores contributivos, la detección de los factores atenuantes o las acciones de mejora que pueden ser proactivas (antes de que suceda el incidente) o reactivas (a partir de los conocimientos adquiridos tras la observación del mismo).

Las acciones de mejora y las medidas que se utilizan para disminuir la frecuencia de la aparición del incidente o para aumentar la capacidad para su detección incluyen las denominadas barreras del sistema. Todas estas medidas encaminadas a atenuar el impacto de los eventos adversos en el paciente y las que pretenden restablecerlo incluyen los denominados planes de mejoramiento continuo de la calidad para la seguridad del paciente, los cuales se podría decir que permiten desarrollar la resiliencia, que hace referencia al grado en que un sistema previene, detecta, mitiga o mejora continuamente riesgos o incidentes.

# MARCO LÓGICO DE OPERACIÓN DEL MODELO VII



El modelo pretende desarrollarse en seis frentes fundamentales a saber:

• La evaluación diagnóstica de ambiente y entorno de seguridad de los servicios de ginecoobstetricia con la aplicación de la encuesta ajustada a este tipo de servicios, la cual determina una serie de recomendaciones generales relacionados con la mejora del ambiente y entorno de seguridad que se convertirán en oportunidades de mejora continua y a su vez se traducirán en acciones de mejora del plan de acción del servicio.

• Por otro lado, la detección de indicios de atención insegura con el instrumento de tamizaje ajustado con los criterios de inclusión de MME, que desencadena la investigación clínica para la vigilancia de la morbilidad materna extrema y a su vez la detección de eventos adversos.

• La investigación clínica de caso individual tamizado mediante la instrumentación del protocolo de Londres, que provee la clasificación y evaluación del mismo, que permite la identificación de oportunidades de mejora que también se traducirán en acciones de mejora del plan de acción del servicio.

• Evaluaciones permanentes de ambientes seguros mediante el desarrollo de rondas de seguridad y reuniones breves de seguridad para los servicios materno – perinatales, en los que se identifican en los servicios mediante la inspección directa e interacción con el personal de salud, de los riesgos de la atención y la identificación de oportunidades de mejora, que al igual que las anteriores, se traducirán en acciones de mejora del plan de acción del servicio.

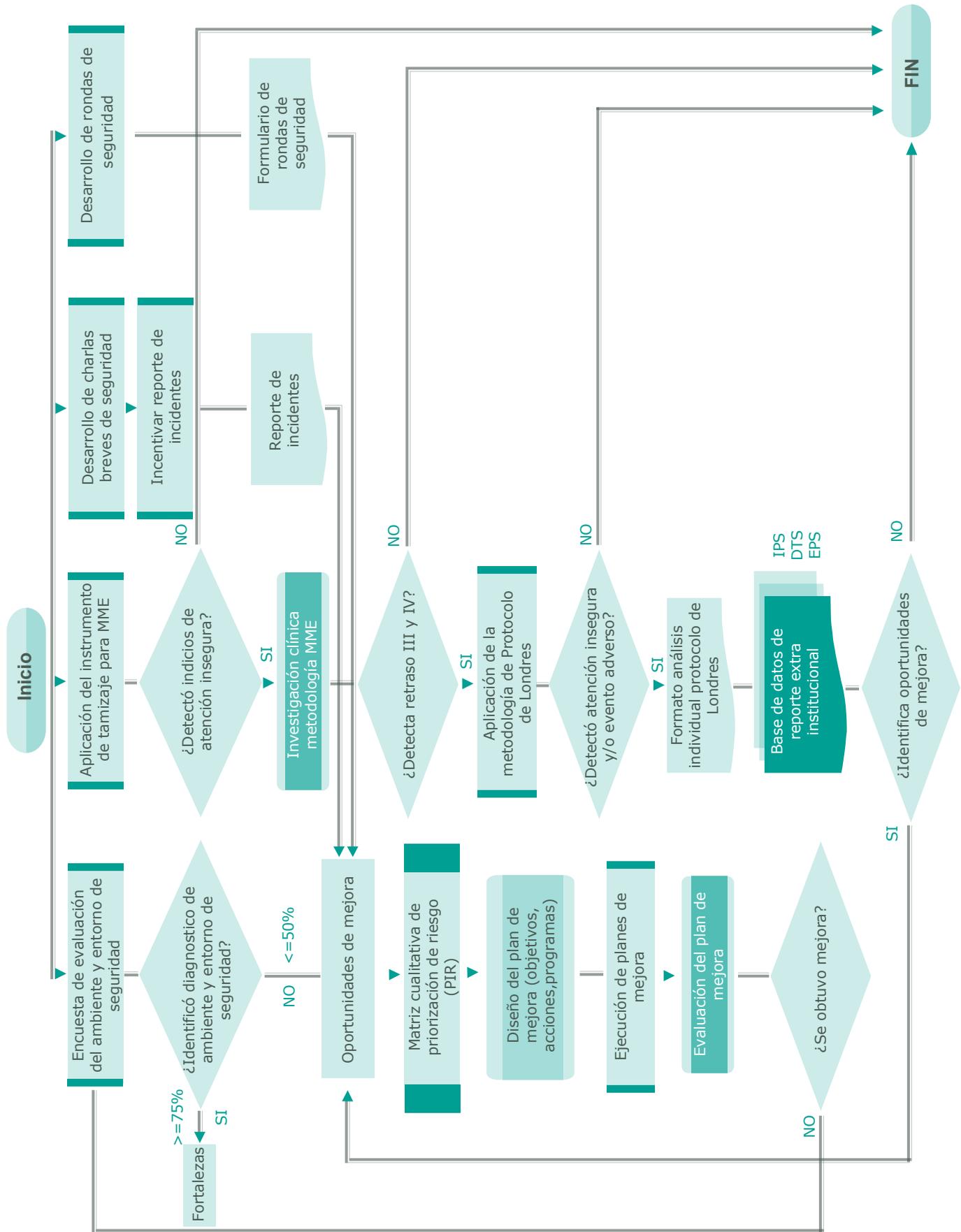
• Realización de los planes de acción o de mejora institucional para los servicios de ginecoobstetricia con priorización de acciones de mejora mediante evaluación de riesgo costo y volumen.

• Generación de bases de datos de reporte extra institucional obtenido del análisis y evaluación de caso para la toma de decisiones por aseguradores, direcciones territoriales y nivel central para gestión de lineamientos técnicos de orden nacional o subnacional.

Estas actividades se desarrollaran de manera simultánea en los servicios de obstetricia, empezando por la aplicación de la encuesta de evaluación de ambiente y entorno de seguridad, que se aplica como evaluación previa ex – ante en el servicio y se sugiere una nueva aplicación como evaluación ex - post al menos seis meses después.

Las demás actividades sugeridas pueden desarrollarse de manera permanente y simultanea como se evidencia en el siguiente flujograma:

FIGURA 4 Flujograma Seguridad Clínica Morbilidad Materna Extrema MME



# ARTICULACIÓN CON EL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD SOGCAS VIII

Desde 2002, en el país se ha implementado el SOGCAS, cuyo desarrollo ha sido gradual en cada uno de sus componentes, así en sus inicios el énfasis del enfoque de riesgo se hizo evidente con el desarrollo de un fortalecido Sistema Único de Habilitación, en el que se apuntó inicialmente a garantizar unos estándares mínimos en términos de estructura en su mayoría y de procesos prioritarios en la atención en salud dependiendo del tipo de servicio; con un sistema de acreditación que contó con un desarrollo tímido, pero que se ha fortalecido con el transcurrir de los años, en parte por la aceptación de la estrategia por parte de los prestadores de servicios de salud que han entendido la dinámica de la competencia por calidad de nuestro SGSSS y de paso, se ha entendido la dinámica del mercadeo internacional de servicios de salud mediante el cumplimiento de estándares superiores de calidad avalados por entidades internacionales.

De esta manera el sistema ha venido evolucionando incluyendo nuevos frentes de trabajo que han demostrado gran eficiencia en el nivel mundial por la obtención de resultados de calidad en la atención en salud, tal como ha sido la introducción de la estrategia de seguridad clínica del paciente que ha tenido un despliegue global respaldado por la OMS y que ha lanzado iniciativas globales como la "Alianza mundial para la seguridad del paciente" la cual ha buscado estandarizar en los hospitales y en los sistemas de salud prácticas que brinden mayor seguridad y menores errores. Siendo este punto el de más eficiente conexión con la acreditación en salud donde la pretensión es la de la obtención de los mejores resultados posibles, mediante la aplicación de las mejores prácticas disponibles, que cuenta con apartados específicos de evaluación en las organizaciones que optan por este galardón.

De igual manera, el componente Auditoría para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la Atención en Salud constituye el componente dinamizador del SOGCAS, que contiene dos funciones primordiales: la de evaluación y la de mejora continua, inmersas en las estrategias de seguridad clínica del paciente en las que se conjugan la investigación clínica de los procesos de atención con los planes de mejora organizacionales, y un componente adicional, el de participación multidisciplinaria en estas actividades. Involucra tanto a enfermeras, médicos, especialistas y demás profesionales de la salud, como al personal administrativo y gestores organizacionales en la evaluación y la mejora institucional, promoviendo una verdadera estrategia de evaluación y mejora de primer orden como el autocontrol, considerado por el componente como el nivel de mayor desarrollo del sistema.

Así mismo, el mejoramiento y la gestión de seguridad clínica se monitoriza y controla mediante la utilización de indicadores de resultado, dentro de los cuales algunos hacen parte del sistema de información para la calidad que corresponde al componente mediante el cual se informa tanto

a prestadores, como a aseguradores y a los mismos usuarios, a fin de generar espacios propicios para la libre escogencia y la competencia por calidad; es decir, permitir que aseguradores escojan mejor su red de prestadores, buenos hospitales, y a los usuarios para que, a su vez, puedan escoger los mejores aseguradores y los mejores hospitales y servicios donde quieren ser atendidos.

## ROLES DE ACTORES FUNDAMENTALES IX



Para la operación del modelo de seguridad clínica se consideran cuatro actores fundamentales: los prestadores de servicios de salud, particularmente los servicios de ginecología de bajo, mediano y alto grado de complejidad, las APB, las DTS y el MPS, cuyos roles serían los siguientes:

• Las prestadoras de servicios de salud: son los actores principales que desarrollan tanto el tamizaje como la evaluación de los eventos, de cuyo análisis se derivarán los respectivos planes de mejoramiento institucional y generarán el reporte extra institucional para las APB de las que hacen parte de su red de prestadoras y de las DTS en cuyas áreas geográficas de influencia se encuentran adscritas; de igual manera, el análisis de los casos definidos como retrasos tipo III y IV serán objeto de análisis con protocolo de Londres para identificar los factores de calidad que derivaron en evento adverso cuando lo hubiere.

• Las administradoras de planes de beneficios que mediante procedimientos de auditoría de segundo orden, en concordancia con los lineamientos definidos para este tipo de entidades en el Decreto 1011 de 2006, evaluarán los planes de mejora de los prestadores de su red y a su vez establecerán los respectivos planes de mejora internos del asegurador en relación con los eventos que tiene que ver con demoras tipo I y II, relacionadas con los procesos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, de aseguramiento y atención extrainstitucional.

• Las direcciones territoriales de salud mediante el análisis de las bases de datos del reporte extrainstitucional evaluará la tipificación de los incidentes y eventos adversos de los prestadores de su área geográfica de influencia, para desarrollar sus planes internos de mejora en relación con las fallas detectadas de acuerdo con sus competencias, a fin de fortalecer las estrategias de maternidad segura en el nivel subnacional.

• El Ministerio de la Protección Social, quien mediante el análisis de la base de datos nacional en relación con la tipificación de incidentes y eventos adversos del nivel nacional, realizará las propuestas técnicas o desarrollará las iniciativas de gestión política o normativas que se requieran para el cumplimiento de las metas relacionadas con la morbi mortalidad materna y perinatal, establecidas por la Nación y en general el mejoramiento de la calidad de la atención obstétrica en el país.



# COMPONENTES DEL MODELO X

El modelo de seguridad clínica del paciente para la atención obstétrica de emergencia contempla cuatro componentes principales que se encuentran articulados entre sí y que pretenden derivar en el desarrollo de planes integrales de mejoramiento de los servicios de obstetricia. Estos componentes se desarrollan a continuación:

## 1. EVALUACIÓN DEL AMBIENTE Y ENTORNO DE SEGURIDAD

El entorno seguro es uno de los pilares fundamentales para la obtención de buenos resultados en los procesos de atención. Es claro que el protagonista fundamental de la atención en salud es el recurso humano, y es un hecho que las organizaciones con tradición en una cultura de seguridad (aviación, industria química, eléctrica, etc.),<sup>26</sup> señalan que la evaluación del ambiente y entorno de seguridad desde la percepción del cliente interno es uno de los rasgos críticos de sus logros en esta materia.

En el ámbito de la prestación de servicios de salud la experiencia no ha sido muy grande, sin embargo, según las recomendaciones del National Quality Forum<sup>27/28</sup> la cultura sobre seguridad sería esencial para minimizar errores y efectos adversos, y su medición necesaria para diseñar actividades que la mejoren.

Como iniciativa de evaluación de la cultura de seguridad en los hospitales españoles, y como resultado de una cooperación entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y la Universidad de Murcia se adaptó y ajustó una herramienta auto administrada válida y fiable, al español la encuesta original de la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) de Estados Unidos,<sup>29</sup> para que medie este aspecto de la cultura de las organizaciones; identificar los aspectos en que habría que incidir para mejorarla y poder monitorizar su evolución, a manera de termómetro pre test y pos test de las acciones de mejora a implementar en los servicios de ginecobstetricia, de baja mediana y alta complejidad.

El objetivo es aplicar la encuesta a la totalidad del recurso humano asistencial de los servicios de ginecobstetricia. La encuesta proporciona información sobre la percepción relativa a las siguientes 12 dimensiones de la cultura de seguridad, indagadas en las preguntas del cuestionario original, cuyo significado, respetando la terminología de la versión original, se describe

<sup>26</sup> Pizzi LT, Goldfarb NI, Nash DB. Promoting a Culture of Safety. En: Shojania KG, Duncan BW, McDonald KM, et al, eds. Making Health Care Safer: A critical Analysis of Patient Safety Practices. Evidence Report/Techynology Assessment No 43. AHRQ Publication No. 01-E058, Rockville, MD: Agency for Health Care Research and Quality, 2001. p.447-457.

<sup>27</sup> The National Quality Forum: Safe Practices for Better Healthcare. A Consensus report. NQF, Washington, 2003.

<sup>28</sup> The National Quality Forum: Safe Practices for Better Health Care. 2006 Update. NQF, Washington 2007.

<sup>29</sup> Patient Safety Culture Survey. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. <http://www.ahrq.gov/qual/hospculture/> (consultado 12-02-2008).

en la (Tabla 1.) El análisis de las respuestas tiene sentido tanto para cada ítem en particular como para cada dimensión en su conjunto, según se explica más adelante. En todos los casos se indaga la percepción que sobre cada ítem y dimensión tienen los profesionales que responden así:

1. Frecuencia de eventos notificados (Agrupa 3 ítems).
2. Percepción de seguridad (Agrupa 4 ítems).
3. Expectativas y acciones de la dirección/ supervisión de la Unidad/ Servicio que favorece la seguridad (Agrupa 4 ítems).
4. Aprendizaje organizacional/mejora continua (Agrupa 3 ítems).
5. Trabajo en equipo en la Unidad/Servicio (Agrupa 4 ítems).
6. Franqueza en la comunicación (Agrupa 3 ítems).
7. Feed-back y comunicación sobre errores (Agrupa 3 ítems).
8. Respuesta no punitiva a los errores (Agrupa 3 ítems).
9. Dotación de personal (Agrupa 4 ítems).
10. Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente (Agrupa 3 ítems).
11. Trabajo en equipo entre unidades (Agrupa 4 ítems).
12. Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/ unidades (Agrupa 4 ítems).

Adicionalmente, incluye una pregunta sobre la calificación global de la seguridad en el entorno del encuestado y otra sobre el número de eventos notificados en el último año, además, de las variables clasificatorias socio-profesionales.

**Tabla 1.** Dimensiones de la cultura de seguridad y los ítems que incluyen

A. RESULTADOS DE LA CULTURA DE SEGURIDAD	
1. Frecuencia de eventos notificados.	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Se notifican los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente (Preg. 40).</li> <li>○ Se notifican los errores que previsiblemente no van a dañar al paciente (Preg. 41).</li> <li>○ Se notifican los errores que no han tenido consecuencias adversas, aunque previsiblemente podrían haber dañado al paciente (Preg. 42).</li> </ul>
2. Percepción de seguridad.	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad del paciente (Preg. 15). Los procedimientos y medios de trabajo son buenos para evitar errores en la asistencia (Preg. 18).</li> <li>○ No se producen más fallos por casualidad (Preg. 10).</li> <li>○ En esta unidad hay problemas relacionados con la "Seguridad del paciente" (Preg.17).</li> </ul>

## B. DIMENSIONES DE LA CULTURA DE SEGURIDAD EN EL NIVEL DE UNIDAD/SERVICIO

<p>3. Expectativas y acciones de la dirección/ supervisión de la Unidad/Servicio que favorecen la seguridad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ El superior/jefe expresa su satisfacción cuando se intenta evitar riesgos en la seguridad del paciente (Preg. 19).</li> <li>○ El superior/jefe tiene en cuenta, seriamente, las sugerencias que le hace el personal para mejorar la seguridad del paciente (Preg. 20).</li> </ul>
<p>4. Aprendizaje organizacional/ mejora continua.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Se tienen actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente (Preg.6).</li> <li>○ Cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo (Preg. 9).</li> <li>○ Los cambios que se hacen para mejorar la seguridad del paciente se evalúan para comprobar su efectividad (Preg. 13).</li> </ul>
<p>5. Trabajo en equipo en la Unidad/Servicio.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ El personal se apoya mutuamente (Preg. 1).</li> <li>○ Cuando se tiene mucho trabajo, todos colaboran como un equipo para poder terminarlo (Preg. 3).</li> <li>○ En esta unidad el trato con todos es de respeto (Preg. 4).</li> <li>○ Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en los compañeros (Preg. 11).</li> </ul>
<p>6. Franqueza en la comunicación.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente la atención que recibe el paciente, habla de ello con total libertad (Preg. 35).</li> <li>○ El personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores (Preg. 37).</li> <li>○ El personal teme hacer preguntas sobre lo que parece que se ha hecho de forma incorrecta (Preg. 39).</li> </ul>
<p>7. Feed-back y comunicación sobre errores.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Cuando se notifica algún incidente, se informa sobre qué tipo de actuaciones se han llevado a cabo (Preg. 34).</li> <li>○ Se informa de los errores que ocurren en este servicio/unidad (Preg. 36). En el servicio / unidad se discute de qué manera se puede evitar que un error vuelva a ocurrir (Preg. 38).</li> </ul>
<p>8. Respuesta no punitiva a los errores.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Si los compañeros o los superiores se enteran de que se ha cometido algún error, lo utilizan en contra de quien lo cometió (Preg. 8).</li> <li>○ Cuando se detecta algún fallo, antes de buscar la causa, se busca un "culpable" (Preg. 12).</li> <li>○ Cuando se comete un error, el personal teme que eso quede en su expediente (Preg. 16).</li> </ul>
<p>9. Dotación de personal.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo (Preg. 2).</li> <li>○ A veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora (Preg. 5).</li> <li>○ En ocasiones no se presta la mejor atención al paciente porque hay demasiado sustitutos o personal temporal (Preg. 7).</li> <li>○ Se trabaja bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado deprisa</li> </ul>
<p>10. Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ La gerencia o la dirección del hospital facilita un clima laboral que favorece la seguridad del paciente (Preg. 23).</li> <li>○ La gerencia o la dirección del hospital muestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades (Preg. 30).</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ La gerencia / dirección del hospital sólo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente (Preg. 31).</li> </ul>
<b>C. DIMENSIONES DE LA CULTURA DE SEGURIDAD EN EL NIVEL DE TODO EL HOSPITAL</b>	
11. Trabajo en equipo entre unidades.	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Hay una buena cooperación entre las unidades/servicios que tienen que trabajar conjuntamente (Preg. 26).</li> <li>○ Los servicios/unidades trabajan de forma coordinada entre sí para proporcionar la mejor atención posible (Preg. 32).</li> <li>○ Las diferentes unidades del hospital no se coordinan bien entre ellas (Preg.24).</li> <li>○ Suele resultar incómodo tener que trabajar con personal de otros servicios/unidades (Preg. 28).</li> </ul>
12. Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades.	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ La información de los paciente se pierde, en parte, cuando estos se transfiere desde una unidad /servicio a otra (Preg. 25).</li> <li>○ En los cambios de turno se pierde con frecuencia información importante sobre la atención que ha recibido el paciente (Preg. 27).</li> <li>○ El intercambio de información entre los diferentes servicios es habitualmente problemático (Preg. 29).</li> <li>○ Surgen problemas en la atención de los pacientes como consecuencia de los cambios de turno (Preg. 33).</li> </ul>

Para analizar los resultados una vez se han aplicado los cuestionarios que contienen preguntas formuladas positivamente y otras formuladas negativamente, se hace el análisis de frecuencias inicial por ítems, se mantienen las opciones de respuesta originales, pero para el análisis global por dimensiones se invierte la escala de las preguntas que están formuladas en sentido negativo para facilitar su análisis. Las formuladas negativamente se presentan en la

**Tabla 2.** Ítems formulados negativamente en el cuestionario

DIMENSIÓN	ÍTEMS
Frecuencia de eventos notificados.	Ninguno
Percepción global de seguridad.	10,17
Expectativas y acciones de la dirección/ supervisión de la Unidad/Servicio en apoyo de la seguridad.	21,22
Aprendizaje organizacional/mejora continua.	Ninguno
Trabajo en equipo en la Unidad/Servicio.	Ninguno
Franqueza en la comunicación.	39
Feed-back y comunicación sobre errores.	Ninguno
Respuesta no punitiva a los errores.	8,12,16
Dotación de personal.	5,7,14
Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente.	31
Trabajo en equipo entre unidades.	24,28
Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades.	25,27,29,33

De forma general las respuestas del cuestionario se recodifican en tres categorías de acuerdo con el siguiente esquema:

NEGATIVO		NEUTRAL	POSITIVO	
Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
Nunca	Raramente	A veces	Casi siempre	Siempre

Con esta codificación se calculan las frecuencias relativas de cada categoría tanto para cada uno de los ítems, como del indicador compuesto de cada dimensión.

Los indicadores compuestos para cada una de las dimensiones de la escala se calculan aplicando la siguiente fórmula:

$$\frac{\Sigma \text{ número de respuestas positivas en los ítems de una dimensión}}{\text{Número de respuestas totales en los ítems de una dimensión}}$$

Para clasificar un ítem o una dimensión como fortaleza se emplean los siguientes criterios alternativos:

- $\geq 75\%$  de respuestas positivas («de acuerdo/muy de acuerdo» o «casi siempre/siempre») a preguntas formuladas en positivo.
- $\geq 75\%$  de respuestas negativas («en desacuerdo/muy en desacuerdo» o «nunca/raramente») a preguntas formuladas en negativo.

Para clasificar un ítem o una dimensión como debilidad u oportunidad de mejora se emplean los siguientes criterios alternativos:

- $\geq 50\%$  de respuestas negativas («en desacuerdo/muy en desacuerdo» o «raramente/nunca») a preguntas formuladas en positivo.
- $\geq 50\%$  de respuestas positivas («de acuerdo/muy de acuerdo» o «casi siempre/siempre») a preguntas formuladas en negativo.

Para la calificación del clima de seguridad la pregunta 43 presenta en una escala de cero a diez, la calificación global del clima de seguridad. Además de este ítem, el número de eventos notificados (pregunta 48) y las dimensiones "Frecuencia de eventos notificados" y "Percepción de seguridad", son consideradas medidas de resultado del clima de seguridad.

Con los resultados se describe el clima de seguridad y se identifican sus fortalezas y debilidades, siguiendo la metodología propuesta por la AHRQ,<sup>30</sup> que cuenta con una extensa experiencia de aplicación que incluye más de 380 hospitales en Estados Unidos.<sup>31</sup>

<sup>30</sup> Sorra JS, Nieva VF. Hospital Survey on Patient Safety Culture. AHRQ Publication nº 040041. Rockville, MD: Agency for Health Care Research and Quality. 2004

<sup>31</sup> Sorra J, Nieva V, Famolaro T, Dyer N. Hospital Survey on Patient Safety Culture: 2007 Comparative Database Report. AHRQ Publication No. 07-0025. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. March, 2007. <http://www.ahrq.gov/qual/hospsurveydb/index.html> (consultado 17-01-2008).

Una cultura efectiva sobre seguridad del paciente en las instituciones de salud se perfila como uno de los requisitos esenciales para evitar en lo posible la aparición de efectos adversos, y poder aprender de los errores de forma proactiva, para rediseñar los procesos de manera que los errores no se vuelvan a producir.

En este sentido, la consecución de una adecuada cultura sobre la seguridad del paciente ha sido señalado como la primera de las «buenas prácticas» o recomendaciones para mejorar la seguridad del paciente en el informe publicado en 2003 por el National Quality Forum de Estados Unidos, reforzado en la reciente actualización de este informe en el que se indica, además, la medición de la cultura de seguridad, feed-back de los resultados, y las intervenciones consecuentes como uno de los elementos necesarios para llevar a cabo esta recomendación.

El instrumento Cuestionario Sobre Seguridad de los Pacientes para Servicios de Obstetricia en MME y las instrucciones para su diligenciamiento se encuentra en el Anexo 1.

## 2. DETECCIÓN DE INDICIOS DE ATENCIÓN INSEGURA (Tamizaje con Criterios de inclusión de MME)

En el mundo se han desarrollado un buen número de herramientas para la detección de indicios de atención insegura al igual que los eventos adversos, bien sea en el ámbito intra o extra hospitalarios. Una de las grandes contribuciones del Institute for Healthcare Improvement (IHI) ha sido el desarrollo de por lo menos seis herramientas de este tipo, conocidas bajo la denominación Trigger Tool, entre las que se encuentran las siguientes:

- Para la detección global de eventos adversos.
- Para la detección de eventos adversos medicamentosos.
- Para eventos adversos perioperatorios.
- Para eventos adversos en unidades de cuidado intensivo.
- Para eventos adversos en unidades de cuidado intensivo neonatal.
- Para eventos adversos en pacientes ambulatorios.

Para el desarrollo de esta herramienta se revisaron además de estos instrumentos Trigger del IHI, el instrumento revisado por el equipo técnico del MPS y los expertos clínicos del proyecto IBEAS Colombia, incorporando en él apartes correspondiente a criterios generales; de igual manera, se revisaron los criterios de inclusión para la Vigilancia de Morbilidad Materna Extrema que son los siguientes:

### a. Criterios relacionados con una enfermedad específica:

- **Eclampsia:** presencia de una o más convulsiones generalizadas, estado de coma o ambos, en el contexto de la preeclampsia y en ausencia de otros trastornos neurológicos, que tienen su causa desencadenante en un vaso espasmo cerebral con isquemia local, encefalopatía hipertensiva con hiperperfusión, edema vasógeno y daño endotelial.
- **Choque séptico:** corresponde a la hipotensión inducida por la sepsis a pesar de la adecuada administración de líquidos, asociada a los signos de disfunción multiorgánica. Se define hipotensión a la disminución de la presión sistólica por debajo de 90 mmHg o como una presión arterial media menor de 60 mmHg que no tenga otra causa.

- ☛ **Choque hipovolémico:** es un estado fisiopatológico disparado por una falla en la entrega adecuada de oxígeno a las células y perpetuado por la respuesta celular a la hipoxia, con presencia de un cuadro clínico asociado a hipotensión severa, taquicardia, alteración de la conciencia, ausencia de pulsos periféricos, secundario a sangrado.

#### b. Criterios relacionados con falla orgánica:

- ☛ **Cardiaca:** paro cardiaco; edema pulmonar que requiera diuréticos endovenosos.
- ☛ **Vascular:** ausencia de pulsos periféricos o hipotensión por 30 minutos o más asociada a choque séptico o de cualquier etiología; hipovolemia secundaria a hemorragia. Se manifiesta en general, por presión arterial <90 mmHg, presión arterial media <60 mmHg, disminución de la presión arterial sistólica por debajo de 40 mmHg, índice cardiaco >3.5 L /min.m<sup>2</sup>, llenado capilar disminuido >2 segundos.
- ☛ **Renal:** corresponde a un deterioro agudo de la función renal medular que se correlaciona con incremento de la creatinina basal de un 50% en 24 horas o elevación de la creatinina sérica por encima de 1.2 mg/dl, oliguria que no responde al reemplazo de líquidos y a diuréticos endovenosos, trastorno del equilibrio ácido básico y electrolitos.
- ☛ **Hepática:** corresponde a una alteración importante de la función hepática, que se manifiesta por ictericia en piel y escleras, pudiendo existir o no hepatomegalia, asociada a transaminasas en niveles moderadamente elevados: AST y ALT mayor de 70 UI/L, bilirrubina total mayor de 3 mg/dl y LDH ≥600 UI/L.
- ☛ **Metabólica:** aquella que corresponde a comorbilidades adjuntas como la cetoacidosis diabética; crisis tiroidea, entre otras y que se puede manifestar aparte de las alteraciones propias de la enfermedad de fondo por hiperlactacidemia >200 mmol/L, hiperglicemia glicemia plasmática >240 mg/dl, ó 7.7 mmol/l, sin necesidad de padecer diabetes.
- ☛ **Cerebral:** coma, convulsiones, confusión, desorientación en persona, espacio y tiempo, signos de focalización.
- ☛ **Respiratoria:** síndrome de dificultad respiratoria del adulto, necesidad de soporte ventilatorio.
- ☛ **Coagulación:** CID, trombocitopenia (<100000 plaquetas) o hemólisis (LDH > 600).

#### c. Criterios relacionados con manejo:

- ☛ **Ingreso a UCI:** paciente que ingresa a unidad de cuidado intensivo excepto, para monitoria hemodinámica secundaria a cirugía electiva.
- ☛ **Cirugía:** se refiere a procedimientos diferentes al parto o la cesárea, practicados para el manejo de una complicación obstétrica o de alguna condición que se genera como consecuencia de un compromiso grave de la gestante. El ítem otros, se refiere a procedimientos practicados de urgencia, como toracotomía, craneotomía etc.

- 📌 **Transfusión sanguínea aguda:** administración de tres unidades o más de hemoderivados en una paciente con compromiso hemodinámico producido por pérdidas sanguíneas agudas.

Esta herramienta de tamizaje sirve para detectar a través de criterios específicos, que se buscan de manera activa y permanente durante la atención en salud, posibles incidentes o eventos adversos en el medio intrahospitalario y sólo requiere disponer de la información clínica asistencial del paciente, que lleve a investigar las causas de los eventos adversos si los hubiere en la fase de revisión. Sin embargo, dado que la herramienta propuesta contiene criterios de tamizaje para MME, que corresponden a características clínicas de inclusión en la vigilancia, se propone la aplicación rutinaria de la herramienta a todas las pacientes internadas en el servicio de obstetricia.

La fase de revisión de la metodología presupone que la historia es revisada por personas con conocimiento suficiente para determinar la causa que generó el evento, que no sólo se limita a eventos clínicos, sino que se extiende a resultados anormales de pruebas de laboratorio específicas y acciones tales como una orden para suspender súbitamente una intervención asistencial o para trasladar al paciente a un nivel de cuidado superior. La herramienta de tamizaje 49 "indicios" para 14 items específicos, uno general y otro perinatal, que deben ser activamente buscados en las historias clínicas, se encuentran en el Modulo 1 del Cuestionario Modular para la Revisión de Casos de Eventos Adversos para Morbilidad Materna Extrema, del Anexo No.2. Cuando uno o varios de ellos se detectan la historia debe ser evaluada en detalle para establecer si efectivamente ocurrió el caso de morbilidad materna y evento adverso con la herramienta de evaluación de eventos del modelo organizacional de errores y eventos adversos para MME.

En ultimas, el objetivo es la implementación correcta de la herramienta indicio para, además de incrementar su detección, poder contribuir de forma significativa a una mejor comprensión de las causas de los eventos adversos, su impacto y su incidencia en la mejora de la seguridad de los pacientes, ya que sirve de manera indirecta como un instrumento altamente confiable para medir la tendencia del proceso de maduración de los programas de seguridad clínica en las instituciones de salud respecto al reporte de eventos, en cuanto permite comparar la frecuencia de eventos adversos informados espontáneamente con la de los efectivamente ocurridos, detectados por la herramienta indicio.

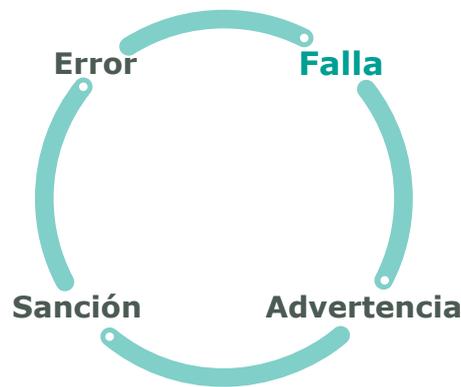
### **3. ANÁLISIS RETROSPECTIVO PROACTIVO DE CASOS (Protocolo de Londres)**

El modelo de seguridad clínica del paciente para la atención obstétrica de emergencia se basa en el "modelo de queso suizo", postulado por James Reason, metodología basada en la presunción de que un alto porcentaje de los accidentes se pueden atribuir a la falta de uno o más de cuatro niveles de seguridad: Los relacionados con la organización (p ej: ausencia de entrenamiento), los relacionados con una supervisión inadecuada o insegura (p ej: jefe y subalterno novatos), relacionados con condiciones que propician los actos inseguros (p ej: personal desmotivado), y los actos inseguros.

Una organización deberá estructurar barreras que impidan la coincidencia de todas las fallas en simultánea, mediante mecanismos para contrarrestar las debilidades individuales del sistema, evitando que se presenten "trayectos de oportunidad del accidente", es decir, fallas latentes que conjugadas entre si llevan al error del sistema.

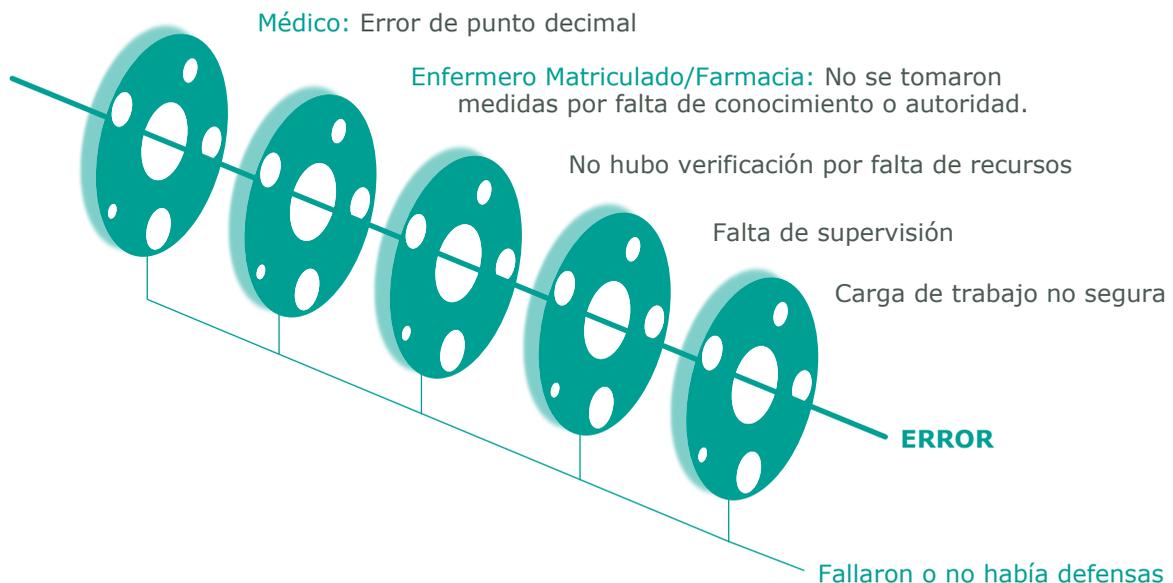
Es importante en el entorno de prestación de servicios, particularmente de salud, poder hacer un análisis circunstancial entre lo que está sucediendo y lo que debe suceder, porque si existe alguna discrepancia la posibilidad que se esté presentando un error es muy alta. Este error no se puede atribuir únicamente a las personas porque este esquema se convierte en un círculo vicioso basado en la culpabilidad, y existe una alta probabilidad que a pesar de la advertencia y la sanción el error se vuelva a presentar.

**Figura 5.** Círculo de perpetuación el error



Por esta razón el esquema de trabajo se debe basar en el sistema no en la persona, pues como se anotó anteriormente los errores son el resultado de múltiples fallas ocurridas en simultánea (orificios del queso que coincidieron en todas las lonjas superpuestas, ver Figura 6, ejemplo de error en administración de medicamentos). Un modelo de seguridad clínica del paciente se debe basar en la creación e instalación de múltiples barreras y controles, es decir defensas para evitar el error en el proceso. Esto conlleva a un permanente aprendizaje de las instituciones (las personas pueden ser pasajeras, las instituciones quedan). En consecuencia, los principios, las políticas, los procedimientos y la práctica son la base para encontrar las defensas de la institución, volviéndolo un proceso dinámico.

**Figura 6.** Modelo explicativo del queso suizo



El modelo de “queso suizo” es un método que permite realizar un análisis retrospectivo proactivo y vincularlo como buenas prácticas al interior de la organización.

Para vincular las metodologías existentes tanto para el análisis como para la generación de barreras de seguridad, tal como se ha establecido en el nivel nacional, en la política de seguridad del paciente se debe abordar el tema de seguridad desde los tres componentes del sistema que hacen parte del direccionamiento estratégico.

Para que este método funcione es necesario tener un adecuado esquema de comunicación que permita un dialogo abierto con las personas para poder adecuar los principios, políticas, procedimientos o prácticas cuando sea preciso para generar las barreras necesarias para prevenir proactivamente el fallo. Es preciso recordar que este sistema se basa en el sistema no en el individuo y en la aleatoriedad en lugar de la acción deliberada. Como se ha indicado en capítulos anteriores es inherente a la práctica médica buscar el bien, la salud del paciente, preservar la vida, pero también es común que se busque, siempre que las cosas no salen bien, culpar al prestador del servicio por su relación directa con los procesos; por esta razón, siempre se presenta resistencia a hablar de lo sucedido, a realizar análisis objetivos desprovistos de temor y culpa. Es necesario poder entablar un diálogo abierto con todos los individuos que hacen parte del proceso y de la organización. Un dialogo abierto puede propiciarse por los siguientes pasos.

- Indique su preocupación.
- Indique el problema como usted lo ve.
- Indique una solución.
- Obtenga un acuerdo.

Ello va a permitir generar en los individuos la cultura de participar en la búsqueda de alternativas de barrera al fortalecimiento de las defensas del sistema de tal forma, que aunque no sea a prueba de fallos debe ser lo suficientemente proactivo para prevenir el error y lo suficientemente fuerte para resistir la ocurrencia del error.

**Figura 6.** Modelo explicativo del queso suizo



Para lograr completo este proceso, que permita tener una ruta de atención obstétrica de emergencia segura, es necesario hacer uso de diferentes instrumentos tanto para la generación de una cultura de seguridad, el establecimiento de procesos seguros, como para la detección y análisis de mejora.

En este sentido el Protocolo de Londres es una metodología para realizar el análisis de la falla (el protocolo de Londres asegura una profunda investigación de un incidente para llegar a la causa raíz del mismo); es un proceso de reflexión sistemático, no de tormenta de ideas que se basa en los hechos. El protocolo es un método de evaluación del caso, considerando que “el queso suizo” es un método de prevención de ocurrencia. El protocolo de Londres servirá para alimentar el modelo; como herramienta para realizar análisis retrospectivos (análisis de caso) y alimentar el proceso de generación de acciones de mejora.

El protocolo de Londres es una metodología basada en el análisis de casos (eventos), con foco en la prevención de ocurrencia y que dependiendo de su gravedad se pueden considerar

- Incidentes
- Evento adverso leve y moderado.
- Evento adverso grave.

El perfil de riesgo establecido en Colombia a través del estudio IBEAS establece que las principales causas de error en el caso de la salud en Colombia son:

- Infección nosocomial
- Evento adverso ocurrido durante intervenciones quirúrgicas o procedimientos diagnósticos invasivos.
- Evento adverso por el uso de medicamentos, sangre o hemoderivados.
- Evento adverso asociado al cuidado de la salud.

El éxito de este esquema de trabajo es la cultura del reporte y la disciplina en el análisis, considerando que por cada 300 incidentes, 30 se convierten en evento adverso leve o moderado y 1 puede convertirse en evento adverso grave.

De la misma forma el modelo de seguridad clínica del paciente para la atención obstétrica de emergencia que se esgrime está enfocado en la prevención (no se basa en la búsqueda de culpables), previo conocimiento del riesgo se analizan las acciones inseguras y los factores contributivos que antecedieron el evento; considerando que hay una línea muy delgada entre el error y el evento adverso y en la práctica médica hay eventos adversos que pueden ser evitables y algunos que no se pueden evitar, pero se debe trabajar en la prevención del error para evitar que cruce la frontera y se convierta en un evento adverso.

**Figura 7.** Eventos adversos desde la prevención del error



Para realizar el análisis de casos existe un protocolo a seguir, el diligenciamiento de diferentes formatos, el establecimiento de un sistema de reporte que se convierte en el mecanismo de búsqueda activa de herramientas de prevención que se encuentra en el Cuestionario Modular para la Revisión de Casos de Eventos Adversos para Morbilidad Materna Extrema del [Anexo 2](#).

Este esquema de trabajo se da en la medida que exista una cultura de la seguridad al interior de la institución. Para lograr esta transformación en la institución (organización) y lograr este diálogo abierto se establece como necesidad la vinculación a los diferentes comités y programas institucionales, espacio para la realización de los comités de seguridad y tiempo para dedicar a los cinco minutos de la seguridad diarios.

El instrumento diseñado que corresponde al Cuestionario Modular para la Revisión de Casos de Eventos Adversos para Morbilidad Materna Extrema, además de contar con los tópicos de investigación de incidentes propuesto en el protocolo de Londres, indaga sobre el tipo de evento objeto de investigación en los diferentes módulos del cuestionario a fin de permitir una clasificación específica de los eventos adversos ocurridos en la atención obstétrica de emergencia y de su origen, mediante las indicaciones de diligenciamiento que se encuentran en el Instructivo para el Diligenciamiento del Cuestionario Modular para la Revisión de Casos de Eventos Adversos para Morbilidad Materna Extrema del Anexo 3.

El cuestionario obedece a los siguientes módulos, cuyos contenidos se describen en los mapas conceptuales jerarquizados.

## MODULO 1: INSTRUMENTO DE TAMIZAJE

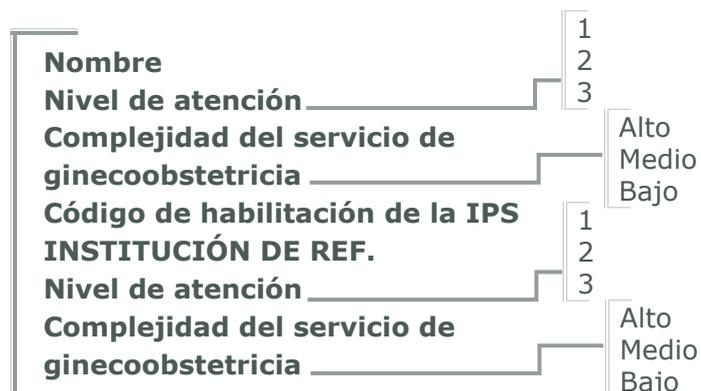
Corresponde a la herramienta de tamizaje de morbilidad, descrita con anterioridad su uso está indicado desde el ingreso de la paciente en el servicio de obstetricia y se evaluarán a diario la aparición de criterios, una vez detectado el criterio se inicia el proceso de investigación clínica.

## MODULO 2: IDENTIFICACIÓN

### A. Identificación del prestador de servicios:

Corresponde a los descriptores relacionados con la identificación del prestador de servicios de salud.

#### A. IDENTIFICACIÓN DE PRESTADOR DE SERVICIOS



## B. Identificación del caso

Corresponde a los descriptores relacionados con la identificación del caso de la paciente, objeto de investigación clínica.

### B. IDENTIFICACIÓN DEL CASO

Fecha de ingreso  
Fecha de revisión  
Fecha de egreso  
Número del caso  
Edad  
Nombre  
Procedencia  
Área  
Nivel educativo  
Años cursados  
Estado civil  
Ocupación  
Gravidez  
Abortos  
Paridad  
Embarazo múltiple  
Cesareas  
Mortinatos  
Antecedente de macrostomía fetal  
Antecedente de parto instrumentado  
Periodo intergenésico  
Número CPN  
Trimestre del primer CPN  
Edad gestacional  
Terminación del embarazo  
Recién nacido  
Peso RN  
Momento de ocurrencia  
Destino del recién nacido

## C. Información de aseguramiento

Corresponde a la identificación del tipo de aseguramiento con que cuenta la paciente describiendo el régimen al que pertenece y su entidad aseguradora responsable.

### C. INFORMACIÓN DE ASEGURAMIENTO

Identificación DTS  
Identificación EPS  
Departamento o distrito  
Municipio  
Regimen de afiliación  
Contributivo  
Subsidiado  
Vinculado  
Otro

#### D. Datos relacionados con el diagnóstico, la intervención y el manejo

Agrupar la información relacionada con los diagnósticos principales y las intervenciones recibidas por la paciente, así como la información de estancia y el tipo de servicio en que se realizó la hospitalización

#### D. DATOS RELACIONADOS CON EL DIAGNÓSTICO, LA INTERVENCIÓN Y EL MANEJO

Diagnostico: Causa principal de la morbilidad o mortalidad (CIE 10)  
Causa principal agrupada  
Otra causa asociada de la morbilidad o mortalidad (CIE 10)1  
Otra causa asociada de la morbilidad o mortalidad (CIE 10)2  
Otra causa asociada de la morbilidad o mortalidad (CIE 10)3  
Intervención  
Cx adic 1  
Cx adic 2  
Otra Cx ¿Cuál?  
Ingreso a básicos  
Días de estancia en básicos:  
Ingreso a UCI  
Días de estancia en UCI  
Días de hospitalización total  
Estado de la gestante al alta  
Transfusiones

### MODULO 3: Análisis de MME

#### A. Datos relacionados con el análisis cualitativo (retrasos o demoras)

Contiene la descripción de los retrasos para su clasificación en tipo I,II,III y IV.

#### B. Identificación de las diferentes áreas de problemas y su relación con los niveles del sistema de atención en

Se identifican los descriptores de las áreas y sectores involucrados durante la ocurrencia del evento de morbilidad materna para cada uno de los tipos identificados, en las correspondientes a las matrices de nueve celdas.

Áreas \ Sectores	Comunidad	Formal	Intersectorial
Actitud			
Conocimientos / destrezas			
Recursos			

## MODULO 4: IDENTIFICACIÓN DEL SUCESO

### A. Descripción del suceso

Corresponde a la identificación de la falla y sus consecuencias en relación con la presencia o ausencia de lesión.

### B. El suceso produjo

Se identifica el daño o consecuencia del suceso.

### C. La lesión o complicación fue debida a

Se identifica el origen del evento adverso o complicación en la atención en salud o en el proceso de la enfermedad.

### D. Indagación de origen en evento adverso

Cuando identifica que el evento se originó en la atención en salud, determina el nivel de evidencia de relación causal con ésta.

### E. Clasificación del suceso

Determina si se trató de un evento adverso, complicación o por el contrario, se trató de una atención segura o insegura sin lesión.

#### E. CLASIFICACIÓN DE EVENTO

Atención segura

Complicación

Evento Adverso

Incidente

Indicio de atención insegura

Violación de la seguridad de la atención

<p>Hora del suceso Fecha del suceso A. Descripción del suceso</p>		<p><b>D.</b></p>
<p>Ningun daño al paciente, se trata de un falso positivo</p>	<p><b>C.</b></p> <p>Atención en la salud</p>	<p>Ausencia de evidencia de que el EA se deba al manejo del paciente. Minima probabilidad de que el manejo fuera la causa Ligera probabilidad de que el manejo fuera la causa. Moderada probabilidad de que el manejo fuera la causa. Es muy probable de que el manejo fuera la causa. Total evidencia de que el manejo fuera la causa</p>
<p>Alguna lesión o complicaciones, invalidez al egreso y/o prolongación de la estancia o muerte (materna o perinatal)</p>	<p>Solamente por el proceso de la enfermedad. NSNC</p>	<p>Ausencia de evidencia de que el EA se deba al manejo del paciente</p>
<p>Algún incidente sin lesión o prolongación de la estancia</p>	<p>Atención en la salud</p>	<p>Ausencia de evidencia de que el EA se deba al manejo del paciente. Minima probabilidad de que el manejo fuera la causa. Ligera probabilidad de que el manejo fuera la causa. Moderada probabilidad de que el manejo fuera la causa. Es muy probable de que el manejo fuera la causa. Total evidencia de que el manejo fuera la causa.</p>
<p>Especifique</p>	<p>Solamente por el proceso de la enfermedad NSNC</p>	<p>Ausencia de evidencia de que el EA se deba al manejo del paciente.</p>

**IDENTIFICACION DEL SUCESO**

## MODULO 5: DESCRIPCIÓN DEL EVENTO ADVERSO

### A. El evento adverso está relacionado con

Identifica la relación del evento adverso con los procesos de atención en salud involucrados.

### B. Circunstancias relacionadas con el principal problema en la atención en salud

Relaciona el origen del evento adverso de acuerdo con los momentos de atención en salud

### C. Calidad de la información de la historia clínica

Determina el grado de adecuación de la información en la historia clínica.

<b>DESCRIPCIÓN DEL EVENTO ADVERSO</b>	<b>A.</b> El evento adverso esta relacionado con	Los cuidados La medicación Infección nosocomial. Un procedimiento El diagnostico Otros.
	Especificación del evento adverso	
	<b>B.</b> Especifique la circunstancia relacionada con el principal problema en la atención en salud	Cuidados antes de la admisión Cuidados en el momento de la admisión al servicio. Cuidados durante un procedimiento Cuidados postoperatorios o posteriores al procedimiento, reanimación o c. intensivos. Cuidado en la sala. Valoración final de la admisión y cuidados del egreso.
	<b>C.</b> ¿La historia clínica proporciona la información suficiente para valorar el evento adverso.?	No, La información no era adecuada. No, La información era poco adecuada. Si, La información era adecuada. Si, La información era muy adecuada.

## MODULO 6: IMPACTO DEL EVENTO ADVERSO

Incluye la evaluación de los efectos del evento adverso sobre los pacientes en su ámbito somático, psíquico, laboral y social.

## A. Identificación de la discapacidad (Clasificación Internacional de deficiencias, discapacidades y minusvalía, CIDDM-1)

Identifican los criterios encontrados en cada caso para determinar la presencia de deficiencias, discapacidades y minusvalías.

### Deficiencias

- Deficiencias Intelectuales
- otras deficiencias psicológicas
- Deficiencias del lenguaje
- Deficiencias del órgano de la visión
- Deficiencias viscerales
- Deficiencias musculo - esqueléticas
- Deficiencias desfiguradoras
- Deficiencias generalizadas, sensitivas
- Otras ¿Cuál?

### Discapacidades

- Discapacidades de la conducta
- Discapacidades de la comunicación
- Discapacidades del cuidado personal
- Discapacidades de la locomoción
- Discapacidades de la disposición del cuerpo
- Discapacidades de la destreza
- Discapacidades de situación
- Discapacidades de una determinada aptitud
- Otras ¿Cuál?

### Minusvalías

- Minusvalía de orientación
- Minusvalía de independencia física
- Minusvalía de la movilidad
- Minusvalía ocupacional
- Minusvalía de integración social
- Minusvalía de autosuficiencia económica
- Otras ¿Cuál?

## B. Severidad de la discapacidad (Criterios de la versión multiaxial de la CIE-10)

Identifica el porcentaje de afectación del paciente en relación con la discapacidad.

### B. Severidad de la discapacidad (criterios de la versión multiaxial de la CIE-10)

- Ninguna discapacidad (0%)
- Discapacidad mínima (20%)
- Discapacidad obvia (40%)
- Discapacidad seria (60%)
- Discapacidad muy seria (80%)
- Discapacidad extrema (100%)

### C. Áreas de afectación de la discapacidad

Identifica las áreas del desempeño biopsicosocial afectadas por el evento adverso

**C. Áreas de afectación de la discapacidad (clasificación internacional de deficiencias, discapacidad es y minusvalía, CIDDM-2)**

Cuidado personal.  
Funcionamiento ocupacional  
Funcionamiento en la familia en relación marital.  
Funcionamiento en la familia en la relación paterno-filial.  
Funcionamiento en la familia de la participación en las actividades de la casa.  
Funcionamiento en el contexto social general.

### D. Clasificación de la gravedad del evento adverso

Basado en las evidencias clasifica la gravedad del evento adverso de acuerdo con la taxonomía internacional.

**D. Clasifique la gravedad del evento adverso de acuerdo a los siguientes criterios**

**Leve.** Aquel que ocasiona lesión o complicación sin prolongación de la estancia hospitalaria.  
**Moderado.** Aquel que ocasiona prolongación de la estancia hospitalaria.  
**Grave.** Aquel que ocasiona muerte o incapacidad residual al egreso.

### E. Prevenibilidad del evento adverso

Basado en las evidencias clasifica la prevenibilidad del evento adverso de acuerdo con la taxonomía internacional.

**E. De acuerdo a la prevenibilidad el evento adverso fue**

**Prevenible**  
**No prevenible**

## MODULO 7: CAUSALIDAD DEL EVENTO ADVERSO

Identifica las acciones relacionadas con la génesis del evento adverso en diferentes aspectos, así:

- A. La medicación
- B. La gestión
- C. La comunicación
- D. El diagnóstico
- E. Los cuidados
- F. Otras causas

**EL EVENTO ADVERSO  
ESTA RELACIONADO  
CON**

**A. La medicación**

Reacción adversa Medicamentosa  
Errores de medicación  
Medicamento erróneo  
Dosis incorrecta  
Omisión de dosis o medicación  
Frecuencia de administración incorrecta  
Error de preparación o manipulación  
Monitorización insuficiente  
Paciente equivocado  
Duración del tratamiento incorrecta  
Interacción de fármacos  
Otros ¿Cuál?

**B. La gestión**

Lista de espera prolongada  
Pérdida de documentos  
Equivocación en la información de salud  
(Resultados de pruebas de otros  
pacientes)  
Error en la identificación del paciente  
Falta de triage  
Citación errónea  
Problemas con la historia informatizada  
Otros ¿Cuál?

**C. La comunicación**

Medico - paciente  
Enfermera - paciente  
Medico - Enfermera  
Medico - Medico  
Medico - Apoyo diagnóstico  
Barrera idiomática  
Otros ¿Cuál?

**D. El diagnóstico**

Error diagnóstico  
Retraso de diagnóstico  
Otros ¿Cuál?

**E. Los cuidados**

Manejo inadecuado del paciente  
Otros ¿Cuál?

**F. Otras causas**

## **MODULO 8: FACTORES CONTRIBUTIVOS**

Corresponde a condiciones ligadas al paciente que predisponen a ejecutar acciones inseguras, en ocasiones pueden relacionarse con factores que predisponen la presencia de retrasos tipo I.

## A. Del paciente

Hace referencia a condiciones intrínsecas o extrínsecas del paciente, su patología y comorbilidades.

<b>COMPLEJIDAD Y GRAVEDAD</b>	<b>Factores de riesgo Intrínsecos y/o Extrínsecos</b>	<b>INTRINSECOS</b> Coma Insuficiencia renal Diabetes Neoplasia Inmunodeficiencia Enfermedad pulmonar crónica Neutropenia Cirrosis hepática Drogadicción Obesidad Desnutrición Hipoalbuminemia Úlcera por presión Malformaciones Insuficiencia cardiaca Enfermedad coronaria Cardiopatía hipertensiva Hipertensión Hipercolesterolema Sida Anemia Malaria Alcoholismo Otro ¿Cuál?	<b>EXTRINSECOS</b> Sonda vesical abierta Sonda vesical cerrada Cateter venoso periférico Cateter arterial Cateter de inspección periférica Cateter venoso central Nutrición parenteral Nutrición enteral Sonda naso gástrica Traqueostomia Ventilación mecánica Terapia inmunosupresora Bomba de infusión Hemodiálisis Diálisis peritoneal Inducción de trabajo de parto Episiotomia Parto instrumentado Cesárea Otro ¿cuál?
<b>Lenguaje y comunicación</b>		Bajo nivel educativo Alteración del estado de conciencia Discapacidad física cognitiva Barrera idiomática Fallas de comunicación con su equipo de salud tratante Desconocimientos de derechos y deberes en salud sexual reproductiva Otro ¿Cuál?	
<b>Personalidad y factores sociales</b>		No colaboración Demora para reconocer la necesidad de atención en salud Falta de información sobre complicaciones del embarazo Creencias religiosas Condiciones étnicas y culturales Otro ¿Cuál?	

## B. De la tarea y tecnología

Corresponde a condiciones ligadas a las actividades de la atención en salud que predisponen a ejecutar acciones inseguras.

<b>Diseño de la tarea</b>	Ausencia o inadecuada definición de procesos y procedimientos para el acceso a la atención Ausencia o inadecuada definición de procesos y procedimientos para el acceso a medicamentos Ausencia o inadecuada definición de procesos y procedimientos para el acceso a procedimientos Ausencia o inadecuada definición de procesos y procedimientos para el acceso a servicios de apoyo Inadecuación de flujogramas para la atención de pacientes obstétricas. Otro ¿Cuál?
<b>Disponibilidad y uso de protocolos</b>	No disponibilidad de guías o protocolos basados en la evidencia No adherencia a guías y protocolos Otro ¿Cuál?
<b>Pruebas diagnósticas</b>	No disponibilidad de pruebas diagnósticas Ausencia de ayudas para tomas de decisiones Otro ¿Cuál?
<b>Medicamentos e insumos</b>	No disponibilidad de medicamentos No disponibilidad de fluidos y sangre No disponibilidad de otros insumos Otro ¿Cuál?
<b>Equipamiento</b>	Falta de mantenimiento preventivo Daño ocasionado al equipo por personal no entrenado para manejarlo No seguimiento a cronogramas de mantenimiento Carencia de equipamiento Otro ¿Cuál?

### C. Del individuo

Corresponden a los factores ligados al equipo de salud relacionados con características de competencia, habilidad y desempeño.

<b>Conocimiento</b>	Falta o inadecuado conocimiento de la tarea Otro ¿Cuál?
<b>Habilidades</b>	Falta o inadecuado entrenamiento específico Instrucción insuficiente Otro ¿Cuál?
<b>Competencia</b>	Procedimiento ejecutado por personal sin competencia No actualización por competencias Otro ¿Cuál?
<b>Salud física y mental</b>	Stress Fatiga Otro ¿Cuál?

### D. Del equipo de trabajo

Corresponde a los factores relacionados con la conformación del equipo de trabajo, su comunicación y cohesión intrínseca.

<b>Comunicación verbal</b>	Inadecuada comunicación vertical Inadecuada comunicación horizontal Otro ¿Cuál?
<b>Comunicación Escrita</b>	Inadecuada comunicación vertical Inadecuada comunicación horizontal Otro ¿Cuál?
<b>Supervisión y disponibilidad del soporte</b>	Inadecuada supervisión institucional No disponibilidad de recurso humano para la supervisión No disponibilidad de soporte familiar Otro ¿Cuál?
<b>Estructura del equipo humano</b>	Inadecuada conformación disciplinar del equipo No generación de sinergias Otro ¿Cuál?

## E. Del ambiente

Corresponde a los factores relacionados con el ambiente de trabajo en función del ambiente laboral y el ambiente físico.

<b>Personal suficiente</b>	Falta de continuidad del personal Falta de permanencia del personal Insuficiencia del personal Otro ¿Cuál?
<b>Mezcla de habilidades</b>	Inadecuada planeación de equipo de trabajo Otro ¿Cuál?
<b>Carga de trabajo</b>	Larga jornada laboral Sobrecarga de trabajo Otro ¿Cuál?
<b>Patrón de turnos</b>	Inadecuación planeación de turnos Otro ¿Cuál?
<b>Soporte administrativo y gerencial</b>	Trámites administrativos del SGSSS Trámites administrativos institucionales Otro ¿Cuál?
<b>Clima laboral</b>	Falta de incentivos para el cliente interno Tipo de vinculación laboral Otro ¿Cuál?
<b>Ambiente físico</b>	Relacionado con la iluminación Relacionado con el espacio Relacionado con el ruido Relacionado con la temperatura Otro ¿Cuál?

## MODULO 9: ORGANIZACIÓN Y CULTURA

Corresponde a las fallas latentes del entorno organizacional y extra institucional relacionadas con la gerencia, la estructura organizacional y el soporte financiero.

## A. Organización y gerencia

Corresponden a fallas latentes en la gestión de los servicios de salud, relacionados con el contexto de la gerencia y de la estructura, y entorno organizacional.

<b>Recursos y limitaciones financieras</b>	Limitaciones presupuestales Iliquidez institucional Otro ¿Cuál?
<b>Estructura organizacional</b>	No integralidad de los servicios institucionales para la atención en salud Otro ¿Cuál?
<b>Políticas, estándares y metas</b>	Ausencia de políticas institucionales relacionadas con la atención materno perital Ausencia políticas de inducción y reinducción de entrenamiento Ausencia o inadecuados procesos de inducción y reinducción al personal incluido el temporal flotante Otro ¿Cuál?
<b>Prioridades y cultura organizacional</b>	Direccionamiento estratégico no alineado con los derechos sexuales y reproductivos Políticas inadecuadas de admisión de pacientes frente a la verificación de derechos Otro ¿Cuál?

## B. Del contexto institucional

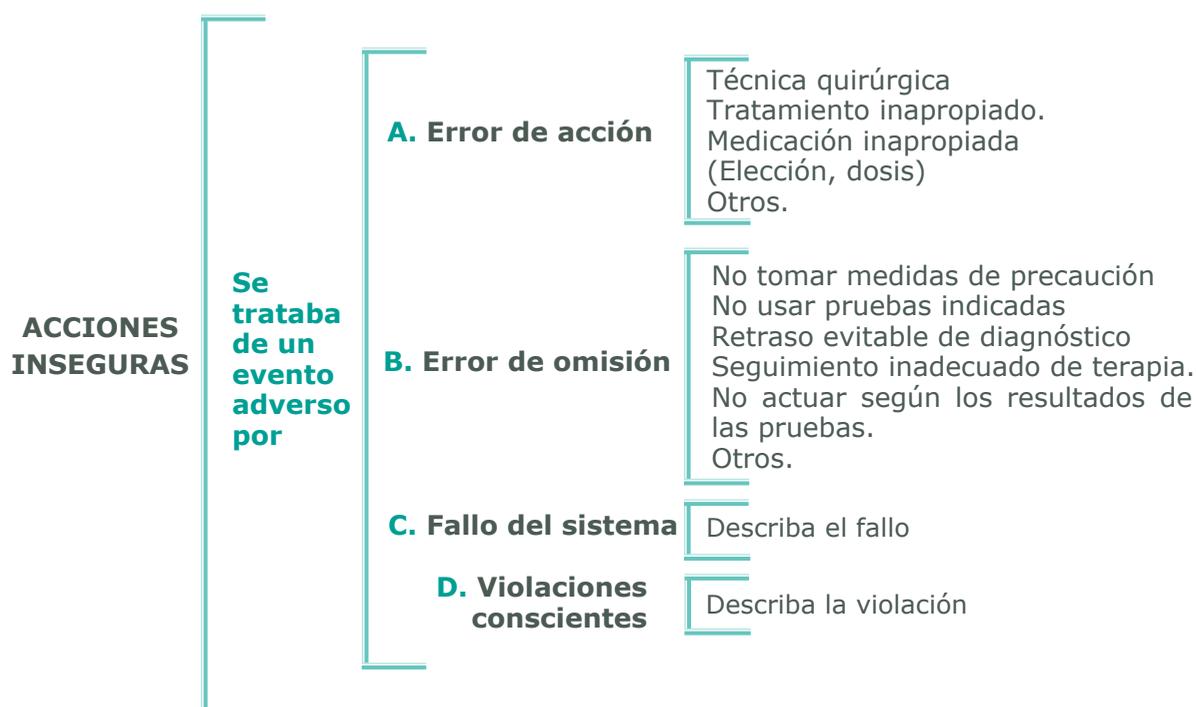
Corresponden a fallas latentes en la gestión de los servicios de salud, relacionados en el contexto del entorno extra institucional. Pueden corresponder a factores relacionados con retrasos tipo II.

<b>Económico y regulatorio</b>	Procedimientos o intervenciones no incluidas en planes de beneficios Medicamentos e insumos no incluidos en panes de beneficio Otro ¿Cuál?
<b>Contactos externos</b>	Ausencia de políticas de articulación y coordinación de programas maternoperinatal con aseguradores y otras IPS Inexistencia o inadecuación de establecimiento de Redes de atención materna Inadecuada capacidad instalada para la referencia (comunicación y transporte) Otro ¿Cuál?
<b>Accesibilidad</b>	No accesibilidad por barreras de la institución No accesibilidad por razones económicas del paciente Otro ¿Cuál?

## MODULO 10: ACCIONES INSEGURAS

Corresponde a la identificación y clasificación de las fallas activas que se desarrollaron durante la atención individual de caso.

- A. Error de acción
- B. Error de omisión
- C. Fallo del sistema
- D. Violaciones conscientes



### E. Identificación de defensas relacionadas

Relaciona la barrera de seguridad que corresponde a la falla identificada, con cuya presencia se habría evitado o contribuido a la evitación de la ocurrencia de la falla.

### F. Identificación de oportunidades de mejora relacionadas

Identifica las oportunidades de mejoramiento reaccionadas con las barreras identificadas, que serán objeto de despliegue en acciones de mejoramiento en los planes de mejora institucionales.

### **3.1 PROCEDIMIENTO DE INVESTIGACIÓN DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS**

A continuación, se describe cual debe ser el procedimiento a seguir durante la investigación de incidentes o eventos adversos ocurridos durante la atención obstétrica de emergencia en las IPS, y tiene por objeto establecer la metodología y pasos a seguir para la gestión y control de los incidentes y eventos adversos desde la morbilidad, es decir, con una óptica de prevención (proactiva). Para el desarrollo de esta actividad se sugiere la utilización del Protocolo de Investigación de Sucesos (incidentes y eventos adversos) en Morbilidad Materna Extrema y su respectivo instructivo, [Anexo 4](#).

El protocolo de Londres es una herramienta desarrollada para la prevención de accidentes clínicos a través del análisis de incidentes con una óptica de prevención. Este protocolo ha tomando como base el modelo organizacional de accidentes de James Reason y se constituye en un mecanismo de administración del riesgo. No reemplaza el juicio crítico del profesional ni la experiencia clínica, sino que por el contrario hace uso de ellas para realizar una investigación estructurada y profunda de los incidentes que permiten, a través de la reflexión, la búsqueda de aquellos eventos que concatenados produjeron un resultado adverso.

No busca culpables ni hace señalamientos, por lo cual el personal que es involucrado en entrevistas no se siente amenazado, lo que debe permitir es una mayor apertura; de la misma forma, mientras sea posible, no debe ligarse a procesos disciplinarios de ninguna índole porque esto impediría que la metodología fluyera de forma adecuada; tampoco significa que no se pueda tomar medidas al finalizar el proceso si hubiere lugar a ellas, pero este no debe ser el punto de arranque. Para lograr reducir los riesgos es necesario generar un ambiente abierto y justo.

El protocolo de Londres se basa en investigaciones que al respecto se han realizado en otras áreas como la de aviación, la de petróleos y la industria nuclear en las que ya se ha establecido una rutina de investigación de accidentes. Estos modelos han sido adoptados en el ámbito clínico asistencial y responden al modelo organizacional de causalidad que se mostrará a continuación.

### **3.2 MODELO ORGANIZACIONAL DE CAUSALIDAD DE INCIDENTES CLÍNICOS**

Este modelo considera que en una organización las decisiones descienden desde los niveles directivos y gerenciales hacia los niveles operativos a través de las divisiones departamentales, creando a su paso condiciones que pueden generar comportamientos inseguros. Para evitar accidentes o minimizar las consecuencias de las fallas se generan diferentes tipos de barreras (físicas, tecnológicas, humanas, naturales, controles administrativos).

Figura 8. Modelo organizacional de causalidad de incidentes clínicos



Para analizar un incidente se deben incluir todos estos elementos en forma detallada y por separado, considerando desde las acciones inseguras y las barreras que han fallado en el proceso hasta la cultura de la organización. El análisis debe estar enmarcado en un contexto institucional y tener en cuenta, además, las circunstancias en que se cometieron los errores que son conocidas como factores contributivos (mala comunicación, inadecuada programación de turnos, ambiente estresante, etc.)

Es importante enfatizar que la atención en salud es cada vez más compleja y depende de la interacción de un sinnúmero de profesionales y la conjugación de múltiples factores, algunos de ellos internos y otros externos como los entornos normativos, económicos, etc., inclusive, es afectada por muchos factores contributivos relacionados con el paciente mismo. Esto hace que en un análisis de incidentes se pueda profundizar y detallar tanto como se requiera en la búsqueda de oportunidades de mejora del proceso de atención.

Para entender el modelo vale la pena hacer uso de los conceptos básicos que sobre este tema de Protocolo de Londres utiliza el MPS en el documento técnico de herramientas de seguridad del paciente y que se desarrollaron ampliamente en el capítulo del marco conceptual de seguridad clínica.<sup>32</sup>

**Acción insegura:** conducta que ocurre durante el proceso de atención en 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:

- 👉 La atención se aparta de los límites de una práctica segura.
- 👉 La desviación tiene al menos el potencial directo o indirecto de causar un evento

<sup>32</sup> [http://new.paho.org/col/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=257&Itemid=99999999](http://new.paho.org/col/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=257&Itemid=99999999)

Ejemplos de acciones inseguras:

-  No monitorizar, observar o actuar.
-  Tomar una decisión incorrecta.
-  No buscar ayuda cuando se necesita.

**Contexto clínico:** condición clínica del paciente en el momento en que se ejecutó la acción insegura (hemorragia severa, hipotensión progresiva). Esta es información crucial para entender las circunstancias del momento en que ocurrió la falla.

**Factor contributivo:** condiciones que facilitaron o predispusieron a una acción insegura. Por 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. El MPS enumera y clasifica los elementos contributivos así:

Tabla 3. Factores contributivos que pueden influenciar la práctica clínica

ORIGEN	FACTOR CONTRIBUTIVO
PACIENTE	Complejidad y gravedad. Lenguaje y comunicación. Personalidad y factores sociales.
TAREA Y TECNOLOGÍA	Diseño de la tarea y claridad de la estructura; disponibilidad y uso de protocolos; disponibilidad y confiabilidad de las pruebas diagnósticas; ayudas para toma de decisiones.
INDIVIDUO	Conocimiento, habilidades y competencia. Salud física y mental.
EQUIPO	Comunicación verbal y escrita. Supervisión y disponibilidad de soporte. Estructura del equipo (consistencia, congruencia, etc).
AMBIENTALES	Personal suficiente; mezcla de habilidades; carga de trabajo; patrón de turnos; diseño, disponibilidad y mantenimiento de equipos; soporte administrativo y gerencial; clima laboral; ambiente físico (luz, espacio, ruido).
ORGANIZACIONALES Y GERENCIALES	Recursos y limitaciones financieras; estructura organizacional; políticas, estándares y metas; prioridades y cultura organizacional.
CONTEXTO INSTITUCIONAL	Económico y regulatorio. Contactos externos.

El tener desglosados estos factores contributivos permite al hacer un análisis disponer de tantos niveles como se requieran debido a que se incluyen factores contributivos que no tienen que ver sólo con el área asistencial, sino que involucran inclusive factores de dirección.

La investigación de incidentes es una herramienta fundamental en el control de las condiciones de prestación de servicios de salud obstétricos de emergencia y debe permitir obtener información valiosa para evitar incidentes posteriores o eventos adversos.

En el momento mismo de la ocurrencia de un incidente se deberá notificar para desarrollar un proceso proactivo de investigación clínica, a fin de definir acciones correctivas asertivas; independientemente de que no se constituya la aparición de un evento adverso, la presencia de incidentes debe ser reportada para su seguimiento.

El objetivo último de toda investigación clínica de evento adverso es establecer su causa raíz e implementar medidas para eliminar las que lo propiciaron.

La investigación preventiva de incidentes debe realizarse para recoger información de primera mano, tomar medidas redundantes que permitan prevenir la repetición de incidentes similares o la ocurrencia de eventos adversos. El siguiente, es el proceso que a grandes líneas se recomienda para realizar la investigación de incidentes:

a. Establecer de la forma más precisa posible cuáles fueron las acciones o condiciones deficientes en la prestación del servicio de salud obstétrico de emergencia.

- Recopilar hechos concretos y objetivos, no se puede basar en suposiciones ni interpretaciones subjetivas de los hechos.

- De ser posible, entrevistar a la materna en cuya atención ha ocurrido el incidente y a las personas que intervinieron en el proceso de atención. Durante la entrevista debe evitarse juicios o preguntas tendenciosas.

b. Las personas responsables de la investigación deberán recopilar los datos, reconstruir la situación, conocer las causas que originaron el incidente. definir las características y fuentes del incidente, y describir el proceso (cómo, quién, cuándo, dónde).

c. Se debe conformar un comité o comités de investigación de incidentes que deberá evaluar caso a caso compilando información, analizando hallazgos y evidencias y preparando las recomendaciones para evitar que el mismo se repita. Este comité debe estar integrado por un representante de cada departamento (administrativos, de prestación de servicios (médicos, enfermeros), de calidad, etc.

Para ejecutar este proceso de manera organizada y sistemática existe un modelo de ruta a seguir en la investigación de incidentes (errores y eventos adversos) básico estandarizado propuesto por el MPS, que puede ser utilizado tanto para incidentes menores como para eventos adversos graves. En él se deben desarrollar siete (7) pasos o actividades, de forma secuencial, para analizar un incidente clínico (error y evento adverso) que se ilustran en la figura siguiente y se describen a continuación:

Figura 10. Ruta para investigar y analizar incidentes clínicos.



### 1. Identificación y decisión de investigar

Como se mencionó anteriormente en el paso inicial, en el que ya debe estar funcionando la cultura del reporte, se debe tener la materia prima de los incidentes o eventos a investigar, la gravedad del incidente y el potencial aprendizaje organizacional para decidir el inicio del proceso de investigación.

### 2. Selección del equipo investigador

Este es uno de los pasos más importantes en virtud a que en este proceso se requiere, además de conocimiento y experiencia en investigación de incidentes, conocimiento y experiencia clínica específica. Aunque es posible encontrar personas con múltiples competencias se debe conformar un equipo integrador:

- Experto en investigación y análisis de incidentes clínicos.
- Punto de vista externo (miembro de Junta Directiva sin conocimiento médico específico).
- Autoridad administrativa sénior (Director médico, Jefe de enfermería, etc.).
- Autoridad clínica sénior ( Director médico, Jefe de departamento, Jefe de sección, especialista reconocido, etc.).
- Miembro de la unidad asistencial donde ocurrió el incidente, no involucrado directamente.

### 3. Obtención y organización de información

Se debe reunir la mayor cantidad de información posible para hacer un mejor análisis del incidente o evento, siendo la información mínima la siguiente:

- 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 y disponibilidad de personal bien adiestrado.

Es importante tomar declaraciones y observaciones de forma inmediata obteniendo de primera mano la mayor información posible, estas declaraciones deben ser narraciones espontáneas de los eventos ocurridos durante el incidente o evento adverso. De esta forma, se evitan sesgos o informaciones incompletas, que permitirán detectar circunstancias que habitualmente no se incluyen en las historias clínicas.

El siguiente es el protocolo propuesto en los documentos técnicos del MPS para realizar las entrevistas de diagnóstico, que deben tener una duración de 20 a 30 minutos.

**Tabla 4.** Protocolo de entrevista.

<b>Lugar Privado y relajado, lejos del sitio donde ocurrió el incidente.</b>	
Explique el propósito	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Explique al entrevistado el motivo de la entrevista.</li> <li>○ Evite el estilo de confrontación y los juicios de valor.</li> <li>○ Garantícele que lo que diga no va a ser objeto de represalias y va a mantenerse bajo estricta confidencialidad.</li> </ul>
Establezca la cronología del incidente	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Identifique el papel del entrevistado en el incidente y registre el límite de su participación.</li> <li>○ Establezca con su ayuda la secuencia de hechos que llevaron al incidente, tal como él la vivió.</li> <li>○ Compare esta información con la secuencia general que se conoce hasta el momento.</li> </ul>
Identifique las acciones inseguras	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Explique al entrevistado el significado del término acción insegura e ilustre el concepto con un ejemplo diferente al caso que se investiga.</li> <li>○ Invite al entrevistado a identificar acciones inseguras relevantes para el caso, sin preocuparse por si alguien es o no culpable.</li> <li>○ Cuando hay protocolos es relativamente fácil identificar no adherencia a recomendaciones específicas. Recuerde que en la práctica diaria es aceptable algún grado de variación.</li> </ul>
Identifique los factores contributivos	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Explique al entrevistado el significado del término factor contributivo e incentive su identificación sistemática mediante ejemplos ilustrativos.</li> <li>○ Cuando el entrevistado identifica un factor contributivo pregúntele si es específico para la situación actual o si se trata de un problema general de la unidad asistencial.</li> </ul>
<b>Cierre Permita que el entrevistado haga todas las preguntas que tenga</b>	

Es de aclarar que la sistematización de la información será recolectada en el instrumento incluido en el [Anexo No. 3](#).

#### **4. Establecimiento de la cronología del incidente**

Es obligación del equipo investigador establecer las discrepancias entre las fuentes y determinar adecuadamente la cronología, para ello el grupo puede adoptar cualquiera de las dos metodologías siguientes:

**Narración:** a través de las entrevistas el grupo investigador debe poder determinar cómo ocurrieron los hechos, con qué secuencia y cuáles fueron los factores determinantes.

👉 **Diagrama:** mediante un diagrama se deben representar los movimientos de personas, documentos, información, etc. de tal forma que esta representación gráfica se pueda comparar con las políticas y procedimientos existentes y determinar dónde estuvo la falla.

## 5. Identificación de acciones inseguras

Es bastante útil organizar una reunión con todo el personal involucrado en el incidente para lograr, entre todos, identificar las principales acciones inseguras. La gente, que de alguna manera participó en el incidente, usualmente es capaz de identificar el motivo por el cual ocurrió. Es importante que se precisen bien las acciones y que las mismas no se confundan con los factores contributivos. Para realizar este tipo de reuniones existe una metodología bastante útil que es la de "Grupos nominales"

Desarrollo del grupo nominal para la investigación clínica

Para lograr un análisis participativo del grupo inter disciplinario que permita generar ideas enfocadas a la prevención de la ocurrencia de eventos adversos a través del análisis de incidentes, sin que se presenten vicios de juicio presentados por el entorno o por las imposiciones producto de recias personalidades o del respeto a la subordinación, se propone el uso del método de grupos nominales, el cual se sistematiza en la matriz de análisis individual de caso del [Anexo 4](#).

El "grupo nominal" es una estrategia para conseguir información de una forma estructurada en un ambiente libre de tensión, donde las personas exponen con libertad sus ideas tanto de forma oral como escrita; de esta forma se logra maximizar la participación de los grupos en el análisis de los problemas pues se obtiene de parte de todos los miembros del grupo una participación balanceada desprovista de sesgos, aprovechando los conocimientos y experiencia de cada participante en su propio campo de acción.

Este método permite también proponer soluciones y establecer prioridades. Para lograr los mejores resultados la reunión debe tener una duración de 1 a 2 horas y se propone el siguiente procedimiento

👉 Conformar el grupo no mayor a 10 personas, preferiblemente impar. El grupo debe estar integrado por expertos de cada departamento, involucrados en el proceso, y que tengan conocimiento del mismo y del incidente, incluyendo al menos los perfiles descritos en la conformación del equipo investigador

👉 Seleccionar un líder o moderador con capacidad de mantener una posición neutral.

👉 Dar la bienvenida a los participantes, explicarles claramente el propósito de la actividad y procedimiento a seguir, y aclararles que no hay respuestas correctas o incorrectas, hacerlo antes de iniciar la reunión. .

👉 Describir brevemente cual es el interés que se persigue con el grupo nominal e iniciar con una tormenta de ideas que no debe durar más de 15 minutos. La tormenta de ideas consiste en que todos los participantes pueden expresar libremente lo primero que les venga a la mente acerca de las causas del incidente que se va a analizar.

👉 Organizar el grupo en forma de U o en círculo y explicar que el líder del grupo estará circulando por el salón recogiendo de cada persona participante sus ideas escritas acerca de las causas del incidente analizado. Estas ideas no se discutirán.

- Escribir en un tablero, a la vista de todos, todas las ideas recogidas de cada miembro del grupo nominal.
- Eliminar de estas ideas de causas o problemas aquellas que son similares entre sí, evitando ideas repetidas.
- Verificar o asegurarse que todas las ideas o causas estén listadas en el tablero y no permitir en este punto ningún tipo de discusión sobre las ideas expresadas.
- Realizar una sesión breve para clarificar las ideas o las causas expuestas. En este punto tampoco se debe permitir la discusión que polarice las posiciones, es únicamente un estadio para clarificación de ideas.
- Realizar la votación una vez clarificados los puntos. Cada participante vota.
- Tabular a continuación los resultados y de esta forma establecer un orden de prioridades de los aspectos que serán evaluados a mayor profundidad.
- Discuter los resultados. Esta discusión no debe durar más de 30 minutos. En caso de ser necesario se puede votar nuevamente después de la discusión para verificar si se ha presentado algún cambio de opinión en cuanto a prioridades.
- Definir posterior a esta segunda votación las prioridades los problemas a atacar para evitar incidentes similares o el acontecer de eventos adversos y envíar a todos los miembros del grupo nominal resumen de la actividad.
- Enviar resumen de la reunión a todos los participantes en el grupo nominal.

Del grupo nominal saldrán priorizadas las acciones inseguras para continuar con el proceso siguiente que es la determinación de las medidas correctivas. Estas medidas deben ser emitidas para los tres niveles causales: causas inmediatas, causas básicas y causas por déficit de gestión (falta o déficit de normas y procedimientos).

**Figura 11.** Tips para el desempeño de los miembros del grupo nominal.

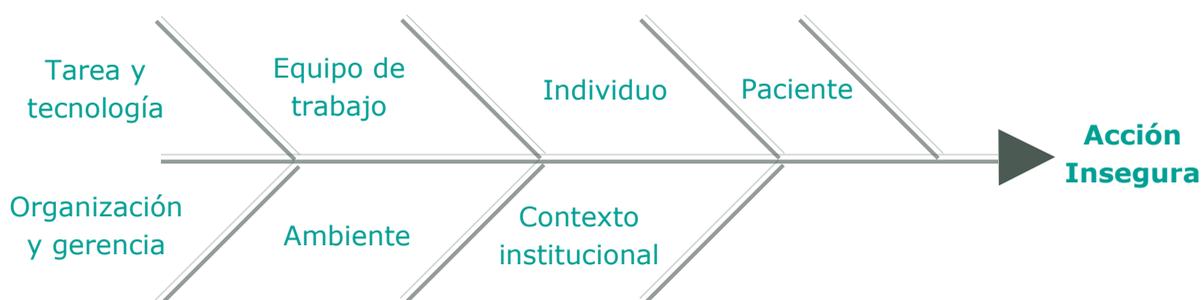
**Algunas recomendaciones que se pueden hacer a los miembros del grupo nominal para obtener mejores resultados:**

1. Escuche y respete los diferentes puntos de vista.
2. Contribuya para que todos los miembros del grupo participen, no se apropie de la palabra, haga sentir cómodo a quien esté en uso de la palabra.
3. Mantenga una mente abierta y estimule a los demás participantes a exponer sus ideas.
4. El éxito del trabajo en grupo depende de todos los miembros que lo conforman.
5. Haga preguntas y resúmenes que guíen y estimulen el grupo.

## 6. Identificación de los factores contributivos

En este paso es preciso determinar las condiciones que acompañaron las acciones inseguras, es decir, que como su nombre lo indica contribuyeron a la realización de una acción insegura. Como muchos factores pueden acompañar a cada acción es necesario analizar cada acción insegura seleccionada para estudio en forma separada. Para este análisis se aconseja utilizar el esquema de espina de pescado que permite analizar cada acción insegura con los factores contributivos que ya se enunciaban en la [Tabla 1](#).

Figura 12. Diagrama de espina de pescado – Acción Insegura



## 7. Recomendaciones y plan de acción

Con el paso anterior se termina la etapa de investigación y análisis; se continúa entonces, con la etapa de recomendaciones que tiene como objetivo primordial mejorar los puntos débiles identificados en todo el proceso. Es importante que se incluyan aquellas acciones realizables y con resultados medibles, de tal forma que al ir alcanzando resultados se cree una cultura de seguridad alrededor de hechos cumplidos. Este plan de acción debe contener como mínimo:

- Priorización de los factores contributivos de acuerdo con su impacto sobre la seguridad futura de los pacientes desde un enfoque de riesgo.
- Lista de acciones para enfrentar cada factor contributivo identificado por el equipo investigador.
- Asignación de un responsable de implementar las acciones.
- Definición del tiempo de implementación de las acciones.
- Identificación y asignación de los recursos necesarios.
- Seguimiento a la ejecución del plan.
- Cierre formal cuando la implementación se haya efectuado.
- Fijación de fecha de seguimiento para evaluar la efectividad del plan de acción.

Además del análisis de incidentes existen otras herramientas que permiten en forma proactiva, a través de la observación y el dialogo, encontrar elementos de prevención de ocurrencia de incidentes, ejecutar acciones de mejora y generar cultura de seguridad al interior de las instituciones. En esta categoría están las rondas de seguridad y las reuniones breves de seguridad que se desarrollan a continuación.

## 4. EVALUACIÓN DE AMBIENTES SEGUROS, RONDAS DE SEGURIDAD Y REUNIONES BREVES DE SEGURIDAD PARA LOS SERVICIOS MATERNO – PERINATALES

El desarrollo de un modelo integral de seguridad clínica de pacientes, debe tratar de incidir no solamente en la mejora puntual de las fallas activas y latentes, sino que debe propiciar cambios positivos en el comportamiento de los profesionales de la salud y demás personal involucrado en las labores asistenciales. Por lo tanto, el desarrollo de actividades que procuren la implementación de acciones y comportamientos seguros son recomendables para instaurar una verdadera cultura de seguridad, dos estrategias importantes que procuran esta situación corresponden a las rondas de seguridad y las reuniones breves de seguridad.

### 4.1 Rondas de seguridad

Se constituye en una herramienta gerencial basada en la observación y el dialogo y consiste en la visita de un grupo de ejecutivos a las áreas asistenciales. En estas visitas los ejecutivos (Director general, Director médico, Gerente administrativo, Gerente de riesgo, etc.) deben verificar el cumplimiento de los requerimientos de calidad y seguridad previamente establecidos y contemplados en las normas que regulan la práctica profesional en salud (diligenciamiento de historias clínicas, estado de equipos médicos, etc.).

Esta visita puede estar guiada por un listado de preguntas que se deben realizar al personal de servicio y de preferencia implementarse de manera rutinaria con al menos una periodicidad semanal. Posterior a la visita se debe presentar una reunión con el supervisor o jefe del servicio visitado para analizar las condiciones y establecer los planes de acción de acuerdo con las oportunidades de mejora establecidos, los cuales deben reflejarse en el informe de la misma, que se puede registrar en el Formato para Rondas de Seguridad en el Servicio de Ginecoobstetricia y su Instructivo sugerido en el [Anexo 5](#).

Figura 13. Tips para el desarrollo de rondas de seguridad

#### Algunas recomendaciones para que las rondas de seguridad cumplan su función:

1. Evitar la asistencia masiva de los ejecutivos a un servicio para impedir el temor que esto produce en el personal.
2. Evitar que la llegada de los ejecutivos ocupe en simultanea a muchas personas y que por esta razón se pare la atención de los pacientes, que es en ultimas lo más importante.
3. Evitar que la llegada en masa de los ejecutivos genere en la familia de los pacientes y los mismos pacientes la sensación que algo malo está ocurriendo con el servicio y desconfíen de la calidad.
4. Las rondas y las visitas deben obedecer a un programa y tener una continuidad en el tiempo. La programación de visitas debe incluir visitas en horarios nocturnos y en las madrugadas por ser horas en las que habitualmente se presentan eventos adversos.
5. Puede aprovecharse la ronda para hablar con pacientes y sus familias para preguntarles sobre su percepción de la seguridad y calidad de la atención.

## 4.2 Reuniones breves de seguridad

Es una buena práctica que al igual que otras metodologías han sido comprobadas en diferentes industrias y sectores como petroleras, mineras, farmacéuticas, petroquímicas, etc.

En el ambiente hospitalario estas charlas son fundamentalmente de seguridad basadas en el comportamiento y sirven como guía para el líder que está en contacto directo con el equipo de trabajo que realiza trabajos que exigen procedimientos seguros, con el fin de preservar la vida, aunque se ha utilizado mas con el cuerpo de enfermeras es igualmente aplicable a médicos y personal en general.

Es importante tratar de implementar esta sana práctica en los hospitales. No necesariamente debe ser un solo escenario. Se pueden generar charlas de seguridad por cada unidad asistencial, lo más importante es generar en las instituciones la cultura de seguridad.

Figura 14. Tips para el desarrollo de charlas breves de seguridad

### Algunas recomendaciones para organizar las charlas breves de seguridad:

1. Programar charlas de cinco minutos cada mañana de tal forma que se convierta en un hábito.
2. Es importante tener muy bien preparada la charla para no ser víctima de improvisaciones.
3. La charla puede ser realizada en el mismo sitio de trabajo para evitar pérdidas de tiempo en largos desplazamientos.
4. Las charlas deben ser cortas y motivadoras, permitiendo la participación de los asistentes. Esto enriquecerá a todo el personal a través de las experiencias de todos los participantes.
5. Puede aprovechar como material de trabajo el análisis de las mejores prácticas de esta forma puede también enriquecer la labor del personal a través de experiencias exitosas en términos de seguridad.

## 5. PLANES DE MEJORA PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

A fin de comprender de manera clara los aspectos relacionados con la seguridad del paciente, desde la óptica del mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud, es necesario dejar en claro el concepto de atención en salud y los elementos que intervienen en su desarrollo de manera que se pueda establecer el campo de aplicación del análisis y los aspectos relevantes de la atención en salud que serán objeto de evaluación y mejora.

El concepto de atención en salud, de acuerdo con la OMS y como se incluye en la carta de Ottawa, corresponde a la prevención, tratamiento, y manejo de la enfermedad y la preservación del bienestar físico a través de los servicios ofrecidos por los profesionales de la salud y afines y abarca todos los bienes y servicios deseados para promover la salud, incluyendo "intervenciones preventivas, curativas y paliativas, ya sean dirigidas a individuos o a poblaciones".<sup>33</sup>

Como es evidente la atención en salud se basa de manera fundamental en la relación médico-paciente, sin ella es imposible desarrollar el concepto de atención en salud, entendiéndola como aquella que se establece entre dos seres humanos: el médico o terapeuta que intentará ayudar al paciente en los aspectos relacionados con su enfermedad o patología y el enfermo que entrega su humanidad al terapeuta para ser asistido.

Esta relación ha existido desde el origen mismo de la humanidad y ha permanecido en esencia invariable pese a los cambios que la ciencia ha experimentado a través de los tiempos como las nuevas técnicas o "aparatos" que en la actualidad mediatiza esta relación.

El fundamento de la relación médico-paciente, de acuerdo con Pedro Laín Entralgo, es la vinculación que inicialmente se establece entre el médico y el enfermo por el hecho de haberse encontrado como tales, entre sí; vinculación cuya índole propia depende, ante todo, de los móviles que en el enfermo y en el médico han determinado su mutuo encuentro.<sup>34</sup>

Como todo encuentro interhumano e interpersonal, el que reúne al médico y al enfermo se realiza y expresa de acuerdo con las dimensiones de la actividad humana, una de las cuales, la cognoscitiva, en el caso del médico toma forma específica como diagnóstico, es decir, como método para conocer lo que aqueja al enfermo y la aplicación pragmática de este conocimiento para el logro de algo que importa medularmente al paciente: La salud.

De esta manera, se entiende que la relación surge como el resultado de una conjunción entre la acción del terapeuta que le motiva a desarrollar actividades, procedimientos o intervenciones y una realidad la del enfermo, determinada por su problema o patología en los que cada uno de los aportes de los integrantes de la relación están enmarcados esencial e irrevocablemente por el riesgo. De una parte, el riesgo ligado a la patología o al problema del paciente y por otro lado, el riesgo que conlleva la práctica de las intervenciones sobre el paciente.

En este sentido se puede determinar que el origen del riesgo de la patología o evento del paciente se origina en la misma patología y puede ser potenciado por el riesgo ligado a la co-morbilidad del paciente; el objetivo primordial de la atención en salud sería entonces el eliminar o por lo menos minimizar o mitigar los efectos derivados de dichos riesgos mediante los procedimientos, actividades o intervenciones en salud ejecutadas por el terapeuta.

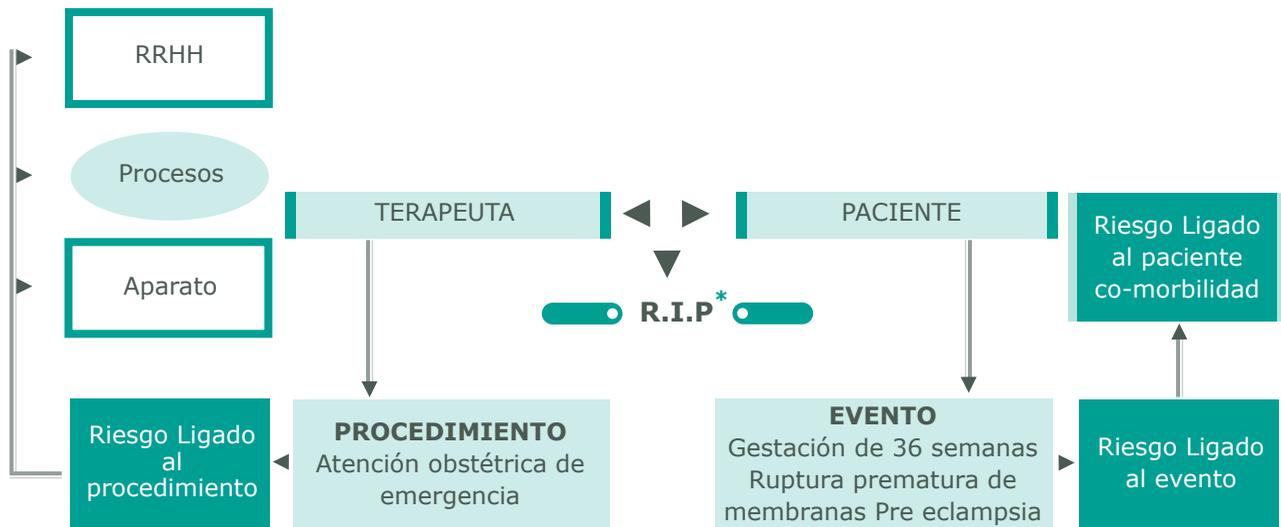
Sin embargo, ninguna intervención es completamente inocua, más bien es potencialmente riesgosa, dichos riesgos estarían derivados de los componentes de la atención; de manera simplificadora se podría decir que los elementos básicos constitutivos de la atención corresponderían al recurso humano, insumo fundamental de la atención en salud, que se

<sup>33</sup><http://www.paho.org/spanish/HPP/OttawaCharterSp.pdf>

<sup>34</sup>Lain Entralgo P. Hacia una terapéutica general antropológica. En: Historia universal de la medicina. Barcelona: Masson; 1998

denomina en este análisis el "aparato", es decir, la infraestructura, la dotación o equipamiento técnico e insumos, utilizados para ejecutar las intervenciones y los procesos que corresponden a las interacciones fácticas del recurso humano con los elementos del aparato y que determina en sí el algoritmo de la atención, cada uno de ellos dotados de sus propios riesgos como se significa en la siguiente figura.

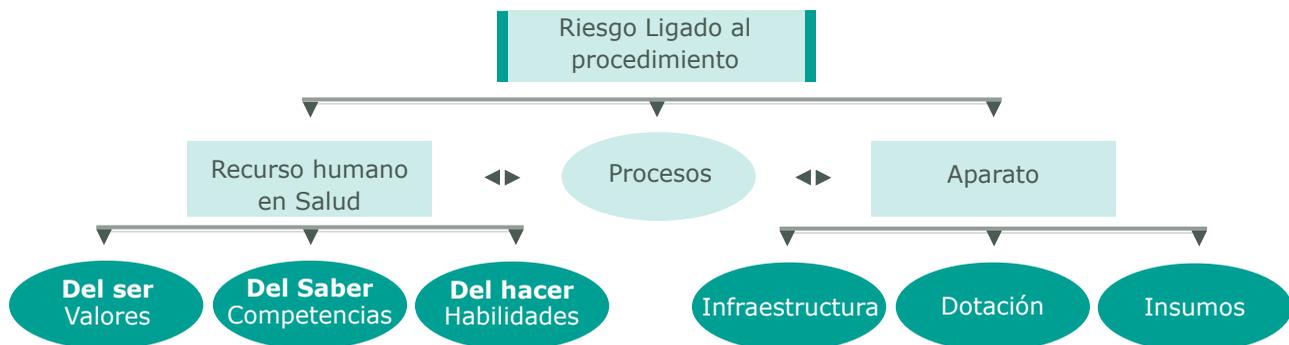
Figura 15. Componentes de la Atención en Salud



**\*Relación InterPersonal**

El recurso humano soporte fundamental de la atención podría generar riesgo en ella derivado de la ausencia de competencias para el desarrollo de las actividades procedimientos o intervenciones en salud; así mismo, el riesgo podrá también derivarse de la falta de habilidad para la ejecución de ellas o el denominado riesgo ético<sup>35</sup> que corresponde a la toma volitiva de decisiones con base en valores; el aparato podría establecer riesgos derivados de la presencia o no de infraestructura, la dotación o los insumos, así como también de su estado funcional (mantenimiento) o características técnicas de las mismas, utilizadas para la atención en salud. De la misma forma los procesos estarían generando riesgo por ausencia de ellos o defectos en su diseño o ejecución como se observa en la siguiente figura.

Figura 16. Origen del Riesgo en la Atención en Salud



<sup>35</sup> Reamer, Frederic G. Ethical Dilemmas in Social Service

Cuando se habla de gestión de calidad de la atención en salud para el mejoramiento continuo se podrá gestionar o incidir en las características de los elementos que intervienen en la atención en salud: recurso humano, procesos y aparato, para de esta forma no adicionar riesgo al que de por sí trae el paciente con su patología.

Una vez aclarado el panorama de la atención en salud y teniendo también claridad que cuando se habla de un entorno de atención en salud, este se condiciona por el riesgo, se debe comprender que una de las principales características de calidad que deberán tener las acciones de mejora para las intervenciones ha de ser la "seguridad".

En este orden de ideas podríamos asegurar que toda asistencia en si misma implica un riesgo para el paciente; este riesgo se expresa en diferentes fenómenos productos de la interacción entre la afectación o no del paciente, su vulnerabilidad, la existencia de equivocaciones humanas o fallos del sistema.<sup>36</sup>

De igual manera, en relación con los aspectos de calidad de la atención en salud es importante tener en cuenta la apreciación de Avedis Donabedian quien enmarca la atención en salud como un continuo de eventos clínicos y administrativos bajo el enfoque sistémico en los que da relevancia a dos aspectos fundamentales.<sup>37</sup>

- El componente técnico de la atención.
- El componente determinado por el desarrollo de la interacción persona consustancial a la atención y el entorno o ambiente físico donde se desarrolla dicha atención.

En la dimensión técnica se expresa la aplicación de la ciencia y tecnología en la atención en salud sobre problemas concretos de salud; la calidad de la atención en su dimensión técnica consiste entonces en la aplicación de dicha ciencia y tecnología en concordancia con los determinantes de la evidencia técnica, científica o administrativa, de modo que reporte el máximo de beneficio a la salud del paciente, minimizando sus riesgos.

En la dimensión interpersonal se expresan las características cualitativas de las relaciones humanas que se establecen entre los profesionales de la salud, conjuntamente con el resto de su equipo, con el paciente y su familia.

La calidad de la atención en su dimensión interpersonal se expresa en el cumplimiento de los modos de actuación definidos, además, por la ética médica y la ética general de la sociedad, así como por el entorno donde se desarrolla la atención, y las comodidades y facilidades que disfruta el paciente en el proceso de atención. Características tales como una consulta agradable con condiciones de privacidad, tiempo de espera breve, eficiencia y rapidez desde la admisión hasta el egreso, así como una total accesibilidad al servicio.

No obstante, la obtención de una exitosa relación interpersonal por parte del equipo de salud con el paciente y su familia o el cumplimiento de las características técnico científicas que determina cada tipo de atención, la apreciación holística de la calidad no puede estar condicionada solamente por las comodidades o facilidades del medio ambiente o las características técnicas, sino que debe estar modulado por una dimensión no menos importante que las mencionadas

<sup>36</sup> Aranaz, JM. Aibar C, Vitaller J. Mira JJ. Gestión sanitaria calidad y seguridad de los pacientes.

<sup>37</sup> Donabedian A. "Continuidad y cambio en la búsqueda de la calidad". Revista Salud Pública de México. 35:3, may-jun.1993.



Si se observa la gráfica anterior se podría ilustrar a manera de ejemplo las diferentes formas de apreciar un iceberg en toda su magnitud, si se tienen unos observadores desprevenidos como es el caso de Jack o Rose, los legendarios personajes de la cinta Titanic, sería necesario un vehículo especial para poder observar al menos la parte que sobresale de la superficie del agua, es decir, el mismo barco, sin embargo, la observación del iceberg sería parcial pues sólo podrían mirar lo que es apreciable a sus sentidos, lo tangible, sin que sea posible conocer la magnitud del resto del iceberg, para lo cual, además de un vehículo especial como lo es un submarino, necesitaría de la presencia de un observador experto como lo fue Jacques Yves Cousteau, quien sería capaz, gracias a sus conocimientos, de dilucidar la verdadera magnitud de la masa de hielo polar al poder observar la parte que para los observadores desprevenidos es intangible. Sin embargo, estas observaciones en sentido estricto dependerían también de un factor especial que corresponde a la marea la cual se eleva o baja sobre el iceberg en cierta forma cambiando la apreciación de los aspectos tangibles e intangibles.

Si se compara la atención en salud con el ejemplo, se podría decir que ella corresponde al iceberg, y tiene características que son tangibles para el paciente y su familia como son los aspectos relacionados con las amenidades en el servicio, que la hacen más llevaderas y que corresponden a la dimensión interpersonal definida por Donabedian, que por supuesto dadas las especificidades de sus características, requieren de herramientas también específicas para su evaluación y desarrollo de acciones de mejoramiento. Los aspectos intangibles corresponderían a los aspectos de la dimensión técnica de la atención en salud, aspectos que la mayoría de las veces exorbitan los conocimientos de los pacientes, situación que obliga también la aplicación de herramientas específicas de evaluación y de mejora.

Bajo ninguna circunstancia sería viable la evaluación de la dimensión interpersonal con instrumentos desarrollados para evaluar la dimensión técnica y viceversa, así mismo, sería inadecuado extrapolar la evaluación de una dimensión a la otra, por ejemplo no se puede decir que la calidad técnica de un servicio tiene un alto grado de adecuación basados en el resultado de una encuesta de satisfacción del cliente.

Otro aspecto a tener en cuenta corresponde a la adecuación de la evaluación de la dimensión interpersonal, a la dimensión de los sensibles, como se dijo con anterioridad la apreciación del usuario de la calidad interpersonal del servicio está modulada por su estado afectivo y que, probablemente, no siempre será mejor cuando se trata de recibir servicios de salud, pues estas circunstancias siempre estarán rodeadas de angustia o stress por parte del paciente.

Otros aspectos a tener en cuenta cuando se desarrollan estrategias de mejora de la calidad parten del mismo enfoque sistémico propuesto por Donabedian, quien considera tres componentes para su estudio: La estructura, el proceso y el resultado, el que en nuestra experiencia posibilita conocer de manera más acertada la situación de la atención y establecer a partir de ello, un monitoreo para su evaluación, que identifique las desviaciones de lo deseado frente al desempeño actual a fin de modificarlo mediante la implementación de acciones o planes de mejora.

De esta manera, en la estructura se conoce y evalúa el ¿con qué? se está trabajando; en el proceso se identifica el ¿cómo? se están ejecutando las acciones; y por último, los resultados proporcionan el conocimiento de los objetivos y propósitos logrados, es el ¿qué? se hizo con los recursos que se tenían en nuestras acciones.

OMS considera que en el concepto de Calidad en los Servicios de Salud deben estar presentes los siguientes atributos:

- Alto nivel de excelencia profesional.
- Uso eficiente de los recursos.
- Mínimo de riesgos para el paciente.
- Alto grado de satisfacción por parte del paciente.
- Impacto final en la salud.

No es posible reducir a uno o algunos de estos elementos la calidad en salud, pues necesariamente implica la integración de estos elementos de carácter técnico y también de procesos, objetivos y subjetivos provenientes de la percepción de calidad de los pacientes y sus familias, pero que todos unidos tienen como resultante la satisfacción del usuario y la eficiencia de la institución de salud, sólo con esta integración es posible obtener una mejora integral en los resultados de la atención en salud.

La metodología para la construcción colectiva de los planes de mejora continua parten de la identificación de oportunidades de mejora en las reuniones de grupos nominales sugeridas para el análisis de caso individual mediante la aplicación del protocolo de Londres.

Una vez identificados los retrasos o demoras, y definida la necesidad de aplicar el protocolo de Londres cada proceso de atención será analizado de tal manera que se puedan establecer tanto los factores contributivos, como las barreras redundantes que se deben implementar y las acciones de mejora para generarlas. La metodología aquí propuesta corresponde a la propuesta por el MPS para el desarrollo de planes de mejora para la acreditación en salud.<sup>38</sup>

El plan de mejoramiento no sólo estipulará las actividades a realizar, sino que además debe identificar claramente quién será el responsable, cómo se realizará la actividad propuesta, dónde y en cuánto tiempo se espera cumplir con lo planteado, el indicador con el cual se medirá el cumplimiento de cada actividad, y los responsables tanto del cumplimiento como del seguimiento de cada una de las mismas, que no pueden ser la misma persona como se indica en la matriz de Planes de Mejoramiento para Seguridad Clínica en Morbilidad Materna Extrema y su respectivo instructivo del [Anexo 6](#).

Una vez finalizado este componente de la construcción colectiva se diseminará mediante el envío de copias del plan de mejoramiento a todos los participantes que deben ejecutar actividades y a los responsables de cumplimiento y del seguimiento.

Los determinantes médicos dependen directamente de la calidad del proceso de atención, por lo tanto las actividades que se programen deben estar dirigidas a corregir y mejorar este proceso en las instituciones de salud. El proceso incluye las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, demanda inducida y la prestación del servicio en el nivel ambulatorio y hospitalario.

Con respecto a los determinantes no médicos el plan de mejoramiento va dirigido a actividades intersectoriales conducentes a evitar que problemas relacionados con aspectos logísticos y de acceso a los servicios y aquellos relacionados con la condición socioeconómica, de educación y de

<sup>38</sup> <http://www.minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/library/documents/DocNewsNo18676DocumentNo9993.PDF>

conocimientos de las gestantes sean parte causal de la ocurrencia de los eventos. Las acciones en el nivel colectivo deben estar integradas con la política nacional de salud sexual y reproductiva.

## **5.1 SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA MME (Construcción de Línea de Base)**

Bajo la definición clásica un sistema de información se considera como un conjunto de elementos que interactúan entre sí con el fin de apoyar las actividades de una empresa, negocio o unidad funcional. Un sistema de información realiza cuatro actividades básicas: entrada, almacenamiento, procesamiento y salida de información, para efectos del sistema de información del modelo de seguridad del paciente para MME, el establecimiento de la línea de base y posterior seguimiento considerará los siguientes procedimientos para las actividades básicas:

### **a. Entrada de Información**

Es el proceso mediante el cual el Sistema de Información toma los datos que requiere para procesar la información. Para este caso las entradas serán de tipo mixto, manuales y automáticas. Para el sistema las encuestas sobre seguridad de los pacientes serán aplicadas de manera manual por cada uno de los funcionarios de los servicios de obstetricia de manera auto administrada, y será alimentada la base de datos en el capítulo respectivo del aplicativo, los datos e información relacionados con el instrumento de análisis de causalidad (Protocolo de Londres) será aplicado durante las reuniones de grupo nominal posterior al análisis causal y alimentará la base de datos para el análisis y clasificación de los eventos adversos tanto en el prestador como los consolidados sub nacionales, para aseguradores y para el nivel nacional.

La información relacionada con los planes de mejoramiento será capturada en el nivel institucional y alimentará el procesador de texto para los informes individuales de investigación clínica, y de estos las acciones de mejora migrarán a la matriz de planes de mejoramiento incluidos en el aplicativo.

### **b. Almacenamiento de información**

El almacenamiento de la información se hará en las bases de datos de Excel diseñadas para este fin, las cuáles serán sometidas a análisis institucional y de manera consolidada para los niveles subnacionales, para aseguradores y para el nivel nacional, de este análisis se obtendrán los indicadores que adelante se referencian.

### **c. Procesamiento de información**

Para este se efectúan cálculos de acuerdo con una secuencia de operaciones preestablecida, con datos introducidos de manera manual en el sistema o bien con datos que están almacenados, los cuales serán analizados con el paquete estadístico SPSS.

### **d. Salida de información**

La salida es la capacidad del sistema de información para sacar la información procesada o los datos de entrada al exterior. Las salidas se presentarán en informes individuales por

prestadores, aseguradores, así como para direcciones territoriales y el consolidado en el nivel nacional, los informes evidencian la incidencia de eventos adversos y su tipificación, así como el seguimiento al cumplimiento de los planes individuales de mejora.

## e. Indicadores

La vigilancia de la morbilidad materna extrema como complemento de la vigilancia de la muerte materna permite la construcción de nuevos indicadores para la evaluación de los resultados<sup>4</sup> y la evaluación de la severidad del compromiso en la salud materna. El uso de estos indicadores facilita la evaluación de la calidad de la atención materna bien sea a partir del establecimiento de una línea de base y su evolución en un periodo de tiempo o a partir de la comparación con entes que compartan características similares. De igual manera, permiten la evaluación del impacto de las intervenciones propuestas en los planes de mejoramiento, así como los indicadores previstos para el seguimiento y la gestión de modelo de seguridad clínica de la atención obstétrica de emergencia. Los indicadores previstos son:

### Indicadores de resultado

#### ♦ Razón de MME

Tipo de Indicador	Resultado
Definición operacional	<b>Numerador:</b> número de casos de MME certificadas en el periodo. <b>Denominador:</b> número de nacidos vivos dentro del mismo periodo en el cual se certificaron las MME. <b>Coefficiente de multiplicación:</b> por mil (x 1.000).
Fuente de información	Ficha para recolección de datos, historia clínica.
Utilidad o interpretación	Indica la prevalencia de MME
Nivel	Nacional, DTS, EPS, IPS.

#### ♦ Índice de mortalidad

Tipo de Indicador	Resultado
Definición operacional	<b>Numerador:</b> número de casos de muerte materna certificadas en el periodo. <b>Denominador:</b> número de casos de muerte materna + número de casos de MME. <b>Coefficiente de multiplicación:</b> por cien (X 100).
Fuente de información	Ficha para recolección de datos, historia clínica.
Utilidad o interpretación	Indica la prevalencia de MME
Nivel	Nacional, DTS, EPS, IPS.

- Relación MME / Muerte Materna

Tipo de Indicador	Resultado
Definición operacional	<b>Numerador:</b> número de casos de MME certificados en el periodo. <b>Denominador:</b> número de casos de muerte materna.
Fuente de información	Ficha para recolección de datos, historia clínica, registro de muertes maternas.
Utilidad o interpretación	Refleja el número de casos de MME por cada caso de muerte materna. Evalúa la calidad de atención
Nivel	Nacional, DTS, EPS, IPS.

- Índice de mortalidad por causa principal

Tipo de Indicador	Resultado
Definición operacional	<b>Numerador:</b> número de casos de muertes maternas asociadas a una causa, certificadas en el periodo. <b>Denominador:</b> número de casos de muerte materna asociadas a una causa + número de casos de MME asociadas a la misma causa, certificadas en el mismo periodo. <b>Coefficiente de multiplicación:</b> por cien (X 100).
Fuente de información	Ficha para recolección de datos, historia clínica, registro de muertes maternas.
Utilidad o interpretación	Refleja el porcentaje de muertes maternas por cada 100 casos de MME asociadas a una causa. Evalúa la calidad de atención de una patología en particular responsable de la MME.
Nivel	Nacional, DTS, EPS, IPS.

- Índice de mortalidad por causa principal

Tipo de Indicador	Resultado
Definición operacional	<b>Numerador:</b> número de casos de MME asociados a una causa, certificados en el periodo. <b>Denominador:</b> número de casos de muerte materna asociados a la misma causa que generara la MME en el mismo periodo.
Fuente de información	Ficha para recolección de datos, historia clínica, registro de muertes maternas.
Utilidad o interpretación	Refleja el número de casos de MME por cada caso de muerte materna dependiendo de la causa principal. Evalúa la calidad de atención de una patología en particular responsable de la MME.
Nivel	Nacional, DTS, EPS, IPS.

- Relación MME / Muerte Materna por criterio de inclusión

Tipo de Indicador	Resultado
Definición operacional	<b>Numerador:</b> número de casos de MME asociados a un criterio de inclusión, certificados en el periodo. <b>Denominador:</b> número de casos de muerte materna asociados al mismo criterio que generara la MME en el mismo periodo.
Fuente de información	Ficha para recolección de datos, historia clínica, registro de muertes maternas
Utilidad o interpretación	Refleja el número de casos de MME por cada caso de muerte materna dependiendo de un criterio de inclusión. Evalúa la calidad de atención de un criterio de inclusión en particular responsable de la MME.
Nivel	Nacional, DTS, EPS, IPS.

## Indicadores de severidad

- Relación criterios / caso

Tipo de Indicador	Resultado
Definición operacional	<b>Numerador:</b> sumatoria de criterios de inclusión presentes en el total de casos en un periodo. <b>Denominador:</b> número de casos de MME ocurridos en el mismo periodo.
Fuente de información	Ficha para recolección de datos, historia clínica.
Utilidad o interpretación	Indica el número de criterios de inclusión por cada caso de MME. Refleja la severidad del compromiso de la salud materna. Su comparación por periodos permite evaluar el impacto de las intervenciones.
Nivel	Nacional, Regional, Oficina.

- Porcentaje de gestantes con tres o más criterios de inclusión

Tipo de Indicador	Resultado
Definición operacional	Distribución de los casos de MME según criterios de inclusión (uno, dos, tres o más). Coeficiente de multiplicación: cien (100).
Fuente de información	Ficha para recolección de datos, historia clínica.
Utilidad o interpretación	Indica la severidad o grado de compromiso en la salud de las gestantes con MME. La comparación en periodos diferentes permite evaluar el impacto de intervenciones.
Nivel	Nacional, DTS, EPS, IPS.

- Relación criterios / caso por causa principal

Tipo de Indicador	Resultado
Definición operacional	<b>Numerador:</b> número de criterios de inclusión relacionados en los casos, según causa principal del evento, en un periodo. <b>Denominador:</b> número de casos de MME ocurridos en el mismo periodo asociados a la causa principal objeto del indicador.
Fuente de información	Ficha para recolección de datos, historia clínica.
Utilidad o interpretación	Indica el número de criterios de inclusión por cada caso de MME según causa. Refleja la severidad del compromiso de la salud materna. Su comparación por periodos permite evaluar el impacto de las intervenciones.
Nivel	Nacional, Regional, EPS.

- Porcentaje de gestantes con tres o más criterios de inclusión por causa principal

Tipo de Indicador	Resultado
Definición operacional	Distribución de los casos de MME según criterios de inclusión (uno, dos, tres o más) por causa principal Coeficiente de multiplicación: cien (100).
Fuente de información	Ficha para recolección de datos, historia clínica.
Utilidad o interpretación	Indica la severidad o grado de compromiso en la salud de las gestantes con MME según causa. La comparación en periodos diferentes permite evaluar el impacto de intervenciones.
Nivel	Nacional, DTS, EPS, IPS

## Indicadores de proceso

- Porcentaje de casos de MME con entrevista social realizada

Tipo de Indicador	Proceso
Definición operacional	<b>Numerador:</b> número de casos de MME con entrevista a la gestante, en un periodo <b>Denominador:</b> número de eventos de MME notificados en el mismo periodo de tiempo. <b>Coeficiente de multiplicación:</b> por cien (X 100).
Fuente de información	Entrevista a la gestante.
Utilidad o interpretación	Permite hacer seguimiento al proceso de complementación de información para el análisis individual de los eventos de MME objeto de la vigilancia.
Nivel	DTS, EPS, IPS.

• Porcentaje de comités de análisis individual de casos de MME

Tipo de Indicador	Proceso
Definición operacional	<p><b>Numerador:</b> número de casos de MME llevados a comité de análisis COVE en un periodo de tiempo.</p> <p><b>Denominador:</b> número de casos notificados en el mismo período de tiempo.</p> <p><b>Coefficiente de multiplicación:</b> por cien (X 100).</p>
Fuente de información	Actas de los COVE.
Utilidad o interpretación	Garantiza el análisis individual de cada caso de MME por todos los actores involucrados en la prestación del servicio.
Nivel	DTS, EPS, IPS.

• Porcentaje de planes de mejoramiento elaborados

Tipo de Indicador	Proceso
Definición operacional	<p><b>Numerador:</b> número de planes de mejoramiento elaborados.</p> <p><b>Denominador:</b> número de casos de MME analizados en los COVE.</p> <p><b>Coefficiente de multiplicación:</b> cien (100).</p>
Fuente de información	Actas que incluyan los planes de mejoramiento formulados ante cada análisis en el COVE.
Utilidad o interpretación	Este indicador permite hacer seguimiento a la elaboración de planes de mejoramiento, para garantizar la implementación de acciones conducentes a disminuir factores de riesgo identificados.
Nivel	DTS, EPS, IPS.

• Porcentaje de planes de mejoramiento evaluados

Tipo de Indicador	Proceso
Definición operacional	<p><b>Numerador:</b> número de planes de mejoramiento evaluados.</p> <p><b>Denominador:</b> número de planes de mejoramiento formulados.</p> <p><b>Coefficiente de multiplicación:</b> cien (100).</p>
Fuente de información	Informes de las actividades de seguimiento de los planes de mejoramiento.
Utilidad o interpretación	Este indicador permite hacer seguimiento al proceso de evaluación y cumplimiento de los planes de mejoramiento.
Nivel	DTS, EPS, IPS.

♦ Porcentaje de pacientes tamizadas con el instrumento para MME

Tipo de Indicador	Proceso
Definición operacional	<p><b>Numerador:</b> número de casos tamizadas con el instrumento trigger tool para MME, por periodo.</p> <p><b>Denominador:</b> número de pacientes atendidas en el servicio de obstétrica por el mismo periodo.</p> <p><b>Coefficiente de multiplicación:</b> por cien (X 100).</p>
Fuente de información	Registro de admisión de pacientes, fichas de tamizaje Trigger tool.
Utilidad o interpretación	Permite determinar la cobertura del tamizaje para los criterios de inclusión en la vigilancia de la MME
Nivel	IPS.

♦ Porcentaje de atenciones seguras en MME

Tipo de Indicador	Proceso
Definición operacional	<p><b>Numerador:</b> número de casos de MME evaluados como atenciones seguras en herramienta de investigación clínica de casos por periodo.</p> <p><b>Denominador:</b> número de pacientes atendidas en el servicio de obstétrica por el mismo periodo.</p> <p><b>Coefficiente de multiplicación:</b> por cien (X 100).</p>
Fuente de información	Registro de admisión de pacientes, base de datos de investigación clínica de datos.
Utilidad o interpretación	Garantiza el análisis individual de cada caso de MME por todos los actores involucrados en la prestación del servicio.
Nivel	DTS, EPS, IPS.

♦ Porcentaje de eventos adversos en MME

Tipo de Indicador	Proceso
Definición operacional	<p><b>Numerador:</b> número de casos de MME llevados a comité de análisis COVE en un periodo de tiempo.</p> <p><b>Denominador:</b> número de casos notificados en el mismo período de tiempo.</p> <p><b>Coefficiente de multiplicación:</b> por cien (X 100).</p>
Fuente de información	Actas de los COVE.
Utilidad o interpretación	Garantiza el análisis individual de cada caso de MME por todos los actores involucrados en la prestación del servicio.
Nivel	DTS, EPS, IPS.

- Porcentaje de complicaciones en MME

Tipo de Indicador	Proceso
Definición operacional	<p><b>Numerador:</b> número de casos de MME llevados a comité de análisis COVE en un periodo de tiempo.</p> <p><b>Denominador:</b> número de casos notificados en el mismo período de tiempo.</p> <p><b>Coefficiente de multiplicación:</b> por cien (X 100).</p>
Fuente de información	Actas de los COVE.
Utilidad o interpretación	Garantiza el análisis individual de cada caso de MME por todos los actores involucrados en la prestación del servicio.
Nivel	IPS.

- Porcentaje de incidentes en MME

Tipo de Indicador	Proceso
Definición operacional	<p><b>Numerador:</b> número de casos de MME llevados a comité de análisis COVE en un periodo de tiempo.</p> <p><b>Denominador:</b> número de casos notificados en el mismo período de tiempo.</p> <p><b>Coefficiente de multiplicación:</b> por cien (X 100).</p>
Fuente de información	Actas de los COVE.
Utilidad o interpretación	Garantiza el análisis individual de cada caso de MME por todos los actores involucrados en la prestación del servicio.
Nivel	DTS, EPS, IPS.

- Porcentaje de indicios de atención insegura en MME

Tipo de Indicador	Proceso
Definición operacional	<p><b>Numerador:</b> número de casos de MME llevados a comité de análisis COVE en un periodo de tiempo.</p> <p><b>Denominador:</b> número de casos notificados en el mismo período de tiempo.</p> <p><b>Coefficiente de multiplicación:</b> por cien (X 100).</p>
Fuente de información	Actas de los COVE.
Utilidad o interpretación	Garantiza el análisis individual de cada caso de MME por todos los actores involucrados en la prestación del servicio.
Nivel	DTS, EPS, IPS.

- Porcentaje de violaciones a la seguridad de la atención en MME

Tipo de Indicador	Proceso
Definición operacional	<p><b>Numerador:</b> número de casos de MME llevados a comité de análisis COVE en un periodo de tiempo.</p> <p><b>Denominador:</b> número de casos notificados en el mismo período de tiempo.</p> <p><b>Coefficiente de multiplicación:</b> por cien (X 100).</p>
Fuente de información	Actas de los COVE.
Utilidad o interpretación	Garantiza el análisis individual de cada caso de MME por todos los actores involucrados en la prestación del servicio.
Nivel	DTS, EPS, IPS

- Porcentaje de acciones de mejora completadas por plan de mejora

Tipo de Indicador	Proceso
Definición operacional	<p><b>Numerador:</b> número de acciones clasificadas como completadas en planes de mejora en un periodo de tiempo.</p> <p><b>Denominador:</b> número de acciones de mejora incluidas por plan en el mismo período de tiempo.</p> <p><b>Coefficiente de multiplicación:</b> por cien (X 100).</p>
Fuente de información	Matriz de planes de mejoramiento institucional.
Utilidad o interpretación	Controla la ejecución y cumplimiento en la programación de las actividades incluidas en planes de mejora institucional.
Nivel	DTS, EPS, IPS.

- Porcentaje de acciones de mejora avanzadas por plan de mejora.

Tipo de Indicador	Proceso
Definición operacional	<p><b>Numerador:</b> número de acciones clasificadas como avanzadas en planes de mejora en un periodo de tiempo.</p> <p><b>Denominador:</b> número de acciones de mejora incluidas por plan en el mismo período de tiempo.</p> <p><b>Coefficiente de multiplicación:</b> por cien (X 100).</p>
Fuente de información	Matriz de planes de mejoramiento institucional
Utilidad o interpretación	Controla la ejecución y cumplimiento en la programación de las actividades incluidas en planes de mejora institucional.
Nivel	DTS, EPS, IPS.

- Porcentaje de acciones de mejora atrasadas por plan de mejora.

Tipo de Indicador	Proceso
Definición operacional	<p><b>Numerador:</b> número de acciones clasificadas como atrasadas en planes de mejora en un periodo de tiempo.</p> <p><b>Denominador:</b> número de acciones de mejora incluidas por plan en el mismo período de tiempo.</p> <p><b>Coefficiente de multiplicación:</b> por cien (X 100).</p>
Fuente de información	Matriz de planes de mejoramiento institucional
Utilidad o interpretación	Controla la ejecución y cumplimiento en la programación de las actividades incluidas en planes de mejora institucional.
Nivel	DTS, EPS, IPS

- Porcentaje de acciones de mejora no iniciadas por plan de mejora.

Tipo de Indicador	Proceso
Definición operacional	<p><b>Numerador:</b> número de acciones clasificadas como no iniciadas en planes de mejora en un periodo de tiempo.</p> <p><b>Denominador:</b> número de acciones de mejora incluidas por plan en el mismo período de tiempo.</p> <p><b>Coefficiente de multiplicación:</b> por cien (X 100).</p>
Fuente de información	Matriz de planes de mejoramiento institucional.
Utilidad o interpretación	Controla la ejecución y cumplimiento en la programación de las actividades incluidas en planes de mejora institucional.
Nivel	DTS, EPS, IPS.



# Anexos





# Anexo I

**CUESTIONARIO SOBRE SEGURIDAD DE LOS  
PACIENTES EN MORBILIDAD MATERNA  
EXTREMA E INSTRUCTIVO**

## INSTRUCCIONES PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL CUESTIONARIO SOBRE SEGURIDAD DE LOS PACIENTES PARA EL SERVICIO DE OBSTETRICIA EN MME

En este cuestionario, pedimos su opinión sobre cuestiones relacionadas con la seguridad del paciente y posibles incidentes y eventos adversos que se presentan en los servicios de obstetricia que manejan Morbilidad materna Extrema (MME).

### INSTRUCCIONES

**1. Complete íntegramente la Sección A (su servicio/unidad).**

Identifique la complejidad del servicio de obstetricia.

**2. Complete íntegramente la Sección B (Su hospital).**

Indique su grado de acuerdo con las afirmaciones referidas a su hospital en esta sección.

**3. Complete la Sección C (Comunicación en su servicio/unidad).**

Indique con que frecuencia ocurren estas circunstancias en su servicio/unidad de trabajo.

**4. Sección D (Información complementaria).**

Complete la información según la pregunta, ya sea con una "X" o con la información requerida.

**5. Anexo: Información adicional sobre su servicio /unidad.**

Complete este anexo calificando con una "X" según su apreciación.

**6. Por favor marque con "X" y escriba las respuestas de forma legible.**

**7. Responder este cuestionario no le tomará mas de 15 minutos, una vez completado el cuestionario, devuélvalo al coordinador del equipo de investigador.**

**8. Hay disponible un manual con definiciones.**

### RECUERDE QUE:

Un incidente es cualquier tipo de error, equivocación, accidente o desviación de las normas/procedimientos, produzca o no daño en el paciente.

La seguridad del paciente son las actividades dirigidas a prevenir las posibles lesiones o los efectos adversos relacionados con la atención en salud.

Este cuestionario es estrictamente confidencial; todos los datos se gestionarán respetando de manera rigurosa la reserva de los datos suministrados.

## CLASIFICACIÓN

Para clasificar un ítem ó una dimensión como fortaleza se emplean los siguientes criterios alternativos.

- 75% de respuestas positivas (de acuerdo / muy de acuerdo ó casi siempre /s iempre).

Para clasificar un ítem o una dimensión como oportunidad de mejora se emplean los siguientes criterios alternativos:

- 50% de respuestas negativas (en desacuerdo / muy desacuerdo) ó raramente / nunca)

Calificación del clima de seguridad:

La pregunta 43 presenta en una escala de cero a diez que debe ser marcada rellorando el circulo que corresponde al número de la calificación global del clima de seguridad.

Es importante tener en cuenta que, el número de eventos notificados (pregunta 48) y las dimensiones "frecuencia de eventos notificados" y "percepción de seguridad", son consideradas medidas de resultado del clima de seguridad.

**CUESTIONARIO SOBRE SEGURIDAD DE LOS PACIENTES PARA SERVICIOS DE OBSTETRICIA EN MORBILIDAD MATERNA EXTREMA**

<b>SECCIÓN A: Su servicio / unidad</b>	<b>Marque con una X la opción deseada</b>				
<b>IDENTIFIQUE LA COMPLEJIDAD DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA</b>	<b>BAJO</b>		<b>MEDIO</b>	<b>ALTO</b>	
<b>Por favor, piense en el servicio/unidad donde dedica mayor tiempo</b>	<b>Muy en desacuerdo</b>	<b>En desacuerdo</b>	<b>Indiferente</b>	<b>De acuerdo</b>	<b>Muy de acuerdo</b>
1.El personal se apoya mutuamente.					
2.Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo					
3.Cuando tenemos mucho trabajo, colaborarnos todos como un equipo para poder terminarlo					
4.En esta unidad nos tratamos todos con respeto					
5.A veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora					
6.Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente					
7.En ocasiones no se presta la mejor atención al paciente porque hay demasiados reemplazos o personal temporal					
8.Si los compañeros o los superiores se enteran de que has cometido algún error, lo utilizan en tu contra					
9.Cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo					
10.No se producen más fallos por casualidad					
11.Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en los compañeros					
12. Cuando se detecta algún fallo, antes de buscar la causa, buscan un "culpable"					
13.Los cambios que hacemos para mejorar la seguridad del paciente se evalúan para comprobar su efectividad					
14.Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado deprisa					
15.Nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad del paciente					
16.Cuando se comete un error, el personal teme que eso quede en su hoja de vida					
17.En esta unidad hay problemas relacionados con la "seguridad del paciente"					
18.Nuestros procedimientos y medios de trabajo son buenos para evitar errores en la atención en salud					
19. Mi superior/ jefe expresa su satisfacción cuando intentamos evitar riesgos en la seguridad del paciente					

<b>SECCIÓN A: Su servicio / unidad</b>	<b>Marque con una X la opción deseada</b>				
<b>IDENTIFIQUE LA COMPLEJIDAD DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA</b>	<b>BAJO</b>		<b>MEDIO</b>	<b>ALTO</b>	
<b>Por favor, piense en el servicio/unidad donde dedica mayor tiempo</b>	<b>Muy en desacuerdo</b>	<b>En desacuerdo</b>	<b>Indiferente</b>	<b>De acuerdo</b>	<b>Muy de acuerdo</b>
20. Mi superior / jefe tiene en cuenta, seriamente, las sugerencias que le hace el personal para mejorar la seguridad del paciente					
21. Cuando aumenta la presión del trabajo, mi superior / jefe pretende que trabajemos más rápido, aunque se pueda poner en riesgo la seguridad del paciente					
22. Mi superior / jefe pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente					
<b>SECCIÓN B: Su hospital</b>	<b>Marque con una X la opción deseada</b>				
<b>Por favor, indique su grado de acuerdo con las siguientes AFIRMACIONES REFERIDAS A SU HOSPITAL</b>	<b>Muy en desacuerdo</b>	<b>En desacuerdo</b>	<b>Indiferente</b>	<b>De acuerdo</b>	<b>Muy de acuerdo</b>
23. La gerencia o la dirección del hospital facilita un clima laboral que favorece la seguridad del paciente					
24. Las diferentes unidades del hospital no se coordinan bien entre ellas					
25. La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando éstos se transfieren desde una unidad/servicio a otra					
26. Hay una buena cooperación entre las unidades/servicios que tienen que trabajar conjuntamente					
27. En los cambios de turno se pierde con frecuencia información importante sobre la atención que ha recibido el paciente					
28. Suele resultar incómodo tener que trabajar con personal de otros servicios / unidades					
29. El intercambio de información entre los diferentes servicios es habitualmente problemático					
30. La gerencia o dirección del hospital muestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades					
31. La gerencia/dirección del hospital muestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades					
32. Los servicios/unidades trabajan de forma coordinada entre sí para proporcionar la mejor atención posible a los pacientes					
33. Surgen problemas en la atención de los pacientes como consecuencia de los cambios de turno					

Sección C: Comunicación en su servicio / unidad	Marque con una X la opción deseada				
	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
Con qué FRECUENCIA ocurren las siguientes circunstancias; EN SU SERVICIO/UNIDAD DE TRABAJO					
34. Cuando notificamos algún incidente, nos informan sobre qué tipo de actuaciones se han llevado a cabo					
35. Cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente a la atención que recibe el paciente, habla de ello con total libertad					
36. Se nos informa de los errores que ocurren en este servicio/unidad					
37. El personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores					
38. En mi servicio / unidad discutimos de qué manera se puede evitar que un error vuelva a ocurrir					
39. El personal teme hacer preguntas sobre lo que parece que se ha hecho de forma incorrecta					
40. Se notifican los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente					
41. Se notifican los errores que previsiblemente no van a dañar al paciente					
42. Se notifican los errores que no han tenido consecuencias adversas, aunque previsiblemente podrían haber dañado al paciente					

### SECCIÓN D: Información complementaria

43. Califique, por favor, de cero a diez el grado de seguridad del paciente en su servicio/unidad

<b>Minima seguridad</b>		<b>Máxima seguridad</b>
-------------------------	--	-------------------------

44. En qué año empezó a desempeñar su actual profesión/especialidad?	En el año:
45. En qué año empezó a trabajar en este hospital?	En el año:
46. En qué año empezó a trabajar en su servicio?	En el año:
47. Cuántas horas por semana trabaja habitualmente en este hospital?	Horas/Semanas:
48. Durante el último año ¿Cuántos incidentes ha notificado por escrito?	Incidentes:
49. En su puesto de trabajo mantiene habitualmente un contacto directo con los pacientes?	1. <b>SI</b> 2. <b>NO</b>

50. Esta encuesta es solo aplicable para el servicio de Obstetricia y Ginecología

51. ¿Cuál es su posición laboral en su servicio/unidad. Marque una sola respuesta	
1. Gerencia/Dirección	7. Químico farmacéutico
2. Administración	8. Fisioterapeuta
3. Auxiliar de enfermería	9. Médico
4. Nutricionista	4. Médico interno o Residente
5. Enfermero	5. Técnico (laboratorio, Radiología, etc.)
6. Regente de farmacia	6. Otro, Por favor, especifique.

52. ¿Tiene algún comentario adicional sobre la seguridad del paciente, equivocaciones, errores o notificación de incidentes en su hospital, que no se hayan tratado en el cuestionario? \_\_\_\_\_

ANEXO: Información adicional sobre su servicio/unidad	Marque con una X la opción deseada				
	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
53. Cuando se reciben verbalmente órdenes sobre tratamientos, cuidados o procedimientos a realizar, el personal que las recibe las anota en el documento clínico que corresponde					
54. Antes de realizar una nueva prescripción se revisa el listado de medicamentos que está tomando el paciente					
55. Todos los cambios de medicación son comunicados de forma clara y rápida a todos los profesionales implicados en la atención del paciente					
56. Cualquier información que afecte al diagnóstico del paciente es comunicada de forma clara y rápida a todos los profesionales implicados en la atención de ese paciente					
57. Antes de que firme el consentimiento informado, se pide al paciente o a su representante que repita lo que ha entendido de las explicaciones recibidas sobre riesgos y complicaciones de la intervención exploración o tratamiento implicado					
58. En los pacientes probablemente terminales, se indaga de forma anticipada sus preferencias sobre tratamientos y procedimientos de soporte vital. (Contestar sólo si en su unidad se atienden pacientes probablemente terminales).					
59. En el caso de que se maneje quimioterapia, se reciben órdenes verbales en relación con este tratamiento. (Contestar sólo si en su unidad se manejan tratamientos de quimioterapia).					





# Anexo II

**CUESTIONARIO MODULAR PARA LA REVISIÓN  
DE CASOS DE EVENTOS ADVERSOS PARA  
MORBILIDAD MATERNA EXTREMA**

## ÍNDICE GENERAL DEL CUESTIONARIO MODULAR PARA LA REVISIÓN DE CASOS DE EVENTOS ADVERSOS PARA MME (Ver instrucciones para el diligenciamiento)

### INSTRUCCIONES:

1. Complete íntegramente el Modulo 1.  
Instrumento de Tamizaje
2. Complete íntegramente el Modulo 2.  
Identificación del prestador de servicios, identificación de caso, información de aseguramiento, datos relacionados con el diagnostico, la intervención y el manejo
3. Complete íntegramente el Modulo 3.  
Análisis de MME
4. Complete el Modulo 4 solo si es preciso.  
Identificación del Suceso

### Complete los Módulos a continuación si hay Evento Adverso

5. Modulo 5.  
Descripción del Evento Adverso
6. Modulo 6.  
Impacto del evento Adverso
7. Modulo 7.  
Casualidad del Evento Adverso
8. Modulo 8.  
Factores Contributivos (Condiciones que predisponen a ejecutar acciones inseguras)
9. Modulo 9.  
Organización y cultura (Fallas latentes)
9. Modulo 10.  
Acciones inseguras
10. Por favor marque con "X" y escriba las respuestas de forma legible.
11. Una vez completado el formulario, devuélvalo al coordinador del equipo investigador.
14. El análisis determina la posibilidad de presentación de varios incidentes o eventos adversos por paciente, caso en el cual se diligenciará el Modulo 1 una sola vez.

## MODULO 1: INSTRUMENTO DE TAMIZAJE

Identificación del prestador:

Nombre del paciente:

Identificación de la paciente (No. Caso):

TAMIZAJE PARA EVENTOS ADVERSOS EN MORBILIDAD MATERNA EXTREMA			
CRITERIOS GENERALES			SI
Traumatismo, accidente o caída durante la hospitalización.			
Reacción medicamentosa adversa durante la hospitalización, o como causa de la misma.			
Fiebre mayor de 38.3°C el día antes de alta hospitalaria			
Traslado no programado de la unidad de hospitalización general a otra de cuidados intensivos o intermedio			
Traslado no programado a otro hospital de igual o mayor nivel de atención.			
Cualquier tipo de infección nosocomial.			
Daño o complicación asociado a utilización de hemoderivados terapéuticos, dispositivos o reactivos.			
CRITERIOS PERINATALES			SI
Muerte perinatal			
Neonato entre 2500g y 4000g en unidad de cuidados intensivos neonatal por mas de 48 horas			
CRITERIOS ESPECIFICOS DE MORBILIDAD MATERNA EXTREMA			SI
Criterios Relacionados con Signos y Síntomas de Enfermedad Específica	Eclampsia	Presencia de una o más convulsiones generalizadas. Estado de coma. Presencia de una o más convulsiones generalizadas y estado de coma. Encefalopatía hipertensiva con hiperperfusión. Edema vasógeno. Daño endotelial.	
	Choque séptico	Hipotensión inducida por sepsis disminución de la presión sistólica por debajo de 90 mmHg o presión arterial media menor de 60 mmHg.	
	Choque hipovolemico	Taquicardia. Alteración de la conciencia. Ausencia de pulsos periféricos secundario a sangrado	
Criterios Relacionados con Falla o Disfunción Orgánica	Cardiaca	Paro cardiaco. Ausencia de pulsos periféricos	
	Vascular	Hipotensión por 30 minutos o más asociada a choque séptico o de cualquier etiología. Hipovolemia secundaria a hemorragia. (Presión arterial < 90 mmHg. presión arterial media < 60 mmHg. disminución de la presión arterial sistólica por debajo de 40 mmHg. índice cardiaco > 3,5L/min.m2. llenado capilar disminuido >2 segundos).	
	Renal	Incremento de la creatinina basal de un 50% en 24 horas. Elevación de la creatina sérica por encima de 1.2 mg/dl.	

		Oliguria que no responde al reemplazo de líquidos y diuréticos endovenosos
	Hepática	Ictericia en piel y escleras, con o sin hepatomegalia. Transaminasas en niveles moderadamente elevados: AST y ALT mayor de 70 UI/L
	Metabólica	Cetoacidosis diabética Crisis tiroidea Hiperlactacidemia >200 mmol/L. Hiperlactacidemia glicemia plasmática >240 mg/dl.
	Cerebral	Coma. Convulsiones. Confusión Desorientación en persona, desorientación en espacio y tiempo. Signos de focalización
	Respiratoria	Síndrome de dificultad respiratoria del adulto. Necesidad de soporte ventilatorio.
	Coagulación	Coagulación Intravascular Diseminada. Trombocitopenia (< 100000 plaquetas). Hemólisis (LDH >600).
Criterios Relacionados con el manejo instaurado al Paciente	Ingreso a Unidad de Cuidado Intensivo	Ingreso a la unidad de cuidado intensivo excepto, para monitoria hemodinámica secundaria cirugía electiva.
	Cirugía	Procedimientos diferentes al parto o a la cesárea, para el manejo de una complicación obstétrica o de alguna condición que se genera como consecuencia de un compromiso grave de la gestante. Procedimiento practicados de urgencia (toracotomía, craneotomía, etc.).
	Transfusión sanguínea aguda	Administración de tres unidades o más de hemoderivados en paciente con compromiso hemodinámico producido por pérdidas sanguíneas agudas.

“Si marco alguno de las anteriores opciones, debe continuar el diligenciamiento del cuestionario modular para la revisión retrospectiva de la Morbilidad Materna Extrema”

## MODULO 2: IDENTIFICACIÓN

### A. IDENTIFICACIÓN DE PRESTADOR DE SERVICIOS

Nombre: \_\_\_\_\_

Nivel de atención:  1  2  3 Complejidad del servicio de ginecoobstetricia:  Bajo  Mediano  Alto

Código de habilitación de la IPS: \_\_\_\_\_

INSTITUCIÓN REF.: \_\_\_\_\_

1 2 3 Complejidad del servicio de ginecoobstetricia:  Bajo  Mediano  Alto

## B. IDENTIFICACIÓN DEL CASO

Fecha de ingreso:  DÍA / MES / AÑO Fecha de egreso:  DÍA / MES / AÑO Fecha de revisión:  DÍA / MES / AÑO

No. Caso: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Procedencia: \_\_\_\_\_ Área: \_\_\_\_\_ Nivel educativo: \_\_\_\_\_

Años cursados: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Grávidez: \_\_\_\_\_ Paridad: \_\_\_\_\_ Cesáreas: \_\_\_\_\_

Abortos: \_\_\_\_\_ Embarazo múltiple \_\_\_\_\_ Mortinatos: \_\_\_\_\_

Antecedente de macrostomia fetal: SI \_ NO \_ Antecedente de parto instrumentado: SI \_ NO \_

Periodo Intergenésico: \_\_\_\_\_ No. CPN: \_\_\_\_\_ Trimestre de 1er CPN: \_\_\_\_\_

Edad gestacional: \_\_\_\_\_ Terminación de embarazo: \_\_\_\_\_

Recién nacido: \_\_\_\_\_ Peso R.N.: \_\_\_\_\_ Momento de ocurrencia: \_\_\_\_\_

Destino del recién nacido: \_\_\_\_\_

## C. INFORMACIÓN DE ASEGURAMIENTO

Identificación del DTS: \_\_\_\_\_

IDENTIFICACIÓN DE EPS: \_\_\_\_\_

Departamento o Distrito: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_

Régimen de afiliación:  Contributivo  Subsidiado  Vinculado  Otro

## D. DATOS RELACIONADOS CON EL DIAGNÓSTICO, LA INTERVENCIÓN Y EL MANEJO

Diagnóstico: causa principal de morbilidad o mortalidad (CIE 10) 1: \_\_\_\_\_

Causa principal agrupada: \_\_\_\_\_

Otra causa asoc. de la morbilidad o mortalidad (CIE 10) 1: \_\_\_\_\_

Otra causa asoc. de la morbilidad o mortalidad (CIE 10) 2: \_\_\_\_\_

Otra causa asoc. de la morbilidad o mortalidad (CIE 10) 3: \_\_\_\_\_

Intervención: \_\_\_\_\_

Cx adic 1: \_\_\_\_\_ Cx adic 2: \_\_\_\_\_ Cx adic 1: \_\_\_\_\_

Ingreso a básicos: \_\_\_\_\_ Días de estancia en básicos: \_\_\_\_\_

Ingreso a UCI: \_\_\_\_\_ Días de estancia en UCI: \_\_\_\_\_

Días de hospitalización total:

Estado de la gestante al alta:

Transfusiones:

Unidades de hemoderivados

### MODULO 3: ANÁLISIS DE MME

#### A. DATOS RELACIONADOS CON EL ANÁLISIS CUALITATIVO (retrasos o demoras)

Retraso tipo I: SI: \_\_\_\_\_ NO: \_\_\_\_\_

Descripción: \_\_\_\_\_

Retraso tipo II: SI: \_\_\_\_\_ NO: \_\_\_\_\_

Descripción: \_\_\_\_\_

Retraso tipo III: SI: \_\_\_\_\_ NO: \_\_\_\_\_

Descripción: \_\_\_\_\_

Retraso tipo IV: SI: \_\_\_\_\_ NO: \_\_\_\_\_

Descripción: \_\_\_\_\_

#### B. IDENTIFICACIÓN DE LAS DIFERENTES ÁREAS DE PROBLEMAS Y SU RELACIÓN CON LOS NIVELES DEL SISTEMA DE ATENCIÓN EN SALUD

Retraso tipo I:

SECTORES ÁREAS	COMUNIDAD	FORMAL	INTERSECTORIAL
ACTITUD			
CONOCIMIENTOS/ DESTREZAS			
RECURSOS			

Retraso tipo II:

SECTORES ÁREAS	COMUNIDAD	FORMAL	INTERSECTORIAL
ACTITUD			
CONOCIMIENTOS/ DESTREZAS			
RECURSOS			

Retraso tipo III:

SECTORES ÁREAS	COMUNIDAD	FORMAL	INTERSECTORIAL
ACTITUD			
CONOCIMIENTOS/ DESTREZAS			
RECURSOS			

Retraso tipo IV:

SECTORES ÁREAS	COMUNIDAD	FORMAL	INTERSECTORIAL
ACTITUD			
CONOCIMIENTOS/ DESTREZAS			
RECURSOS			

**“Si identifico un retraso tipo III con la logística de la referencia entre instituciones por barreras o aspectos administrativos o de juicio clínico, o un retraso IV relacionado con una posible falla de atención, debe continuar el diligenciamiento del cuestionario modulas para la revisión retrospectiva del suceso”**

#### MODULO 4: IDENTIFICACIÓN DEL SUCESO

Hora del suceso: \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_  Fecha del suceso: \_\_\_\_\_

**A.** Descripción del suceso:

**B.** El suceso produjo:

1.  Ningún daño al paciente, se trata de un falso positivo
2.  Alguna lesión o complicaciones, invalidez al egreso y/o prolongación de la estancia o muerte (materna o perinatal)
3.  Algún incidente sin lesión o prolongación de la estancia

Especifique:

**C.** La lesión o complicación fue debida a:

1.  Atención en salud
2.  Solamente por el proceso de la enfermedad
3.  NS/NC

**D.** Después de considerar los detalles clínicos del manejo del paciente, independientemente de la posibilidad de prevención ¿Cómo esta seguro de que la atención en salud es la causante de la lesión?

1.  Ausencia de evidencia de que el EA se deba al manejo del paciente
2.  Mínima probabilidad de que el manejo fuera la causa
3.  Ligera probabilidad de que el manejo fuera la causa
4.  Moderada probabilidad de que el manejo fuera la causa
5.  Es muy probable de que el manejo fuera la causa
6.  Total evidencia de que el manejo fuera la causa

“Si no se ha producido lesión u otras complicaciones (Pregunta B. del Módulo 4, opción 1.) no hay evento adverso, por lo que no debe continuar con el cuestionario”

“Si la lesión se ha debido solo al proceso de enfermedad o no hay evidencia de que el manejo fuera la causa de la lesión o complicación (Módulo 4, Pr C. opción pregunta 2. y Pregunta D. opción 1.) no hay evento adverso, por lo que no debe continuar con el cuestionario”

“Si se ha producido un incidente (Pregunta B. Módulo 4, opción 3.) pasar directamente al Módulo 8”

“Si hubo algún daño o complicación (Pregunta B. del Módulo 4, opción 2.) Continúe con el Módulo 5”

De acuerdo a las condiciones anteriores, clasifique el suceso:

**E.** Clasificación del suceso:

- Atención segura
- Complicación
- Evento adverso
- Incidente
- Indicio de atención insegura
- Violación de la seguridad del paciente

## MODULO 5: DESCRIPCIÓN DEL EVENTO ADVERSO

- Los cuidados
- La medicación
- Infección nosocomial
- Un procedimiento
- El diagnóstico
- Otro, ¿Cuál? \_\_\_\_\_

Especificación del evento adverso: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**B.** Especifique la circunstancia relacionada con el principal problema en la atención en salud:

- Cuidados antes de la admisión
- Cuidados en el momento de admisión al servicio
- Cuidados durante un procedimiento
- Cuidados postoperatorios o posteriores al procedimiento, reanimación o cuidados intensivos
- Cuidado en la sala
- Violación al final de la admisión y cuidados del egreso

**C.** ¿La historia clínica proporciona la información suficiente para valorar el evento adverso?

- No, la información era inadecuada
- No, la información era poco adecuada
- Si, la información era adecuada
- Si, la información era muy adecuada

## MODULO 6: IMPACTO DEL EVENTO ADVERSO

Describe el impacto del evento adverso en la paciente: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**A.** Identificación de la discapacidad (clasificación internacional de deficiencias, discapacidades y minusvalía, CIDDM-1)

Deficiencias

- Deficiencias intelectuales
- Otras deficiencias psicológicas
- Deficiencias del lenguaje
- Deficiencias del órgano de la vision
- Deficiencias viscerales
- Deficiencias musculo-esqueléticas
- Deficiencias desfiguradoras
- Deficiencias generalizadas, sensitivas
- Otras, ¿Cuál? \_\_\_\_\_

## Discapacidades

- Discapacidades de la conducta
- Discapacidades de la comunicación
- Discapacidades del cuidado personal
- Discapacidades de la locomoción
- Discapacidades de la disposición del cuerpo
- Discapacidades de la destreza
- Discapacidades de situación
- Discapacidades de una determinada aptitud
- Otras, ¿Cuál? \_\_\_\_\_

## Minusvalías

- Minusvalía de orientación
- Minusvalía de independencia física
- Minusvalía de la movilidad
- Minusvalía ocupacional
- Minusvalía de integración social
- Minusvalía de autosuficiencia económica
- Otras, ¿Cuál? \_\_\_\_\_

### B. Severidad de la discapacidad (criterios de la versión multiaxial de la CIE-10)

- Ninguna discapacidad (0%)
- Discapacidad mínima (20%)
- Discapacidad obvia (40%)
- Discapacidad seria (60%)
- Discapacidad muy seria (80%)
- Discapacidad extrema (100%)

### C. Áreas de afectación de la discapacidad (clasificación internacional de deficiencias, discapacidades y minusvalía, CIDM-2)

- Cuidado personal
- Funcionamiento ocupacional
- Funcionamiento en la familia en la relación marital
- Funcionamiento en la familia en la relación paterno-filial
- Funcionamiento en la familia en la participación en las actividades de la casa
- Funcionamiento en el contexto social general

**D.** Clasifique la gravedad del evento adverso de acuerdo a los siguientes criterios:

- Leve. Aquel que ocasiona lesión o complicación sin prolongación de la estancia hospitalaria
- Moderado. Aquel que ocasiona prolongación de la estancia hospitalaria
- Grave. Aquel que ocasiona muerte (materna o perinatal) o incapacidad residual al egreso

**E.** De acuerdo a la prevenibilidad, el evento adverso fue:

- Prevenible
- No prevenible

## MODULO 7: CASUALIDAD DEL EVENTO ADVERSO

### EL EVENTO ADVERSO ESTA RELACIONADO CON:

#### A. La medicación:

- Reacción adversa medicamentosa
- Errores de medicación
- Medicamento erróneo
- Dosis incorrecta
- Omisión de dosis o medicación
- Frecuencia de administracion incorrecta
- Error de preparación o manipulación
- Monitorización insuficiente
- Paciente equivocado
- Duración del tratamiento incorrecta
- Interacción de fármacos
- Otro
- ¿Cuál? \_\_\_\_\_

#### B. la gestión

- Lista de espera prolongada
- Pérdida de documentos
- Equivocación en la información de salud (resultados de pruebas de otros pacientes)
- Error en la identificación del paciente
- Falta de triage
- Citación errónea
- Problemas con la historia informatizada
- Otro
- ¿Cuál? \_\_\_\_\_

### C. La comunicación:

- Médico-Paciente
- Enfermera-Paciente
- Medico-Enfermera
- Medico-Medico
- Medico-Apoyo diagnóstico
- Barrera idiomática
- Otro
- ¿Cuál? \_\_\_\_\_

### D. El diagnóstico

- Error diagnóstico
- Retraso de diagnóstico
- Otro
- ¿Cuál? \_\_\_\_\_

### E. Los cuidados

- Manejo inadecuado del paciente
- Otro
- ¿Cuál? \_\_\_\_\_

### F. Otras causas: \_\_\_\_\_

### F. Otras causas: \_\_\_\_\_

## MODULO 8: FACTORES CONTRIBUTIVOS

(Condiciones que predisponen a ejecutar acciones inseguras)

### A. Paciente:

#### Complejidad y gravedad

Factores de riesgo intrínsecos y/o Extrínsecos

#### INTRÍNSECOS

- Coma
- Insuficiencia o falta renal
- Diabetes
- Neoplasia
- Inmunodeficiencia
- Enfermedad pulmonar crónica
- Neutropenia
- Cirrosis hepática
- Drogadicción
- Obesidad
- Desnutrición

- Úlcera por presión
- Malformaciones
- Insuficiencia cardiaca
- Enfermedad coronaria
- Cardiopatía hipertensiva
- Hipertensión
- Hipercolesterolemia
- Sida
- Anemia
- Malaria
- Alcoholismo
- Otro

## INTRÍNSECOS

- Sonda vesical abierta
  - Sonda vesical cerrada
  - Catéter venoso periférico
  - Catéter arterial
  - Catéter de inspección periférica
  - Catéter venoso central
  - Nutrición parenteral
  - Nutrición enteral
  - Sonda nasogástrica
  - Traqueostomía
  - Ventilación mecánica
  - Terapia inmunosupresora
  - Bomba de infusión
  - Hemodialisis
  - Dialisis peritoneal
  - Inducción de trabajo de parto
  - Episiotomía
  - Parto instrumentado
  - Cesarea
  - Otro
- ¿Cuál? \_\_\_\_\_

Otro, ¿Cuál? \_\_\_\_\_

## Lenguaje y comunicación

- Bajo nivel educativo
- Alteración del estado de conciencia
- Discapacidad física cognitiva
- Barrera Idiomática
- Fallas de comunicación con su equipo de salud tratante
- Desconocimientos de derechos y deberes en salud sexual reproductiva
- Otro, ¿Cuál? \_\_\_\_\_

## Personalidad y factores sociales

- No colaboración
- Demora para reconocer la necesidad de atención en salud
- Falta de información sobre complicaciones del embarazo
- Creencias religiosas
- Condiciones étnicas y culturales
- Otro, ¿Cuál? \_\_\_\_\_

## B. Tarea y Tecnología:

### Diseño de la tarea

- Ausencia o inadecuada definición de procesos y procedimientos para el acceso a la atención
- Ausencia o inadecuada definición de procesos y procedimientos para el acceso a medicamentos
- Ausencia o inadecuada definición de procesos y procedimientos para el acceso a procedimientos
- Ausencia o inadecuada definición de procesos y procedimientos para el acceso a servicios de apoyo \_\_\_\_\_
- Inadecuación de flujogramas para la atención de pacientes obstétricas
- Otro, ¿Cuál? \_\_\_\_\_

### Disponibilidad y uso de protocolos

- No disponibilidad de guías o protocolos basados en evidencia
- No adherencia a guías y protocolos
- Otro, ¿Cuál? \_\_\_\_\_

### Pruebas diagnósticas

- No disponibilidad de pruebas diagnósticas
- Ausencia de ayudas para tomas de decisiones
- Otro, ¿Cuál? \_\_\_\_\_

### Medicamentos e insumos

- No disponibilidad de medicamentos
- No disponibilidad de fluidos y sangre
- No disponibilidad de otros insumos
- Otro, ¿Cuál? \_\_\_\_\_

## Equipamiento

- Carencia de equipamiento
- Restricción en uso de equipamiento por razones administrativas
- Inadecuado mantenimiento preventivo o correctivo
- Daño ocasionado al equipo por personal no entrenado para manejarlo
- No seguimiento a cronograma de mantenimiento
- Otro, ¿Cuál? \_\_\_\_\_

## C. Individuo

### Conocimiento

- Falta o inadecuado conocimiento de la tarea
- Otro, ¿Cuál? \_\_\_\_\_

### Habilidades

- Falta o inadecuado entrenamiento específico
- Instrucción insuficiente
- Otro, ¿Cuál? \_\_\_\_\_

### Competencia

- Procedimiento ejecutado por personal sin competencia
- No actualización por competencias
- Otro, ¿Cuál? \_\_\_\_\_

### Salud física y mental

- Stress
- Fatiga
- Otro, ¿Cuál? \_\_\_\_\_

## D. Equipo de Trabajo

### Comunicación verbal

- Inadecuada comunicación vertical
- Inadecuada comunicación horizontal
- Otro, ¿Cuál? \_\_\_\_\_

## Comunicación escrita

- Inadecuada comunicación vertical
- Inadecuada comunicación horizontal
- Otro, ¿Cuál? \_\_\_\_\_

## Supervisión y disponibilidad del soporte

- Inadecuada supervisión institucional
- No disponibilidad de recurso humano para la supervisión
- No disponibilidad de soporte familiar
- Otro, ¿Cuál? \_\_\_\_\_

## Estructura de equipo humano

- Inadecuada conformación disciplinar del equipo
- No generación de sinergias
- Otro, ¿Cuál? \_\_\_\_\_

## E. Ambiente

### Personal suficiente

- Falta de continuidad del personal
- Falta de permanencia del personal
- Insuficiencia del personal
- Otro, ¿Cuál? \_\_\_\_\_

### Mezcla de habilidades

- Inadecuada planeación de equipo de trabajo
- Otro, ¿Cuál? \_\_\_\_\_

### Carga de trabajo

- Larga jornada laboral
- Sobrecarga de trabajo
- Otro, ¿Cuál? \_\_\_\_\_

### Patrón de turnos

Inadecuada planeación de turnos

Otro, ¿Cuál? \_\_\_\_\_

### Soporte administrativo y gerencial

Trámites administrativos del SGSSS

Trámites administrativos institucionales

Otro, ¿Cuál? \_\_\_\_\_

### Clima laboral

Falta de incentivos para cliente interno

Tipo de vinculación laboral

Otro, ¿Cuál? \_\_\_\_\_

### Ambiente físico

Relacionado con la iluminación

Relacionado con el espacio

Relacionado con el ruido

Relacionado con la temperatura ambiente

Otro, ¿Cuál? \_\_\_\_\_

## MODULO 9: ORGANIZACIÓN Y CULTURA

(Fallas latentes)

### A. Organización y Gerencia

#### Recursos y limitaciones financieras

Limitaciones presupuestales

Liquidez institucional

Otro, ¿Cuál? \_\_\_\_\_

## Estructura organizacional

- No integralidad de los servicios institucionales para la atención en salud
- Otro, ¿Cuál? \_\_\_\_\_

## Políticas, estándares y metas

- Ausencia de políticas institucionales relacionadas con la atención materno perinatal
- Ausencia de políticas de inducción y re inducción de entrenamiento
- Ausencia o inadecuados procesos de inducción y re inducción al personal incluido el temporal flotante
- Otro, ¿Cuál? \_\_\_\_\_

## Prioridades y cultura organizacional

- Direccionamiento estratégico no alineado con los derechos sexuales y reproductivos
- Políticas inadecuadas de admisión de pacientes frente a la verificación de derechos
- Otro, ¿Cuál? \_\_\_\_\_

## B. Contexto Institucional

### Económico y regulatorio

- Procedimientos o intervenciones no incluidas en planes de beneficios
- Medicamentos e insumos no incluidos en planes de beneficios
- Otro, ¿Cuál? \_\_\_\_\_

### Contactos externos

- Ausencia de políticas de articulación y coordinación de programas materno - perinatal con aseguradoras y otras IPS
- Inexistencia o inadecuación de establecimiento de Redes de atención materna
- Inadecuada capacidad instalada para la referencia (comunicación)
- Inadecuada capacidad instalada para la referencia (transporte)
- Otro, ¿Cuál? \_\_\_\_\_

## Accesibilidad

- No accesibilidad por barreras de la institución
- No accesibilidad por razones económicas de la paciente
- No accesibilidad por razones geográficas
- Otro, ¿Cuál? \_\_\_\_\_

## MODULO 10: ACCIONES INSEGURAS

Se trataba de un evento adverso por:

### A. Error de acción

- Técnica quirúrgica errónea
- Tratamiento inapropiado
- Medicación inapropiada (elección, dosis)

Amplie el detalle: \_\_\_\_\_

Otro, ¿Cuál?: \_\_\_\_\_

### B. Error de omisión

- No tomar medidas de precaución
- No usar las pruebas indicadas
- Retraso evitable de diagnóstico
- Seguimiento inadecuado de terapia
- No actuar según los resultados de las pruebas

Amplie el detalle: \_\_\_\_\_

Otro, ¿Cuál?: \_\_\_\_\_

### C. Fallo del sistema

Describa el fallo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### D. Violaciones consistentes

Describa la violación: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**E. Defensa relacionada:**

• \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
• \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
• \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
• \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
• \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**F. Oportunidad de mejora relacionada:**

• \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
• \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
• \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
• \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
• \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

# Anexo III

**INSTRUCTIVO PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL  
CUESTIONARIO MODULAR DE LA REVISIÓN DE  
CASOS DE EVENTOS ADVERSOS EN MORBILIDAD  
MATERNA EXTREMA**

## INSTRUCCIONES PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL CUESTIONARIO MODULAR DE LA REVISIÓN DE CASOS DE EVENTOS ADVERSOS EN MORBILIDAD MATERNA EXTREMA (MME)

A continuación, se encuentran las indicaciones detalladas sobre el diligenciamiento del cuestionario modular para la revisión de casos de eventos adversos en Morbilidad Materna Extrema (MME).

### MÓDULO 1.

**INSTRUMENTO DE TAMIZAJE (TAMIZAJE PARA EVENTOS ADVERSOS EN MORBILIDAD MATERNA EXTREMA).** Corresponde a una herramienta que identifica criterios que permiten sospechar la ocurrencia de una falla durante la atención materno-perinatal; incluye tres grupos de criterios a saber (Marque con una X el o los criterios presentes durante la atención de la gestante, admite la selección de varios criterios):

- 📌 Criterios generales. Corresponden a hechos que acontecen durante la atención y que podrían estar relacionados con la ocurrencia de sucesos (incidente o evento adverso).
- 📌 Criterios perinatales. Corresponden a hechos relacionados con el recién nacido que podrían estar relacionados con la ocurrencia de sucesos (incidente o evento adverso).
- 📌 Criterios específicos de morbilidad materna extrema (MME): Corresponden a hechos relacionados con la atención de la paciente en el servicio de obstetricia que podrían estar relacionados con la ocurrencia de sucesos (incidente o evento adverso).

Con la presencia de uno o más criterios generales o perinatales y en ausencia de criterios específicos de MME se considera la posibilidad de existencia de una falla en la atención por lo que debe diligenciar el formulario en el Módulo 2 de identificación y luego continuar desde el módulo 4 en adelante.

Con la presencia de uno o más criterios específicos de Morbilidad Materna Extrema, acompañados o no de uno o más criterios generales y perinatales, continúe diligenciando el formulario desde el Modulo 2 identificación, en adelante.

### MÓDULO 2

**IDENTIFICACIÓN.** Complete íntegramente todos los campos de información de las secciones de este módulo de la siguiente manera:

#### A. IDENTIFICACIÓN DEL PRESTADOR DE SERVICIOS

**Nombre:** Corresponde al nombre de la institución prestadora de servicios de salud que atendió el caso de MME.

**Nivel de atención:** Corresponde al nivel de atención de la institución en que se encuentra habilitado el servicio de ginecoobstetricia en que se atiende el caso de MME.

**Complejidad del servicio de ginecoobstetricia:** Corresponde al nivel de complejidad en que ha sido habilitado el servicio de ginecoobstetricia en que se atiende el caso de MME.

**Código de habilitación:** Corresponde al número del registro especial de prestadores asignado a la institución por la Dirección Territorial de Salud (DTS) en el proceso de habilitación.

**Institución Ref.:** Hace referencia a la institución que realiza la remisión, en caso de que hubiese sucedido.

## **B. IDENTIFICACIÓN DEL CASO**

**Fecha de ingreso.** Fecha de ingreso a la institución prestadora que realiza la atención de la paciente (Día/Mes/Año).

**Fecha de egreso.** Fecha de egreso de la paciente de la institución (Día/Mes/Año).

**Fecha de revisión.** Fecha en la que se diligencia el cuestionario modular (Día/Mes/Año).

**No. Caso.** Corresponde al número del documento de identificación de la paciente.

**Edad.** Número de años cumplidos.

**Nombre.** Escriba el nombre de la paciente.

**Procedencia.** Lugar de residencia habitual.

**Área.** Ubicación de la residencia, rural o urbana.

**Nivel educativo.** Grado de escolaridad alcanzado en el sistema formal de educación (primaria, secundaria, técnica, profesional, posgraduada).

**Años cursados.** Número de años cursados en el sistema educativo por la paciente.

**Estado civil.** Indique el estado civil de la paciente (soltera, casada, unión libre, separada, viuda).

**Ocupación.** Labor desempeñada de manera habitual por la gestante.

**Gravidez.** Número de gestaciones (partos o abortos), incluida la actual.

**Paridad.** Número de nacidos con peso mayor o igual a 500 gramos o edad gestacional mayor o igual a 22 semanas de gestación, por vía vaginal.

**Cesáreas.** Número de nacidos con peso mayor o igual a 500 gramos o edad gestacional mayor o igual a 22 semanas de gestación, por vía abdominal.

**Abortos.** Número de gestaciones interrumpidas de manera espontánea o inducida en embarazos con edad gestacional menor de 22 semanas o fetos con pesos menores de 500 gramos.

**Embarazo múltiple.** Número de gestaciones múltiples.

**Mortinatos.** Número de nacidos muertos con peso mayor o igual a 500 gramos o edad gestacional mayor o igual a 22 semanas de gestación, independiente de la vía de nacimiento.

**Antecedente de macrosomía fetal.** Identifique si existió o no antecedente de parto con recién nacido con peso superior a 4.000 g.

**Antecedente de parto instrumentado.** Identifique si existió o no antecedente de parto instrumentado.

**Periodo Intergenésico.** Número de meses transcurridos entre la finalización de la última gestación y la fecha de última regla del embarazo actual.

**No. CPN (Controles Pre-Natales).** Número de consultas realizadas durante la gestación, independientemente si fueron realizadas por personal auxiliar, enfermera profesional, médico general o especialista.

**Trimestre de 1er CPN.** Se refiere al trimestre de gestación en el que se realizó el primer control prenatal.

**Edad gestacional.** Tiempo de gestación calculado por FUM confiable o por ecografía al momento de ocurrencia del evento (morbilidad o mortalidad).

## Terminación del embarazo:

- **Vaginal:** nacimiento vía vaginal.
- **Cesárea:** nacimiento vía abdominal.
- **Legrado:** embarazo terminado en aborto.
- **No finalizado:** gestante que presentó la morbilidad y fue dada de alta sin finalizar el embarazo.
- **Otros:** aplica para laparotomía en casos de embarazo ectópico.

**Recién nacido.** Condición del recién nacido al momento del alta de la institución (cuando aplique).

**Peso R N.** En gramos (cuando aplique).

**Momento de ocurrencia.** Se refiere al momento en el que se genera la morbilidad materna extrema (anteparto, intraparto, postparto).

**Destino del recién nacido.** Indique el destino del recién nacido en el posparto (Alta, Hospitalización en básicos, Hospitalización en Unidad de Cuidados Intensivos).

## C. INFORMACIÓN DE ASEGURAMIENTO

**Identificación de DTS.** Nombre de la DTS que notifica el evento.

**Identificación de EPS.** Nombre de la entidad promotora de salud en que se encuentra afiliada la usuaria.

**Departamento o Distrito.** Nombre del departamento o distrito en que se encuentra afiliada la usuaria.

**Municipio.** Nombre del municipio en que se encuentra afiliada la usuaria.

**Régimen de afiliación.** Corresponde a la afiliación del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), bien sea en el régimen contributivo, subsidiado, vinculado u otro (régimenes especiales, fuerzas militares, magisterio, entre otros).

## D. DATOS RELACIONADOS CON EL DIAGNÓSTICO, LA INTERVENCIÓN Y EL MANEJO

**Diagnóstico.** Causa principal de la morbilidad o mortalidad (CIE 10): la afección o lesión que inició la cadena de acontecimientos patológicos. Deberá asignarse el diagnóstico de conformidad con lo establecido en la CIE 10.

**Causa principal agrupada.** Corresponde a la clasificación "sindromática" de la condición causal.

**Otra causa asociada de la morbilidad o mortalidad (CIE 10) (ítems 1, 2 y 3).** Aquellas afecciones que coexistieron o se desarrollaron durante el proceso de atención y afectaron el tratamiento de la gestante. Las afecciones que hayan afectado anteriormente a la gestante, pero que no inciden en el episodio actual no se deben registrar.

**Intervención.** Corresponde a la actividad, procedimiento o intervención que se ejecuta o desarrolla sobre la paciente por la entidad de salud de acuerdo con el Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS).

Cx adic 1, Cx adic 2, y, Otra Cx, ¿Cuál? Se refiere a procedimientos diferentes al parto o la cesárea, practicados para el manejo de una complicación obstétrica o de alguna condición que se genera como consecuencia de un compromiso grave de las gestantes. El ítem otros, se refiere a procedimientos practicados de urgencia como toracotomía, craneotomía etc., de acuerdo con el RIPS.

**Ingreso a básicos.** Fecha de ingreso al servicio de obstetricia.

**Días de estancia en básicos.** Número de días de estancia en el servicio de obstetricia.

**Ingreso a UCI.** Fecha de ingreso a la Unidad de Cuidado Intensivo o Intermedio de adultos, por indicación médica, para el manejo de una complicación materna.

**Días de estancia en UCI.** Número de días de internación en cuidado intensivo o intermedio.

**Transfusiones.** Número de unidades de sangre total o glóbulos rojos empacados transfundidos durante el manejo de un evento agudo.

**Días de hospitalización total.** Número de días transcurridos desde el ingreso hasta el egreso de la gestante de la institución, independientemente si fue viva o muerta.

**Estado de la gestante al alta.** Condición materna al egreso de la institución.

### MÓDULO 3:

#### ANÁLISIS DE MME

**A. DATOS RELACIONADOS CON EL ANÁLISIS CUALITATIVO** (retrasos o demoras). Clasifique de acuerdo con los siguientes criterios los retrasos o demoras en la atención, realizando una breve descripción de ellos.

**Tipo I.** Demora para reconocer la necesidad de atención en salud (relacionado con falta de información sobre complicaciones del embarazo, el alumbramiento y señales de peligro).

**Tipo II.** Demoras relacionadas con barreras para acceder a la atención (relacionado con factores socioculturales, geográficos y económicos).

**Tipo III.** Demora en la logística de la referencia del domicilio a la institución o entre instituciones por barreras o aspectos administrativos o de juicio clínico.

**Tipo IV.** Demora relacionada con la calidad de la atención médica para recibir un tratamiento adecuado y apropiado desde los niveles inferiores.

**B. IDENTIFICACIÓN DE LAS DIFERENTES ÁREAS DE PROBLEMAS Y SU RELACIÓN CON LOS NIVELES DEL SISTEMA DE ATENCIÓN EN SALUD.** Identifique la cuadrícula correspondiente al tipo de retraso seleccionado y diligencie el formato de las 9 celdas de acuerdo con las áreas y sectores involucrados durante la ocurrencia del evento.

Si identificó un retraso tipo III relacionado con la logística de la referencia entre instituciones por barreras o aspectos administrativos o de juicio clínico, o un retraso IV relacionado con una posible falla de atención, debe continuar el diligenciamiento del cuestionario modular para la revisión retrospectiva del caso.

### MÓDULO 4:

#### IDENTIFICACIÓN DEL SUCESO.

Complete todos los campos de información de las secciones de este módulo de acuerdo con las indicaciones finales del Módulo 1. Este módulo será diligenciado por cada uno de los sucesos (incidentes o posible evento adverso) identificados; el diligenciamiento se hará de la siguiente manera:

**Hora del suceso.** Hora en la que acaeció el suceso, indique am o pm.

**Fecha del suceso.** Fecha en que se presentó el suceso durante la atención (Día/Mes/Año).

**A. Descripción del suceso.** Describa el suceso bien se trate de un incidente o un posible evento adverso.

**B. El suceso produjo.** Identifique lo que produjo el suceso en el paciente a fin de determinar si se trata de un incidente o un posible evento adverso. (Elija un solo distractor).

**C. La lesión o complicación fue debida a:** Determine el origen de la lesión o complicación de acuerdo con los descriptores. (Elija un solo distractor).

**D. Después de considerar los detalles clínicos** del manejo de la paciente; independientemente de la posibilidad de prevención ¿Cómo está seguro de que la atención en salud es la causante de la lesión? Identifique la relación de causalidad que más se ajuste a la relación entre el evento y el manejo de la paciente. (Elija un solo distractor).

**E. Clasificación del suceso:** Clasifique el evento de acuerdo con los criterios determinados en este ítem. (Elija un solo distractor).

Si en la clasificación del suceso se ha seleccionado la opción evento adverso, continúe con el diligenciamiento del Módulo 5.

Si en la clasificación del suceso se ha seleccionado la opción incidente, continúe con el diligenciamiento del Módulo 8.

Si en la clasificación del suceso se ha seleccionado la opción atención segura, complicación, indicio de atención segura o violación de la seguridad del paciente, dará por terminado el diligenciamiento del cuestionario modular.

## MÓDULO 5:

### DESCRIPCIÓN DEL EVENTO ADVERSO

Complete totalmente todos los campos de información de las secciones de este módulo de la siguiente manera:

**A. El evento adverso está relacionado con.** Identifique el origen dentro del proceso de atención del evento adverso según los ítems descritos. Admite la selección de uno o varios distractores, si considera la posibilidad de otro diferente a los enunciados, indique "¿Cuál?" Especificación del evento adverso. Describa el evento adverso que se presentó durante el proceso de atención y que es objeto de análisis.

**B. Especifique la circunstancia relacionada con el principal problema en la atención en salud.** Identifique entre las posibilidades la circunstancia relacionada con el problema de atención en salud que originó el evento adverso. (Elija un solo distractor).

**C. ¿La historia clínica proporciona la información suficiente para valorar el evento adverso?** Identifique la relevancia de la información encontrada en la historia clínica de la paciente para la valoración del evento adverso de acuerdo con los criterios indicados, seleccionando el distractor que corresponda a su apreciación. (Elija un solo distractor).

## MÓDULO 6:

### IMPACTO DEL EVENTO ADVERSO.

Complete íntegramente todos los campos de información de las secciones de este módulo de la siguiente manera:

Describa el impacto del evento adverso en la paciente. Incluya la descripción del impacto del evento adverso en la vida de la paciente en sus esferas psíquica, somática, laboral y social entre otras.

**A. Identificación de la discapacidad** (clasificación internacional de deficiencias, discapacidades y minusvalía, CIDDM-1). Se identificará el tipo de discapacidad de acuerdo con los descriptores incluidos en el nivel de deficiencias el cual hace referencia a la pérdida o anormalidad de una estructura función. El nivel de discapacidad que hace referencia a la restricción o ausencia de la capacidad de realizar alguna actividad en la forma en que se suele considerar normal para un ser humano. Y el nivel de minusvalía que hace referencia a la situación desventajosa que se crea para un individuo determinado como consecuencia de una deficiencia o de una discapacidad, desde el momento en que se ve limitado o impedido para el desempeño de un rol que sería normal en su caso.

**B. Severidad de la discapacidad** (criterios de la versión multiaxial de la CIE-10). Busca cuantificar el grado de discapacidad existente en el sujeto en 6 niveles perfectamente definidos que cubren un espectro que va del 0% al 100%, considerando estos valores como los extremos de la discapacidad (ausente-extrema) así:

**Ninguna discapacidad (0%).** El funcionamiento del paciente se adecua a las normas de su grupo de referencia o contexto sociocultural, no existe discapacidad en ningún momento.

**Discapacidad mínima (20%).** Existe desviación de la norma en una o más de las actividades o funciones: paciente ligeramente discapacitado algún tiempo.

**Discapacidad obvia (40%).** Existe desviación llamativa de la norma interfiriendo con la adaptación social: paciente ligeramente discapacitado bastante tiempo o moderadamente discapacitado durante un corto tiempo.

**Discapacidad seria (60%).** Existe desviación muy marcada de la norma en la mayoría de las actividades y de las funciones: paciente moderadamente discapacitado bastante tiempo o severamente discapacitado algún tiempo.

**Discapacidad muy seria (80%).** Existe desviación muy marcada de la norma en todas las actividades y las funciones: paciente gravemente discapacitado la mayoría del tiempo o moderadamente discapacitado todo el tiempo.

**Discapacidad extrema (100%).** La desviación de la norma ha alcanzado un punto crítico, paciente gravemente discapacitado todo el tiempo.

**C. Áreas de afectación biopsicosocial de la discapacidad** (clasificación internacional de deficiencias, discapacidades y minusvalía, CIDDM-2). Corresponde a 4 áreas básicas que se evalúan de acuerdo con la afectación que en ellas genera la discapacidad, así:

**Cuidado personal.** Hace referencia al mantenimiento de la higiene personal y salud física (limpieza corporal, limpieza de la ropa, etc.), hábitos alimentarios (ritmo regular de comidas, pérdida o ganancia de peso, etc.), cuidado de la casa y de las pertenencias.

**Funcionamiento ocupacional.** Determina la conformidad del paciente con la disciplina del trabajo, calidad del trabajo del paciente, interés por mantener la ocupación.

**Funcionamiento en la familia en la relación marital.** Hace referencia a la comunicación del paciente con su cónyuge, capacidad del paciente para demostrar afecto e interés, punto hasta el cual el paciente siente que su cónyuge es un soporte para él.

**Funcionamiento en la familia en la relación paterno-filial.** Hace referencia a las actividades básicas que lleva a cabo el paciente para mantener la salud y la seguridad de los hijos, grado de unión con los hijos, intensidad del afecto e interés mostrado por el bienestar y el futuro de los hijos, abuso en la función de padre y posibles efectos negativos sobre los hijos.

**Funcionamiento en la familia, en la participación de las actividades de la casa.** Determina las funciones y obligaciones del paciente para mantener la familia como un grupo social viable, participación en las actividades de la casa.

**Funcionamiento en el contexto social general.** Hace referencia a la respuesta a las preguntas, ruegos y peticiones de la gente fuera del ambiente familiar, disposición a vivir en un ambiente "impersonal" (autobús, comercios, etc.), trato con gente desconocida, relaciones con amigos, participación en actividades de ocio fuera del ambiente familiar.

**D. Clasifique la gravedad del evento adverso de acuerdo con los siguientes criterios.** Clasifique la gravedad del evento adverso de acuerdo con la definición del descriptor que más se ajuste. (Elija un solo distractor).

**E. De acuerdo con la prevenibilidad, el evento adverso fue.** Elija el distractor que se ajuste, teniendo en cuenta que un evento adverso prevenible corresponde a aquel que no hubiese sucedido al contar con las defensas necesarias o con el ajuste de las prácticas clínicas a la evidencia científica disponible. (Elija sólo un distractor).

## MÓDULO 7:

### CAUSALIDAD DEL EVENTO ADVERSO.

Complete íntegramente todos los campos de información de las secciones de este módulo identificando la relación de causalidad que tiene el evento adverso con los siguientes procesos de atención en salud:

**A. La medicación.** Seleccione la opción que a su criterio corresponde a la causa del evento adverso relacionado con la medicación, si considera que la opción no se encuentra incluida, elija la casilla "Otro" y descríbala en el campo "¿Cuál?"(Elija sólo un distractor).

**B. La gestión.** Seleccione la opción que a su criterio considera corresponde a la causa del evento adverso relacionado con la gestión, si considera que la opción no se encuentra incluida, elija la casilla "Otro" y descríbala en el campo "¿Cuál?"(Elija sólo un distractor).

**C. La comunicación.** Seleccione la opción que a su criterio considera corresponde a la causa del evento adverso relacionado con la comunicación, si considera que la opción no se encuentra incluida, elija la casilla "Otro" y descríbala en el campo "¿Cuál?" (Elija sólo un distractor).

**D. El diagnóstico.** Seleccione la opción que a su criterio considera corresponde a la causa del evento adverso relacionado con el diagnóstico, si considera que la opción no se encuentra incluida, elija la casilla "Otro" y descríbala en el campo "¿Cuál?" (Elija sólo un distractor).

**E. Los cuidados.** Seleccione la opción que a su criterio considera corresponde a la causa del evento adverso relacionado con los cuidados, si considera que la opción no se encuentra incluida, elija la casilla "Otro" y descríbala en el campo "¿Cuál?" (Elija sólo un distractor).

**F. Otras causas.** Identifique otro tipo de causas que pudiesen haber ocasionado el evento adverso y que no se encuentren entre las opciones anteriores.

## MÓDULO 8:

### FACTORES CONTRIBUTIVOS (Condiciones que predisponen a ejecutar acciones inseguras)

Complete íntegramente todos los campos de información de las secciones de este módulo seleccionando las condiciones que predispusieron la ocurrencia del incidente o evento adverso relacionada con el paciente, la tarea y la tecnología, el individuo, el equipo de trabajo o el ambiente, de la siguiente manera:

#### A. Paciente

**Complejidad y gravedad.** Señale las características o condiciones de complejidad y gravedad de la paciente que predispusieron la ejecución de acciones inseguras, si elije factores de riesgo intrínsecos y extrínsecos, señale los que considere hicieron parte de dicha predisposición (admite uno o más factores) si considera un factor adicional, señale la casilla "otro" y descríballo en el campo "¿Cuál?"

Si considera que existió otra condición de complejidad y gravedad diferente a los factores de riesgo intrínsecos y extrínsecos, señale la casilla "otro" y descríballo en el campo "¿Cuál?"

**Lenguaje y comunicación.** Señale las características o condiciones de lenguaje y comunicación de la paciente que predispusieron la ejecución de acciones inseguras, si considera un factor adicional, señale la casilla "otro" y descríballo en el campo "¿Cuál?" (Admite una o más condiciones).

**La personalidad y factores sociales.** Señale las características o condiciones de la personalidad y factores sociales de la paciente que predispusieron la ejecución de acciones inseguras, si considera un factor adicional, señale la casilla "otro" y descríballo en el campo "¿Cuál?" (Admite una o más condiciones).

#### B. La tarea y tecnología

**Diseño de la tarea.** Señale las características o condiciones relacionadas con el diseño de la tarea que predispusieron la ejecución de acciones inseguras, si considera un factor adicional, señale la casilla "otro" y descríballo en el campo "¿Cuál?" (Admite una o más condiciones).

**Disponibilidad y uso de protocolos.** Señale las características o condiciones relacionadas con la disponibilidad y uso de protocolos que predispusieron la ejecución de acciones inseguras, si considera un factor adicional, señale la casilla "otro" y descríballo en el campo "¿Cuál?" (Admite una o más condiciones).

**Pruebas diagnósticas.** Señale las características o condiciones relacionadas con las pruebas diagnósticas que predispusieron la ejecución de acciones inseguras, si considera un factor adicional, señale la casilla "otro" y descríballo en el campo "¿Cuál?" (Admite una o más condiciones).

**Medicamentos e insumos.** Señale las características o condiciones relacionadas con los medicamentos e insumos que predispusieron la ejecución de acciones inseguras, si considera un factor adicional, señale la casilla "otro" y descríballo en el campo "¿Cuál?" (Admite una o más condiciones).

**Equipamiento.** Señale las características o condiciones relacionadas con el equipamiento que predispusieron la ejecución de acciones inseguras, si considera un factor adicional, señale la casilla "otro" y descríballo en el campo "¿Cuál?" (Admite una o más condiciones).

### C. El individuo

**Conocimiento.** Señale las características o condiciones relacionadas con el conocimiento del individuo que predispusieron la ejecución de acciones inseguras, si considera un factor adicional, señale la casilla "otro" y descríballo en el campo "¿Cuál?" (Admite una o más condiciones).

**Habilidades.** Señale las características o condiciones relacionadas con las habilidades del individuo que predispusieron la ejecución de acciones inseguras, si considera un factor adicional, señale la casilla "otro" y descríballo en el campo "¿Cuál?".(Admite una o más condiciones).

**Competencia.** Señale las características o condiciones relacionadas con las competencias del individuo que predispusieron la ejecución de acciones inseguras, si considera un factor adicional, señale la casilla "otro" y descríballo en el campo "¿Cuál?".(Admite una o más condiciones).

**Salud física y mental.** Señale las características o condiciones relacionadas con la salud física y mental del individuo que predispusieron la ejecución de acciones inseguras, si considera un factor adicional, señale la casilla "otro" y descríballo en el campo "¿Cuál?" (Admite una o más condiciones).

### D. El equipo de trabajo:

**Comunicación verbal y escrita.** Señale las características o condiciones relacionadas con la claridad y asertividad de la comunicación verbal y escrita que predispusieron la ejecución de acciones inseguras, si considera un factor adicional, señale la casilla "otro" y descríballo en el campo "¿Cuál?" (Admite una o más condiciones).

**Supervisión y disponibilidad del soporte.** Señale las características o condiciones relacionadas con el nivel de supervisión y disponibilidad del soporte que predispusieron la ejecución de acciones inseguras, si considera un factor adicional, señale la casilla "otro" y descríballo en el campo "¿Cuál?" (Admite una o más condiciones).

**Estructura del equipo humano.** Señale las características o condiciones relacionadas con la estructura del equipo humano que predispusieron la ejecución de acciones inseguras, si considera un factor adicional, señale la casilla "otro" y descríballo en el campo "¿Cuál?" (Admite una o más condiciones).

### E. El ambiente:

**Personal suficiente.** Señale las características o condiciones relacionadas con los criterios de personal suficiente que predispusieron la ejecución de acciones inseguras, si considera un factor adicional, señale la casilla "otro" y descríballo en el campo "¿Cuál?" (Admite una o más condiciones).

**Mezcla de habilidades.** Señale las características o condiciones relacionadas con la mezcla de habilidades que predispusieron la ejecución de acciones inseguras, si considera un factor adicional, señale la casilla "otro" y descríballo en el campo "¿Cuál?" (Admite una o más condiciones).

**Carga de trabajo:** Señale las características o condiciones relacionadas con la carga de trabajo que predispusieron la ejecución de acciones inseguras, si considera un factor adicional, señale la casilla "otro" y descríballo en el campo "¿Cuál?"

**Patrón de turnos.** Señale las características o condiciones relacionadas con el patrón de turnos que predispusieron la ejecución de acciones inseguras, si considera un factor adicional, señale la casilla "otro" y descríballo en el campo "¿Cuál?" (Admite una o más condiciones).

**Soporte administrativo y gerencial.** Señale las características o condiciones relacionadas con el soporte administrativo y gerencial que predispusieron la ejecución de acciones inseguras, si considera un factor adicional, señale la casilla "otro" y descríballo en el campo "¿Cuál?" (Admite una o más condiciones).

**Clima laboral.** Señale las características o condiciones relacionadas con la mezcla de habilidades que predispusieron la ejecución de acciones inseguras, si considera un factor adicional, señale la casilla "otro" y descríballo en el campo "¿Cuál?" (Admite una o más condiciones).

**El ambiente físico.** Señale las características o condiciones relacionadas con el ambiente físico que predispusieron la ejecución de acciones inseguras, si considera un factor adicional, señale la casilla "otro" y descríballo en el campo "¿Cuál?" (Admite una o más condiciones).

## MÓDULO 9:

### ORGANIZACIÓN Y CULTURA (Fallas latentes)

Complete íntegramente todos los campos de información de las secciones de este módulo, seleccionando las fallas latentes que condicionaron la presentación del incidente o del evento adverso relacionada con la organización y gerencia y el contexto institucional, de la siguiente manera:

#### A. Organización y gerencia

**Recursos y limitaciones financieras.** Señale las características o condiciones relacionadas con los recursos y limitaciones financieras que predispusieron la ejecución de acciones inseguras, si considera un factor adicional, señale la casilla "otro" y descríballo en el campo "¿Cuál?" (Admite una o más condiciones).

**Estructura organizacional.** Señale las características o condiciones relacionadas con la estructura organizacional que predispusieron la ejecución de acciones inseguras, si considera un factor adicional, señale la casilla "otro" y descríballo en el campo "¿Cuál?". (Admite una o más condiciones).

**Políticas, estándares y metas.** Señale las características o condiciones relacionadas con las políticas estándares y metas que predispusieron la ejecución de acciones inseguras, si considera un factor adicional, señale la casilla "otro" y descríballo en el campo "¿Cuál?" (Admite una o más condiciones).

**Prioridades y cultura organizacional.** Señale las características o condiciones relacionadas con las prioridades y cultura organizacional que predispusieron la ejecución de acciones inseguras, si considera un factor adicional, señale la casilla "otro" y descríballo en el campo "¿Cuál?" (Admite una o más condiciones).

#### B. Contexto institucional

**Económico y regulatorio.** Señale las características o condiciones relacionadas con lo económico y regulatorio que predispusieron la ejecución de acciones inseguras, si considera un factor adicional, señale la casilla "otro" y descríballo en el campo "¿Cuál?" (Admite una o más condiciones).

**Contactos externos.** Señale las características o condiciones relacionadas con los contactos externos que predispusieron la ejecución de acciones inseguras, si considera un factor

adicional, señale la casilla "otro" y descríballo en el campo "¿Cuál?" (Admite una o más condiciones).

**Accesibilidad.** Señale las características o condiciones relacionadas con la accesibilidad que predispusieron la ejecución de acciones inseguras, si considera un factor adicional, señale la casilla "otro" y descríballo en el campo "¿Cuál?" (Admite una o más condiciones).

## MÓDULO 10:

### ACCIONES INSEGURAS

Complete íntegramente todos los campos de información de las secciones de este módulo identificando las actividades propias de la atención que dieron origen al incidente o evento adverso, que pueden corresponder a errores de acción, errores de omisión, fallos del sistema o violaciones conscientes así:

**A. Error de acción.** Identifique el origen del error de acción, elija un solo distractor, y luego descríballo en el campo "Amplíe el detalle", si dentro del ítem considera que no está la opción más acertada, elija "Otro" y descríbala en el campo "¿Cuál?"

**B. Error de omisión.** Identifique el origen del error de omisión, elija un solo distractor, y luego descríballo en el campo "Amplíe el detalle", si dentro del ítem considera que no está la opción más acertada, elija "Otro" y descríbala en el campo "¿Cuál?" (Elija solo una opción).

**C. Fallo del sistema.** Corresponde a una falencia en el proceso o en el procedimiento diseñado para la prestación del servicio, al elegir esta opción debe describirla en el campo "Describa el fallo".

**D. Violaciones conscientes.** Son infracciones del personal de la salud a los procesos establecidos de atención de manera intencional, al elegir esta opción debe describirla en el campo "Describa la violación".

**E. Defensa relacionada.** Consigne en este campo la defensa que al ser vulnerada permitió que se presentase el evento adverso.

**F. Oportunidad de mejora relacionada.** Consigne la actividad que al ejecutarse permitirá que la defensa relacionada se torne efectiva o la actividad que permitiría la implementación de una defensa.

### INDICACIONES GENERALES

Por favor marque con "x" y escriba las respuestas de forma legible.

Una vez completado el formulario, devuélvalo al coordinador del equipo investigador.

El análisis determina la posibilidad de presentación de varios incidentes o eventos adversos por paciente, lo cual requiere el análisis independiente de cada uno de ellos a partir del [Módulo 4](#), caso en el cual se diligenciará el [Módulo 2](#) una sola vez.

# Anexo IV

**PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN DE SUCESOS  
(INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS) EN  
MORBILIDAD MATERNA EXTREMA E INSTRUCTIVO**

## FORMATO INDIVIDUAL DE ANÁLISIS DE SUCESOS

### PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN DE SUCESOS (INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS) EN MORBILIDAD MATERNA EXTREMA

No. Caso: \_\_\_\_\_  
Identificación

Nombre: \_\_\_\_\_

FECHA \_\_\_\_\_  
Dia                      Mes                      Año

Tipo de suceso     Evento adverso  
                            Incidente

<b>FASE I. OBTENCIÓN Y ORGANIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN</b>			
Equipo Investigador	<b>Nombre</b>	<b>Cargo</b>	<b>Rol</b>
<b>MEDIOS UTILIZADOS PARA LA OBTENCIÓN DE LA INFORMACIÓN</b>			
<b>1</b>	Análisis de historia clínica, protocolos y procedimientos	Especifique: _____	
<b>2</b>	Entrevistas a las personas del proceso	Especifique: _____	
<b>3</b>	Otros mecanismos como: Declaraciones, observaciones, etc.	Especifique: _____	
<b>CRONOLOGÍA DEL INCIDENTE</b>			
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			
13.			
14.			

<b>FASE II. ARBOL DEL PROBLEMA</b>	
FACTORES CONTRIBUTIVOS (Condiciones que predisponen a ejecutar acciones inseguras)	
(Según seleccionó en el cuestionario modular)	<b>DESCRIPCIÓN</b>
<b>A. PACIENTE</b>	
Complejidad Gravedad	
Lenguaje y Comunicación	
<b>B. LA TAREA Y LA TECNOLOGÍA</b>	
Diseño de la tarea	
Disponibilidad y uso de protocolos	
Pruebas diagnosticas	
Medicamentos e insumos	
Equipamiento	
<b>C. EL INDIVIDUO</b>	
Conocimiento	
Habilidades	
Competencia	
Salud física y mental	
<b>D. EL EQUIPO DE TRABAJO</b>	
Comunicación verbal y escrita	
Supervisión y disponibilidad del soporte	
Estructura del equipo humano	
<b>E. EL AMBIENTE</b>	
Personal suficiente	
Mezcla de habilidades	
Carga de trabajo	
Patrón de turnos	
Clima laboral	
El ambiente físico	

<b>ORGANIZACIÓN Y CULTURA(Fallas latentes)</b>	
(Según seleccionó en el cuestionario modular)	<b>DESCRIPCIÓN</b>
<b>A. ORGANIZACIÓN Y GERENCIA</b>	
Recursos y limitaciones financieras	
Estructura organizacional	
Políticas, estándares y metas	
Prioridades y cultura organizacional	
<b>B. CONTEXTO INSTITUCIONAL</b>	
Económico y regulatorio	
Contactos externos	
Accesibilidad	

<b>ACCIONES INSEGURAS</b>
<p>Describe el error de acción</p> <hr/> <hr/> <hr/>
<p>Describe el error de omisión</p> <hr/> <hr/> <hr/>
<p>Describe el fallo del sistema</p> <hr/> <hr/> <hr/>
<p>Describe las violaciones conscientes</p> <hr/> <hr/> <hr/>

**FASE III. SOLUCIÓN**

**1** OPORTUNIDAD DE MEJORA

---

---

---

---

ACTIVIDAD 1

---

---

---

---

ACTIVIDAD 2

---

---

---

---

ACTIVIDAD 3

---

---

---

---

**2** OPORTUNIDAD DE MEJORA

---

---

---

---

ACTIVIDAD 1

---

---

---

---

ACTIVIDAD 2

---

---

---

---

ACTIVIDAD 3

---

---

---

---

**FASE III. SOLUCIÓN**

**3** OPORTUNIDAD DE MEJORA

---

---

---

---

ACTIVIDAD 1

---

---

---

---

ACTIVIDAD 2

---

---

---

---

ACTIVIDAD 3

---

---

---

---

**4** OPORTUNIDAD DE MEJORA

---

---

---

---

ACTIVIDAD 1

---

---

---

---

ACTIVIDAD 2

---

---

---

---

ACTIVIDAD 3

---

---

---

---



# INSTRUCTIVO PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN DE SUCESOS (INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS) EN MORBILIDAD MATERNA EXTREMA

## IDENTIFICACIÓN

**No. Caso.** Corresponde al número de caso diligenciado en el cuestionario modular.

**Nombre.** Consigne el nombre de la paciente.

**Fecha.** Fecha en la que se diligencia formato (Día/Mes/Año).

**Tipo de suceso.** Identifique el tipo de suceso de acuerdo con la clasificación realizada en el cuestionario modular.

## FASE I.

### OBTENCIÓN Y ORGANIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN

**Equipo investigador.** Identifique el nombre y cargo de los integrantes del equipo investigador así como su rol asignado en el mismo.

### MEDIOS UTILIZADOS PARA LA OBTENCIÓN DE LA INFORMACIÓN

**Análisis de historia clínica, protocolos y procedimientos.** Especifique el tipo de documentos y registros asistenciales utilizados para la investigación del caso.

**Entrevistas a las personas del proceso.** Identifique el nombre de funcionarios y cargos, entrevistados durante la investigación y determine el medio de obtención de información (encuesta, entrevista directa, etc.).

**Otros mecanismos como declaraciones, observaciones, etc.** Especifique los demás medio utilizados para la obtención de evidencias, como indagación en los servicios, recorrido por las instalaciones entre otros.

### CRONOLOGÍA DEL INCIDENTE.

Ordene de manera cronológica los sucesos relevantes que llevaron a la ocurrencia del incidente o evento adverso.

## FASE II.

### ÁRBOL DEL PROBLEMA.

Con base en la información consignada en el cuestionario modular en el Módulo 9, identifique las acciones inseguras, ampliando el detalle de las seleccionadas en el cuestionario modular y relacionándolas con los correspondientes factores contributivos y fallas latentes en el caso particular que se analiza.

### ACCIONES INSEGURAS.

Describa las actividades propias de la atención que dieron origen al incidente o evento adverso, estas pueden corresponder a errores de acción, a errores de omisión o fallos del sistema en el caso particular que se analiza.

**Describe el error de acción.** Describa en este campo el origen del error de acción que fue seleccionado anteriormente entre los distractores del **MÓDULO 10 - Ítem A.**, "Cuestionario modular para la revisión de casos de eventos adversos para MME".

**Describe el error de omisión.** Describa en este campo el origen del error de omisión que fue seleccionado anteriormente entre los distractores del **MÓDULO 10 - Ítem B.**, "Cuestionario modular para la revisión de casos de eventos adversos para MME".

**Describe el fallo del sistema.** Describa en este campo el origen del fallo del sistema que fue seleccionado anteriormente entre los distractores del **MÓDULO 10 - Ítem C.**, "Cuestionario modular para la revisión de casos de eventos adversos para MME".

**FACTORES CONTRIBUTIVOS** (Condiciones que predisponen a ejecutar acciones inseguras). Describa una a una las condiciones que predispusieron la ocurrencia del incidente o evento adverso, relacionadas con el paciente, la tarea y la tecnología, el individuo, el equipo de trabajo o el ambiente, y que fueron seleccionadas en el **MÓDULO 8.** "Cuestionario modular para la revisión de casos de eventos adversos para MME".

**ORGANIZACIÓN Y CULTURA** (Fallas latentes).

Describa una a una las fallas latentes que condicionaron la presentación del incidente o evento adverso, relacionadas la organización y gerencia y el contexto institucional, y que usted eligió en el **MÓDULO 9.** "Cuestionario modular para la revisión de casos de eventos adversos para MME".

### **FASE III.**

#### **MEJORAMIENTO CONTINUO**

**OPORTUNIDAD DE MEJORA (ítems 1, 2, 3 y 4).**

Identifique en este campo la oportunidad de mejora que se relaciona de manera más adecuada a las necesidades identificadas en las acciones inseguras, factores contributivos y fallas latentes, si es requerido pueden agregarse más campos para la inclusión de oportunidades de mejora. Las oportunidades de mejora encontradas deben pasarse al formato de "Planes de mejora" para su despliegue.

**ACTIVIDAD (ítems 1, 2, 3).**

Desglose las oportunidades de mejora en actividades específicas procurando que conserven el orden lógico del ciclo de mejora PHVA, si es requerido pueden agregarse más campos para la inclusión de actividades dentro de cada oportunidad de mejora. Las actividades encontradas deben trasladarse al formato de "Planes de mejora" para su despliegue.

**LECCIONES APRENDIDAS FRENTE AL INCIDENTE.**

Identifique los puntos críticos de éxito producto de la evaluación de este caso en particular que corresponderán a los procedimientos o defensas que garantizarán la no repetición de incidentes o eventos adversos similares en el ámbito organizacional.

#### **INDICACIONES GENERALES**

Por favor marque con **"X"** y escriba las respuestas de forma legible.

Una vez completado el formato, devuélvalo al coordinador del equipo investigador.



# Anexo V

**FORMATO PARA RONDAS DE SEGURIDAD EN  
EL SERVICIO DE GINECOOBSTETRICIA E  
INSTRUCTIVO**



## INSTRUCCIONES PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL FORMATO PARA RONDAS DE SEGURIDAD EN EL SERVICIO DE GINECOOBSTETRICIA

### IDENTIFICACIÓN

**Responsable.** Indique el nombre y cargo de la persona encargada de realizar la ronda de seguridad.

**Servicio.** Identifique el servicio en el que se realiza la ronda que para nuestro caso es el de obstetricia.

**Proceso.** Identifique el proceso asistencial sobre el que se enfatizará la visita.

Personas **inspeccionadas/Cargo.** Indique el nombre y cargo del personal que participa en la ronda de seguridad.

**Observaciones.** Describa las evidencias (positivas o negativas) relevantes a la seguridad del paciente que se observaron durante la ronda de seguridad.

**Tipo.** Califique la observación marcando la opción que más se acerca a su apreciación de la siguiente manera:

**PP. Punto positivo:** Acción segura o defensa identificada que debe ser reforzada para garantizar su permanencia en el servicio.

**AP. Acción peligrosa:** Comportamiento del personal que facilita la presentación de un incidente o evento adverso.

**CP. Condición peligrosa:** Característica de las instalaciones o el entorno que facilitan la presentación de un incidente o evento adverso.

**Respuesta al diálogo.** Indique la reacción que usted percibe por parte del personal del servicio a las observaciones detectadas.

**Oportunidad de mejora.** Consigne en este campo la oportunidad de mejora que se relaciona de manera más adecuada a las necesidades identificadas en las observaciones clasificadas como acción peligrosa o condición peligrosa, si es requerido pueden agregarse más campos para la inclusión de oportunidades de mejora.

Las oportunidades de mejora encontradas deben trasladarse al formato de "Planes de mejora" para su despliegue.

**Inmediatas.** Señale aquellas oportunidades que por su importancia revistan alto riesgo y por lo tanto, implementación inmediata.

### INDICACIONES GENERALES

Por favor marque con "X" y escriba las respuestas de forma legible.

Una vez completado el formato, devuélvalo al coordinador del equipo investigador.



# Anexo VI

**PLANES DE MEJORAMIENTO PARA SEGURIDAD  
CLÍNICA EN MORBILIDAD MATERNA EXTREMA  
E INSTRUCTIVO**

# TUTORIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS PLANES DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA ATENCIÓN INTEGRAL A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DOMÉSTICA Y SEXUAL

## PLANES DE MEJORAMIENTO SEGURIDAD CLÍNICA DEL PACIENTE PARA MORBILIDAD MATERNA

Responsable del plan de mejoramiento \_\_\_\_\_

*Escriba el nombre del responsable de monitorear, desarrollar y supervisar el plan de mejora.*

## CLÍNICA DEL PACIENTE PARA MORBILIDAD MATERNA EXTREMA

PLAN DE MEJORAMIENTO DESDE EL MES DE \_\_\_\_\_ AL MES DE \_\_\_\_\_  
Día Mes Año Día Mes Año

FECHA DE ELABORACIÓN \_\_\_\_\_  
Día Mes Año

*Ingrese la fecha de elaboración y aprobación del plan, así como el mes de inicio y final estimado para la ejecución del plan.*

OPORTUNIDAD DE MEJORA	Matriz Cualitativa de Priorización de PIR		
	Probabilidad	Impacto	Riesgo
			0
			0
			0
			0
			0

*En esta parte del formato describa el proceso o actividad susceptible de mejora, luego en la Matriz Cualitativa de Priorización PIR se califican la Probabilidad (corresponde a la posibilidad de ocurrencia de un evento adverso si no se contase con la oportunidad de mejora descrita) y el Impacto (corresponde a la gravedad del resultado del evento adverso si no se contase con la oportunidad de mejora descrita) de*

acuerdo con sus descriptores, calificando con el pick - list de 1 a 5 siendo: 1 Muy bajo, 2 Bajo, 3 Medio, 4 Alto y 5 Muy alto, él automáticamente mostrará un valor en Riesgo (riesgo al que se expone el usuario y la institución y los clientes internos si no se desarrolla la oportunidad de mejora.) que se identifica mediante colores que pueden variar así:

 **Riesgo marginal:** se debe vigilar, aunque no requiere muchas medidas preventivas en un principio. (1 a 2).

 **Riesgo apreciable:** se debe estudiar si económicamente es posible introducir nuevas medidas preventivas para reducir el nivel de riesgo, si no fuera posible mantener las variables controladas. (3 a 8).

 **Riesgo importante:** como medidas preventivas obligatorias se deben controlar las variables de riesgo durante la prestación del servicio. (9 a 12).

 **Riesgo muy grave:** como medidas preventivas urgentes no se debe prestar el servicio sin la aplicación de medidas preventivas urgentes y sin limitar sólidamente el riesgo. (15 a 25).

OPORTUNIDAD DE MEJORA	Matriz Cualitativa de Priorización de PJR			ACCIONES PARA LAS OPORTUNIDADES DE MEJORAMIENTO	PROCESO RESPONSABLE DE LA ACCIÓN DE MEJORAMIENTO	ÁREA FUNCIONAL RESPONSABLE DE LA ACCIÓN DE MEJORAMIENTO
	Probabilidad	Impacto	Riesgo			
			0			
			0			
			0			
			0			

Lo siguiente en el formato hace referencia a :

 **ACCIONES PARA LAS OPORTUNIDADES DE MEJORAMIENTO.** Describir las actividades específicas que se llevarán a cabo en función de la oportunidad de mejoramiento detectada. Sólo se definen acciones de mejoramiento para las oportunidades de mejora priorizadas.

 **PROCESO RESPONSABLE DE LA ACCIÓN DE MEJORA.** Según el mapa de procesos de la entidad, escribir el nombre del proceso del que hará parte la acción de mejora (cuando dicha acción sea objeto de estandarización o aprendizaje organizacional).

 **ÁREA FUNCIONAL RESPONSABLE DEL PLAN DE MEJORAMIENTO.** De acuerdo con el organigrama institucional identificar el área funcional responsable de la acción de mejora.

Automáticamente se hará un conteo de acciones de mejora para luego estimar el porcentaje de cumplimiento del Plan de Mejora.

**FIRMA**

Responsable del plan de mejoramiento: \_\_\_\_\_



INDICADORES DE CUMPLIMIENTO		
ESTADO DE ACCIONES		PORCENTAJE TOTAL DEL CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE MEJORA
COMPLETAS	0	0,00%
AVANZADAS	0	
EN DESARROLLO	0	
ATRASADAS	0	
NO INICIADAS	12	

Este cuadro cuantitativo **INDICADORES DE CUMPLIMIENTO**, hace un recuento automático del estado en que se encuentra cada una de las Acciones de Mejora, y califica mediante porcentaje, el avance de todo el Plan de Mejora teniendo como finalidad la monitorización del Plan.





