**Sala Situacional**

**Seguridad del paciente odontológico**

**Secretaría de Salud de Medellín**

**Unidad de Gestión de la Información y el Conocimiento**

Medellín, diciembre de 2021

**Sala Situacional**

**Seguridad del paciente odontológico**

**Secretaría de Salud de Medellín**

**Subsecretaría de Salud Pública**

**Unidad de Gestión de la Información y el Conocimiento**

**Universidad de Antioquia**

**Facultad de Odontología**

**Universidad Cooperativa de Colombia**

**Facultad de Odontología**

**Universidad CES**

**Facultad de Odontología**

**Equipo de trabajo**

Miguel Ángel Rentería Henao

Diego A. Gil Alzate

Natalia Calle Henao

Andrés Felipe Hoyos

Mónica Montoya Ríos

Medellín, diciembre de 2021

**Contenido**

[1. Información general del proyecto 4](#_Toc95810134)

[2. Alcance 4](#_Toc95810135)

[4. Objetivos 8](#_Toc95810136)

[4.1 General 8](#_Toc95810137)

[4.2 Específicos 8](#_Toc95810138)

[5. Ruta de trabajo 10](#_Toc95810139)

[6. Avances del proceso 11](#_Toc95810140)

[6.1 La seguridad del paciente: marco normativo 11](#_Toc95810141)

[6.2 La seguridad del paciente en odontología: Aproximaciones conceptuales 19](#_Toc95810142)

[6.3 Diseño de encuesta 35](#_Toc95810143)

**Presentación**

En este documento se presentan los avances de la Sala Situacional Seguridad del Paciente en Odontología con corte a diciembre de 2021, a partir de los objetivos propuestos para el desarrollo de la misma.

# Información general del proyecto

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Título (Nombre de la Sala Situacional de Salud)** | | | | |
| Seguridad del Paciente en Odontología | | | | |
|  | **Participantes y roles** | | | |
| **Rol** | **Nombres y apellidos** | **Institución** | **Correo electrónico** | **Teléfono** |
| **Coordinador de la Sala** | Miguel Ángel Rentería Henao | Secretaría de Salud | miguel.renteria@medellin.gov.co | 3855555  Ext. 4394 |
| **Referente Unidad de Gestión de la Información y el Conocimiento** | Andrés Felipe Hoyos | Secretaría de Salud | andres.hoyos@medellin.gov.co | 3855555  Ext. 6409 |
| **Asesor metodológico** | Mónica Montoya Ríos | Secretaría de Salud | Monica.montoyar@medellin.gov.co | 3855555  Ext. |
| **Asesores temáticos** | Diego A. Gil Álzate | Universidad de Antioquia | dalonso.gil@udea.edu.co | 3175155908 |
| Natalia Calle Henao | Independiente | odontologiapyp@gmail.com | 3122275607 |
| **Duración del Proyecto (en meses)** | 12 meses prorrogables | | | |
| **Descriptores / Palabras claves** | Seguridad del paciente en odontología / eventos adversos en odontología/ buenas prácticas de seguridad del paciente. | | | |

# Alcance

El proyecto de sala situacional de Seguridad del Paciente en Odontología, abarca la comprensión de las principales acciones establecidas en la Política nacional de Seguridad del Paciente, y que son obligatorias para todos los actores del Sistema de Salud, además de las orientaciones de la Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente que estableció la Organización Mundial de la Salud (OMS) y que son aplicables en la práctica Odontológica, y las orientaciones definidas en el marco de la Política Pública de Salud Bucal de la ciudad de Medellín, en el que la calidad de la atención es un eje transversal. Dicho alcance se delimita al mejoramiento de aspectos específicos de la seguridad del paciente, como la cultura de seguridad, definir, armonizar y agrupar los conceptos en una clasificación internacionalmente acordada en relación con la taxonomía; recolectar, agregar y analizar reportes de atenciones inseguras relevantes para la seguridad del paciente de un modo que permita el aprendizaje y el mejoramiento del sistema y las buenas prácticas en seguridad que son aplicables a la práctica odontológica.

Esta información va dirigida a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), Entidades Territoriales (ET), Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), Entidades con Objeto Social Diferente (EOSD), y profesionales independientes (PI) que presten servicios de Odontología en la Ciudad de Medellín.

1. **Marco situacional**

La Seguridad del Paciente (SP), o el intento consciente de evitar al paciente, lesiones causadas por la atención en salud, es un componente esencial de la Calidad Asistencial y la condición previa para la realización de cualquier actividad clínica. Solo recientemente a la luz de datos objetivos, la seguridad del paciente ha comenzado a considerarse una cuestión primordial en la práctica sanitaria en general y específicamente en la práctica odontológica.

El informe “Errar es humano[[1]](#footnote-1)” hace ya más de 15 años declaró, en relación al daño “Esto no es aceptable y no se puede tolerar por más tiempo”. Por desgracia, esta afirmación sigue siendo válida al día de hoy. A pesar de que somos más conscientes del daño, los pacientes aún experimentan daños evitables durante sus atenciones de salud y en el componente bucal, no es la excepción. Aunque los riesgos son inherentes al proceso de atención y su control son un elemento fundamental en la seguridad del paciente, lograr una verdadera “seguridad” es un proceso largo y, es factible que no sea posible eliminar por completo el daño.

A pesar de los avances en los últimos 15 años, la seguridad del paciente sigue siendo un importante problema de salud pública, y como se ha referido, en odontología, es imperativa su implementación a nivel asistencial, político e individual. Esto implica, la comprensión de una cultura no punitiva, es decir, el establecimiento de creencias, valores, actitudes, comportamientos, etc, que propendan por materializar las pretensiones de mínimo daño a los pacientes, con el convencimiento que los sistemas de notificación de incidentes y eventos adversos, centrando el análisis en lo que pasó y no en quién lo hizo, son una herramienta valiosa en el mejoramiento continuo involucrando a pacientes y al personal de salud, y a través de la sala situacional se pueden implementar metodologías innovadoras en la búsqueda de factores latentes que pueden provocar incidentes y eventos adversos, para evitar que se materialicen, con el desarrollo de buenas prácticas que sean un modelo para el ejercicio profesional y la vinculación del ente territorial como referente de la política para que la salud bucal se garantice en el marco del derecho fundamental a la salud, con calidad para todos los habitantes de la ciudad de Medellín.

Se ha evidenciado recientemente, con la consolidación de la información reportada (de manera confidencial) por los actores de la práctica Odontológica en la ciudad, que la ocurrencia de eventos adversos es un hecho que requiere una valoración profunda, en tanto que se puede determinar una magnitud creciente, no porque se produzcan más daños, sino porque se ha podido permear a las instituciones para que reporten más, desencadenando acciones conjuntas entre los actores vinculados a la Política Pública de Salud Bucal (PPSB), como a las Universidades, para llevar a cabo acciones de acompañamiento que permitan fortalecer las buenas prácticas que minimicen y/o controlen los riesgos de generar daños o lesiones a los pacientes, en el marco de la prestación de los servicios en salud bucal. Estos son ejemplos de acciones bien encaminadas que deben replicarse de manera constante, para generar investigación de calidad. Para lograr el éxito de las acciones dirigidas a disminuir el daño y el error, se requiere la participación activa de todos los actores involucrados en el cuidado de la salud, agencias gubernamentales, organizaciones de atención sanitaria, asociaciones públicas y privadas, investigadores, asociaciones de profesionales, educadores, personal de salud, pacientes y sus familias. Solo así se logrará un cambio de cultura real.

Si bien la seguridad del paciente en odontología ha llamado la atención en los últimos años, todavía existen déficits significativos en las percepciones de calidad y seguridad para los aspectos clave de la prestación de los servicios y como elemento relevante, la necesidad de impactar en los profesionales de la odontología. Desde el año 2008, se advierte de la obligatoriedad de implementar la Política de Seguridad del Paciente en Colombia por parte de todos los prestadores de servicios de salud, lo que ha conducido a aumentos en los porcentajes positivos promedio para las dimensiones de seguridad del paciente y los elementos de calidad general, pero el intercambio de información no es muy eficiente y aunque puede inferirse que los resultados demuestran una mejora en la cultura de la seguridad a lo largo del tiempo en relación con la medicina, aún no se alcanza el nivel de las disciplinas y especialidades médicas[5].

En conclusión, los eventos adversos tienen estrecha relación con problemas de la práctica clínica, de los productos, de los procedimientos o del sistema. La mejora de la seguridad del paciente requiere por parte de todo el sistema un esfuerzo complejo que abarca una amplia gama de acciones dirigidas hacia la mejora del desempeño, la gestión de la seguridad y los riesgos generales, incluido el control de las infecciones, el uso seguro de los medicamentos, y la seguridad de los procedimientos quirúrgicos y otras buenas prácticas y del entorno en general en el que se presta la atención sanitaria [6].

La Secretaría de Salud de Medellín, como ente referente local, encargado de dirigir y coordinar el sector salud y el SGSSS, orientó la creación de una Política Publica de Salud Bucal para la ciudad, de manera participativa y desde donde se generan espacios de discusión permanentes, conocidos como Salas Situacionales de Salud Bucal, con el objetivo de analizar resultados y construir propuestas que permitan el mejoramiento de los indicadores en Salud Bucal. De aquí surge la creación de la Sala Situacional Seguridad en la Practica Odontológica, para darle cumplimiento a plan de acción del Eje 2, de la PPSB.

# Objetivos

## General

Fortalecer la cultura de la seguridad del paciente en la práctica odontológica en la ciudad de Medellín.

## Específicos

* Realizar una revisión bibliográfica que incluya los principales conceptos y teorías sobre la seguridad del paciente y los eventos adversos en odontología.
* Acompañar a los prestadores de servicios de salud odontológicos de la ciudad de Medellín en la implementación de la normativa existente relacionada con la Seguridad del paciente en odontología.
* Fomentar la participación de los pacientes en su propia seguridad durante los procesos de atención en odontología.
* Fortalecer la monitorización de los aspectos relacionados con la seguridad del paciente en la práctica odontológica.
* Propiciar estrategias institucionales de acercamiento, para la asistencia técnica en seguridad del paciente en odontología, a los actores de que integran el proceso de atención en salud bucal de la ciudad de Medellín.

# Ruta de trabajo

|  |  |
| --- | --- |
| **Objetivo General** | Fortalecer la cultura de la seguridad del paciente en la práctica odontológica en la ciudad de Medellín. |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Objetivos** | | **Acciones** | **Producto** |
| Esp. 1 | **Identificar la normativa** existente relacionada con la seguridad del paciente en odontología. | 1. Definición de fuentes de información y las normas a revisar. 2. Revisión bibliográfica de la normativa. 3. Construcción de textos. | Documento con normativa propia del tema. |
| Esp. 2 | **Rastreo conceptual** sobre la seguridad del paciente y los indicios de atención insegura en odontología. | 1. Definición de fuentes de información. 2. Revisión bibliográfica de la conceptos o teorías 3. Construcción de textos. | Documento conceptual sobre la seguridad del paciente. |
| Esp. 3 | **Conocer la percepción sobre la seguridad del paciente** y la relación con las creencias y actitudes que asumen las personas en su práctica, para garantizar que no experimentará daño innecesario o potencial asociado a la atención en salud. | 1. Diseñar formulario para la recolección de información. 2. Realizar gestiones con la Secretaría de Innovación Digital para aplicación del formulario. 3. Aplicación de formulario. 4. Análisis de la información. | Instrumento aplicado.  Documento con resultados. |
| Esp. 4 | **Diseñar estrategias** que involucren al paciente en su seguridad y atención. | 1. Definir estrategias que aporten a la seguridad del paciente.  * Piezas comunicacionales  1. Socializar con representantes de la comunidad y de asociaciones de usuarios a sesiones de formación y capacitación. (COPACOS, Ligas de Usuarios de los prestadores. | Estrategias de seguridad del paciente, entre ellas: Vídeo participación del paciente odontológico en su propia seguridad. |
| Esp. 5 | **Reconocer los eventos adversos** que vienen siendo reportados por los prestadores de servicios de salud. | 1. Actualizar el formulario de reportes diseñado desde la PPSB, mejorando el tipo y la calidad de la información. 2. Sistema de reportes institucional y consolidado de ciudad 3. PQRS de las Secretarías de Salud 4. Tutelas de la personería | Informe de reporte de eventos. |
| Esp. 6 | **Incentivar prácticas** que mejoren la actuación de los profesionales de la odontología. | 1. Documentar las BPSP aplicables a los servicios de odontología. 2. Elaborar guía de BPSP para odontología en el marco de la PPSB. | Documento |

# Avances del proceso

|  |
| --- |
| **Objetivo 1.** Identificación de la normativa existente relacionada con la seguridad del paciente en odontología. |

## La seguridad del paciente: marco normativo

**La seguridad del paciente en el mundo**

La atención de los pacientes en los servicios de salud a nivel mundial se ha transformado del simple hecho de un tratamiento físico a una atención más integral, donde la parte humana del paciente y el logro del mantenimiento de su integridad son el principal objetivo de la atención clínica. De esta manera, se busca generar en el profesional de la salud una conciencia sobre el valor del paciente como un ser único, al cual se le debe procurar su integridad tanto física como emocional durante la atención. Es así como a través de los años, diferentes entidades tanto públicas como privadas, vienen implementando acciones para generar una cultura para el logro de una atención segura del paciente.

En 1945 con la fundación de las Naciones Unidas, se consideró la necesidad de crear una organización mundial dedicada a la salud y es así como a partir del 7 de abril de 1948 se da inicio a la Organización Mundial de la Salud (OMS), con principios éticos como la integridad, entendida como honestidad intelectual, equidad y el actuar de buena fe; el respeto a la igualdad, a la diversidad y a la dignidad; la imparcialidad y la responsabilidad. (OMS, s.f.)

En el año 2002, en Ginebra se realiza la *55° Asamblea Mundial de la Salud*, en la que se insta a los Estados miembros a prestar la mayor atención posible al problema de la seguridad del paciente y a:

Establecer y reforzar sistemas basados en la evidencia científica necesarios para mejorar la seguridad del paciente y la calidad de la atención sanitaria. En dicha Asamblea, se dejaron explícitas las siguientes premisas:

La incidencia de eventos adversos está poniendo en peligro la calidad de la atención, además de ser una causa importante y evitable de sufrimiento humano y de imponer un elevado tributo en pérdidas financieras y en costos de oportunidad para los servicios de salud (…) puede mejorarse notablemente el desempeño de los sistemas de salud en los Estados Miembros evitando los eventos adversos en particular, y mejorando la seguridad del paciente y la calidad de la atención de salud en general (…) se reconoce la necesidad de promover la seguridad del paciente como uno de los principios fundamentales de los sistemas de salud (OMS, 2002, p.24).

En el año 2004, la *57° Asamblea Mundial de la Salud*, dio como fruto la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, lo que se conoce actualmente como Programa para la Seguridad del Paciente cuyo objetivo se resume en el lema “ante todo no hacer daño” y sus principales acciones van dirigidas a programas de riesgo significativo y a los retos del programa de seguridad del paciente de la Organización Mundial de la Salud. (OMS, s.f.).

En el año 2005 se creó la **Joint commission International Center for patient safety**, la cual se originó de la Comisión creada en 1951 como una organización independiente, sin ánimo de lucro dedicada a la acreditación hospitalaria cuya misión es mejorar la seguridad y calidad en la atención. Para este mismo año, se declara como el primer centro del mundo colaborador con la OMS dedicado a la seguridad del paciente.

En el año 2006, a través de la **Declaración de Varsovia** sobre Seguridad del Paciente, en el Consejo de Europa, se definió como estrategia, establecer un sistema de notificación de incidentes, además de promover la cultura de la seguridad del paciente con un enfoque sistemático y comprometer a pacientes y ciudadanos en la mejora de la seguridad.

La **Comisión Europea** incluye como estrategia de diseminación de la cultura de seguridad del paciente, el fomento de la notificación de incidentes para el aprendizaje.

La Fundación Movimiento para la Seguridad del Paciente (Patient Safety Movement Foundation), es una organización independiente, sin ánimo de lucro que busca unificar el ecosistema sanitario con el fin de crear soluciones prácticas para la seguridad del paciente, con respecto a los eventos adversos que generan morbimortalidad en los pacientes, solicitando a los hospitales que las apliquen con el fin de reducir el número de muertes evitables a cero para el año 2020.

En el año 2010, se define la *Declaración de Helsinki***,** como resultado del consenso de líderes de diferentes Sociedades de Anestesiología al que progresivamente se han ido adhiriendo numerosos países. Se declaran principios y recomendaciones para instituciones y departamentos de anestesiología tales como: los pacientes tienen derecho a estar seguros, la educación como un aspecto clave para la formación en seguridad del paciente, el factor humano como determinante en la disminución del margen de la seguridad del paciente, entre otros. (Rocco y Garrido, 2017).

Para el año 2019 la OMS definió el 17 de septiembre como el primer día mundial de la seguridad del paciente, a través del cual pretende “poner en marcha una campaña mundial para concienciar sobre la importancia de la seguridad de los pacientes e instar a los ciudadanos a demostrar su compromiso con esta causa”. La celebración convoca a que en diferentes lugares del mundo, se ilumine, de color naranja, un monumento oficial y a que se convoque a los diferentes actores que intervienen en los procesos de atención en torno a la campaña.

Todo lo anterior da cuenta de una sucesión de eventos y acciones procedentes de organismos internacionales, orientadas a promover la seguridad del paciente, acciones que van desde la toma de conciencia del valor del paciente, hasta el establecimiento de sistemas para la notificación de incidentes y la realización de campañas que ayuden a concientizar sobre el tema.

**Marco legal**

En Colombia, existen lineamientos específicos, relacionados con la seguridad del paciente que han contribuido a mejorar la calidad en la atención en salud en todos los servicios, incluyendo los de odontología general y especializada.

**Constitución Política de Colombia de 1991**

La primera referencia que es importante hacer con respecto al tema, se encuentra en la *Constitución Política de Colombia*,

La Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la Ley. Se garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la Seguridad Social.

El Estado, con la participación de los particulares, ampliará progresivamente la cobertura de la Seguridad Social que comprenderá la prestación de los servicios en la forma que determine la Ley. La Seguridad Social podrá ser prestada por entidades públicas o privadas, de conformidad con la ley. (Const., 1991, art. 48).

Adicionalmente, expresa:

La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.

Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad (Const., 1991, art. 49).

**Ley 100 de 1993**

Plantea el nuevo Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Estableció la reforma del sector de servicios de salud. Entre los principios que orientan la reforma, la equidad ocupa un lugar preeminente, y es entendida como la provisión gradual de servicios de salud de igual calidad a todos los habitantes de Colombia, independiente de su capacidad de pago. Con la reforma, se implementó un sistema cuya administración y financiamiento se articulan en dos modalidades: los regímenes contributivo y subsidiado. Al régimen contributivo accede el sector poblacional con capacidad de pago o cotizante inserto en el mercado formal de trabajo. Al régimen subsidiado acceden los grupos de población de poca o ninguna accesibilidad económica, categorizada como población pobre y vulnerable. (Ley 100, 1993).

**Ley 1122 de 2007**

Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones; teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios. Con este fin se hicieron reformas en los aspectos de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización, y mejoramiento en la prestación de servicios de salud, fortalecimiento en los programas de salud pública y de las funciones de, inspección, vigilancia y control y la organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud. (Ley 1122, 2007).

**Decreto 780 de 2016**

Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social. Dentro de sus apartes, contiene todo lo relacionado con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SOGCS) que antes se encontraba en el decreto 1011 de 2006. Este Sistema aplica a todos los prestadores de servicios de salud que operen en todo el territorio colombiano. Excepto a las Instituciones del Sistema de Salud pertenecientes a las Fuerzas Militares y a la Policía Nacional, las cuales podrán acogerse de manera voluntaria al SOGCS y de manera obligatoria, cuando quieran ofrecer la prestación de servicios de salud a Empresas Administradoras de Planes de Beneficios -EAPB-, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud -IPS-, o con Entidades Territoriales. El SOGCS es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país. Tiene 5 características; la accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad. Cuenta con 4 componentes; 1. El Sistema Único de Habilitación. 2. La Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud. 3. El Sistema Único de Acreditación. 4. El Sistema de Información para la Calidad. (Decreto 780, 2016).

**Ley 1751 de 2015**

Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. En diferentes apartados menciona la importancia de realizar procesos adecuados en la atención de pacientes que promuevan la seguridad del mismo.

**Resolución 0256 de 2016**

Por la cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema de Información para la Calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud. Tiene por objeto dictar disposiciones relacionadas con el Sistema de Información para la Calidad, como componente del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud - SOGCS del SGSSS y establecer los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud, estructurados bajo el presupuesto de su interrelación entre sí y el enfoque al mejoramiento de la calidad en salud que impacte en el usuario como finalidad primordial de los diferentes componentes de dicho Sistema. (Resolución 0256, 2016).

**Resolución 3100 de 2019**

Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud. (Resolución 3100, 2019).

**Resolución 1155 de 2020**

Por medio de la cual se adopta el protocolo de bioseguridad para el manejo y control del riego del coronavirus COVID 19 en la prestación de servicios de los servicios de salud, incluidas las actividades administrativas, de apoyo y administración.

**Política Nacional de Seguridad del Paciente 2008**

En el año 2008 se definen los Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente, con los que se impulsa una política de seguridad del paciente en Colombia a través del Sistema Obligatorio de Garantía de la Atención en Salud. En los lineamientos se definen los principios orientadores de la política, objetivos de la política, entre otros. (Ministerio de la Protección Social, 2008).

Para alcanzar el objetivo de garantizar la seguridad del paciente en el ámbito Nacional, se requiere de un trabajo continuo e intersectorial, hasta ahora, desde el Ministerio de Salud y Protección Social y las diferentes agremiaciones y Facultades de Odontología del país, existe un compromiso por continuar la construcción de lineamientos que apunten a la calidad en la prestación de servicios de odontología en el país.

**Referencias**

Colombia. Congreso de Colombia. (23 de diciembre de 1993). Ley 100 de 1993. Recuperado de<http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0100_1993.html>

Colombia. Congreso de Colombia. (9 de enero de 2007). Ley 1122 de 2007. Recuperado de<http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1122_2007.html>

Colombia. Ministerio de la Protección Social. (6 de mayo de 2016) Decreto 780. Recuperado de<https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Decreto%200780%20de%202016.pdf>

Colombia. Ministerio de la Protección Social. (5 de febrero de 2016). Resolución 0256. Recuperado de<http://www.acreditacionensalud.org.co/sua/Documents/Resoluci%C3%B3n%200256%20de%202016%20SinfCalidad.pdf>

Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. (25 de noviembre de 2019). Resolución 3100. Recuperado de<https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%203100%20de%202019.pdf>

Constitución política de Colombia [Const.] (1991). Recuperado de<http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/constitucion_politica_1991_pr001.html>

Ministerio de la Protección Social. (2008). Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente. Recuperado de<https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B2n%200112%20de%202012%20-%20Documentos%20de%20apoyo%202.pdf>

OMS. (s.f.). Historia de la OMS. Recuperado de<https://www.who.int/es/about/who-we-are/history>

OMS. (2002). 55a Asamblea Mundial de la Salud Ginebra, (13-18 de Mayo de 2002). Recuperado de<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258955/WHA55-2002-REC-1-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

OMS. (s.f.). Seguridad del paciente. Recuperado de<https://www.who.int/patientsafety/es/>

Rocco, C. y Garrido, A. (2017). Seguridad del paciente y cultura de seguridad. Rev. Med. Clin. Condes, 28(5) 785-795. Recuperado de<https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-pdf-S0716864017301268>

Ministerio de Educación Nacional. Ley 30. Fundamentos de la educación superior [Internet]. Recuperado a partir de https://www.cna.gov.co/1741/articles-186370\_ley\_3092.pdf

|  |
| --- |
| **Objetivo 2.** Rastreo conceptual sobre la seguridad del paciente y los indicios de atención insegura en odontología. |

## La seguridad del paciente en odontología: Aproximaciones conceptuales

“Las salas situacionales se constituyen como una de las herramientas más útiles en la coordinación de las acciones de respuesta (*en momentos coyunturales de las situaciones de salud*\*) puesto que permiten analizar la información para la toma de decisiones de manera oportuna…”[[2]](#footnote-2) En este sentido, para el desarrollo de la Sala Situacional de Seguridad del Paciente en Odontología en la ciudad de Medellín, se hace necesario realizar un acercamiento a algunos conceptos claves sobre el tema; si bien el concepto que prima es el de seguridad del paciente, también es cierto que alrededor de éste giran otros que ayudan a ampliar y comprender mejor su alcance.

Para la OMS, la seguridad del paciente es un asunto que, por su trascendencia, ha sido considerado como una disciplina de la atención en salud, cuyo surgimiento se relaciona con la evolución de la complejidad de los sistemas de atención,

“Su objetivo es prevenir y reducir los riesgos, errores y daños que sufren los pacientes durante la prestación de la asistencia sanitaria. Una piedra angular de la disciplina es la mejora continua basada en el aprendizaje a partir de los errores y eventos adversos” (OMS, 2019, párr. 2).

En el contexto nacional, se adopta la definición de la OPS de seguridad del paciente, definida como: “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”. (Minsalud, ​2008).

Para (Balaguera, Nieto, Peña y Roso, 2018),

“La Seguridad de la Atención en Salud, es un proceso que se debe enfocar en el conocimiento de los riesgos de eventos adversos y su prevención, mediante intervenciones de los factores que generan las acciones inseguras que contribuyen a su aparición, con acciones basadas en evidencia científica” (p. 7).

Más allá, de un concepto, Moreno (2013), plantea la necesidad de que en la seguridad del paciente se reconozcan tres ámbitos o instancias, que deben ser consideradas:

Entre los principales involucrados y responsables de la calidad y seguridad de la atención podemos destacar tres ámbitos fundamentales: el clínico, el formativo y el del usuario receptor de la atención. La sinergia entre estos tres ámbitos se considera el eje estructural para garantizar una atención libre de riesgo y que contribuya a mejorar los resultados en la salud de la población. (p.7).

En palabras de Rocco y Garrido (2017),

Seguridad del Paciente (SP), o el intento consciente de evitar lesiones al paciente causadas por la atención en salud, es un componente esencial de la Calidad Asistencial y la condición previa para la realización de cualquier actividad clínica. Solo recientemente a la luz de datos objetivos, la Seguridad del Paciente ha comenzado a considerarse una cuestión primordial en la práctica sanitaria incluyendo la práctica odontológica. (p.785).

Según Saturno (2000), los componentes esenciales de la calidad asistencial son tres:

1. El factor científico-técnico: La aplicación del mejor conocimiento disponible en función de los medios y recursos disponibles.
2. El factor percibido: La satisfacción de los pacientes con la atención, los resultados y el trato recibido.
3. El factor institucional o corporativo: Ligado a la imagen de un centro sanitario.

Adicionalmente, en el ámbito internacional se define que las dimensiones de la calidad asistencial pueden clasificarse en 8 categorías:

1. Competencia profesional o calidad científico-técnica.
2. Efectividad.
3. Eficiencia.
4. Accesibilidad.
5. Satisfacción.
6. Adecuación.
7. Atención centrada en el paciente.
8. Seguridad del paciente.

Cabe destacar de estas dimensiones, dos de indudable trascendencia, la atención centrada en el paciente y la seguridad del paciente. La primera implica organizar la atención, pensando en los pacientes más que en los que la facilitan. La segunda implica practicar una atención libre de daños evitables, lo que supone desarrollar sistemas y procesos encaminados a reducir la probabilidad de aparición de fallos del sistema además de errores de las personas y aumentar la probabilidad de detectarlos cuando ocurren y mitigar sus consecuencias (Rocco y Garrido, 207, p. 786).

Estos postulados, tienen plena coincidencia con los objetivos que se propone la Sala Situacional de Seguridad del Paciente de la ciudad de Medellín, en el que también se propende por reconocer al usuario receptor de la atención como elemento importante en la implementación de acciones relacionadas con la seguridad del paciente en odontología. Además, un asunto sobre el que han llamado la atención tanto la OMS como la Comisión Europea, tiene que ver con la formación en seguridad del paciente y prácticas asistenciales seguras y cómo los profesionales del área deben reconocer las iniciativas que en la materia se adopten, así como su aplicación. (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de España 2015).

Por otra parte, en el año 2002, la Organización Mundial de la Salud (OMS) celebró en Ginebra la 55ª Asamblea Mundial de la Salud, en la cual se aprobó la resolución WHA55.18 en la que se insta a los Estados Miembros a “prestar la mayor atención posible al problema de la Seguridad del Paciente” y a “establecer y reforzar sistemas basados en la evidencia científica, necesarios para mejorar la SP y la calidad de la atención sanitaria”. (WHO, 2002).

En 2004, la 57ª Asamblea Mundial de la Salud, dio como fruto la Alianza Mundial para la seguridad del paciente, actualmente llamada “Programa para la Seguridad del Paciente (WHO, 2005)”, que sería un paso importante para el desarrollo de la SP de los Estados Miembros. Su objetivo puede resumirse en el lema “ante todo, no hacer daño”, y sus propósitos, acciones y retos fundamentales se reflejan en programas de control de riesgo significativo. Más recientemente, en mayo de 2019, la 72.ª Asamblea Mundial de la Salud refrendó el establecimiento de un Día Mundial de la Seguridad del Paciente con la adopción de la resolución titulada “Acción mundial en pro de la seguridad del paciente”. El primer Día Mundial de la Seguridad del Paciente se celebró el 17 de septiembre de 2019 con el objetivo de concienciar a la sociedad sobre la seguridad del paciente y promover la solidaridad y la acción en todo el mundo y se ratifica la Seguridad del Paciente como uno de los componentes transversales de la atención en salud.

La mencionada Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, reunió un Grupo de Redacción para que llevara adelante un programa de trabajo consistente en definir los conceptos relativos a la seguridad del paciente, armonizarlos y agruparlos en una clasificación acordada internacionalmente que favorezca el aprendizaje y la mejora de la seguridad del paciente en diferentes sistemas.

La finalidad de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente (CISP) es permitir la categorización de la información sobre seguridad del paciente por medio de conjuntos normalizados de conceptos con definiciones acordadas, términos preferidos y relaciones entre ellos basadas en una ontología de dominio explícita (por ejemplo, la seguridad del paciente). La CISP se ha ideado para ser una verdadera convergencia de las percepciones internacionales de las principales cuestiones relacionadas con la seguridad del paciente y para facilitar la descripción, la comparación, la medición, el seguimiento, el análisis y la interpretación de la información con miras a mejorar la atención al paciente.[[3]](#footnote-3)

La finalidad del marco conceptual de la CISP es ofrecer un método de organización de los datos y la información sobre seguridad del paciente que es muy necesario y que permitirá agregarlos y analizarlos con miras a:

• comparar los datos sobre seguridad del paciente entre disciplinas, entre organizaciones, entre países y a lo largo del tiempo;

• analizar los papeles que desempeñan los factores humanos y de los sistemas en la seguridad del paciente;

• identificar posibles problemas de seguridad del paciente, y

• fijar prioridades y concebir soluciones relacionadas con la seguridad.

Este marco conceptual ha sido adoptado por los países miembros, incluido Colombia, considerando además las dinámicas propias que orientan la gestión específica en el marco de la intencionalidad de minimizar las afectaciones que puedan presentarse con ocasión de la atención en salud.

Uno de los términos de referencia definidos en la CISP es el de “Evento Adverso”, que técnicamente podría considerarse el punto crítico al cuál se orientan las acciones de intervención y gestión para evitar su aparición u ocurrencia. Segen A Dictionary of Medical Terms, Slang & Jargon (1995), citado por OMS (2009), define un evento adverso como: Lesión causada por el tratamiento médico (no por la enfermedad subyacente) que prolonga la hospitalización, ocasiona una discapacidad en el momento del alta, o ambas cosas; [...] los EA son causados por complicaciones medicamentosas, infecciones de la incisión y complicaciones técnicas, y los debidos a negligencia [lo son por] percances diagnósticos, percances terapéuticos y eventos ocurridos en el servicio de urgencias. (p. 126).

Otras definiciones, refieren los eventos adversos como:

Incidentes desfavorables, desgracias terapéuticas, lesiones iatrogénicas u otros sucesos adversos relacionados directamente con la atención o los servicios prestados en la jurisdicción de un centro médico, una consulta externa u otro establecimiento. Pueden ser consecuencia de actos de comisión o de omisión. Veterans Health Administration National Center for Patient Safety (2006) citado por OMS (2009), p. 126.

Boxwala et. al., 2004, citado por OMS (2009), definen, de manera más sucinta, un evento adverso, como “evento no deseado que se produce en el curso de la atención médica y ocasiona un cambio mensurable en el estado del paciente” p. 126.

En este marco de conceptos, la OMS y la OPS (2015), amplían lo antes mencionado y plantean que:

Se acota la definición de evento adverso a aquel incidente que genera daño al paciente, causado después de que éste ingresa a la institución médica y está relacionado más con el cuidado proveído, o con ocasión de éste, que con la enfermedad que sufría originalmente y por la cual requirió su internamiento a la unidad hospitalaria. Este tipo de incidentes constituye un resultado no deseado para el paciente, que puede ser o no consecuencia de un error, y el cual surge durante la atención clínica, causando lesiones físicas o psicológicas a un paciente, es decir, el Evento Adverso es el daño ocasionado al paciente a partir de la atención o intervención en salud y que no es producida intencionalmente. (p. 4).

Los eventos adversos, pueden ser de distintos tipos y magnitudes, entre ellos están, evento adverso grave, evento adverso moderado, evento adverso leve y evento adverso prevenible (OPS, OMS, 2015).

Si bien para los autores y expertos en la materia, el evento adverso es no intencionado, también es cierto que algunos pueden ser prevenibles. En éste sentido es importante considerar la homologación de términos en torno a la seguridad del paciente que ha impulsado Colombia, en el que, se entiende que el 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 el momento y el evento adverso no prevenible, corresponde a ese resultado no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares de cuidado asistencial (https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Evaluar-frecuencia-eventos-adversos.pdf) \*\*Aunque esto se describe más abajo del texto, se podría omitir acá este párrafo.

En consecuencia, para la implementación de la política, se integra la terminología internacional con las especificidades de los requerimientos terminológicos identificados en el país y se define la utilización de los siguientes conceptos, propendiendo por la homologación y la estandarización en los procesos y sistemas integrados de gestión:

* ATENCIÓN EN SALUD: servicios recibidos por los individuos o las poblaciones para promover, mantener, monitorizar o restaurar la salud.
* INDICIO DE ATENCIÓN INSEGURA: un acontecimiento o una circunstancia que pueden alertar acerca del incremento del riesgo de ocurrencia de un incidente o evento adverso.
* FALLA DE LA ATENCIÓN EN SALUD: 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.
* RIESGO: es 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. Los eventos adversos pueden ser prevenibles y no prevenibles:

Evento Adverso Prevenible: 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: resultado no deseado, no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial.

* INCIDENTE: es 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.
* COMPLICACIÓN Es el 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 DE LA SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD: las violaciones de la seguridad de la atención en salud son intencionales e implican la desviación deliberada de un procedimiento, de un estándar o de una norma de funcionamiento.
* BARRERA DE SEGURIDAD: una acción o circunstancia que reduce la probabilidad de presentación del incidente o evento adverso.
* 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.
* ACCIONES DE REDUCCIÓN DE RIESGO: 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

Para la OMS (2009), un incidente relacionado con la seguridad del paciente se define como:

Un evento o circunstancia que podría haber ocasionado u ocasionó un daño innecesario a un paciente. (...) El uso del adjetivo «innecesario» en esta definición reconoce que en la asistencia sanitaria se producen errores, infracciones, casos de maltrato al paciente y actos deliberadamente poco seguros. Estos se consideran incidentes, mientras que ciertas formas de daño son necesarias, como la incisión para una laparotomía, y no se consideran incidentes. Los incidentes pueden tener su origen en actos intencionados o involuntarios. Los errores son, por definición, involuntarios, mientras que las infracciones suelen ser intencionadas, aunque raramente maliciosas, y pueden llegar a hacerse rutinarias y automáticas en algunos contextos. (p.16)

De manera un poco más sucinta, la (OPS, OMS, 2015), definen el incidente como:

Un evento o circunstancia que sucede durante la atención clínica de un paciente y que si bien no le genera un daño directo a su salud, sí le afecta en la medida que al ocurrir fallas en los procesos de atención, afectan en cierta medida a la persona, generalmente debido a que se prolongue su estancia hospitalaria. (OPS, OMS, 2015, p.4).

Es importante mencionar que los incidentes pueden presentarse de dos maneras, con daños y sin daños para el paciente.

Ampliando el concepto de incidente, la OMS (2009), refiere que un incidente se acompaña siempre de una serie de factores contribuyentes. Aunque un incidente puede ser un factor que contribuya a la aparición o al desarrollo de otro incidente, algunos factores contribuyentes no pueden ser incidentes en sí mismos. Por ello, un incidente puede designarse como un tipo de incidente principal según reglas administrativas específicas del contexto (p. ej., el incidente más próximo al resultado para el paciente identificado), el diseño de un sistema de información o el tipo de análisis de los datos. (p.11).

Se considera daño la alteración estructural o funcional del organismo y/o todo efecto perjudicial derivado de ella. Los daños comprenden las enfermedades, las lesiones, los sufrimientos, las discapacidades y la muerte, y pueden ser físicos, sociales o psicológicos. La enfermedad se define como una disfunción fisiológica o psicológica. La lesión es un daño producido a los tejidos por un agente o una circunstancia. El sufrimiento consiste en la experiencia de algo subjetivamente desagradable y comprende el dolor, el malestar general, las náuseas, la depresión, la agitación, la alarma, el miedo y la aflicción. Se entiende por discapacidad cualquier tipo de alteración estructural o funcional del organismo, limitación de actividad y/o restricción de la participación en la sociedad, asociadas a un daño pasado o presente. (OMS, 2009, p.16)

Además de los términos relacionados con la práctica odontológica en términos de seguridad, existe otro elemento importante a tener en cuenta: la cultura de seguridad, definida como:

El conjunto de valores y normas comunes a los individuos dentro de una misma organización e implica un modelo mental compartido que posiciona la seguridad como un objetivo común a perseguir, de manera que los individuos y la organización están comprometidos con los programas de seguridad del paciente. (Rocco y Garrido, 2017, p.791).

La cultura de la seguridad se convierte en una apuesta institucional, en una meta común, donde los miembros de la organización no solo se comprometen, sino que también adoptan prácticas, valores, principios conducentes a reducir al mínimo el daño o los daños que podría sufrir un paciente en la atención en salud y en este caso particular, en la atención odontológica. Esto es, la seguridad del paciente se convierte en un fin en sí misma.

Esa cultura de seguridad incluye factores humanos, técnicos, organizativos (institucionales) y culturales.

La ausencia de cultura de seguridad puede implicar que ciertos comportamientos de riesgo se conviertan en normas, por lo que, es crucial el fomento de las prácticas seguras en cualquier prestador de servicios de salud incluyendo los de la práctica odontológica. Esto permite reevaluar los hábitos entendidos como “normales” y plantear estandarización de prácticas y desarrollo de guías consensuadas de práctica clínica, con el apoyo de la evidencia científica. Esta estandarización de las prácticas nos permite unificar los criterios y actuaciones en las instituciones prestadoras de servicios de salud y en los profesionales independientes, aunque algunos suelen tener comportamientos asentados en fuertes convicciones, que a veces entran en conflicto con dicha estandarización. (Rocco y Garrido, 2017).

Según la National Patient Safety Agency for England and Wales (NPSA), citado por Rocco y Garrido (2017), las características para una cultura de seguridad del paciente en las organizaciones sanitarias se agrupan en tres: “1) Abierta: Se asume el fallo del sistema como origen de los accidentes, 2) Justa: No se imponen medidas punitivas y 3) De aprendizaje: Interpreta los incidentes como posibilidades de mejora”. (p. 791).

Cambiar la cultura de seguridad de una organización es siempre un reto difícil y existen distintas forma de potenciarla, incluyendo: valoraciones de la situación inicial, formación de equipos, fomento del liderazgo, establecimiento de auditorías de seguridad o uso de sistemas de registro de incidentes críticos. Pronovost & Sexton (2005) & Mahajan (2011) citados por Rocco y Garrido (2017, p.792).

De otro lado, y ampliando la cultura de la seguridad, Carthey & Clarke (2015) citado por Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de España (2015) plantean que:

Las organizaciones comprometidas con la cultura de seguridad orientan sus esfuerzos a cuatro aspectos clave: fomentar la cultura de seguridad a todos los niveles; evaluar y promover un buen clima de seguridad; aumentar la formación en seguridad del paciente y en los llamados factores humanos o factores no técnicos de los profesionales; y desarrollar elementos de seguridad a nivel de unidades clínicas (p.40).

Considerando que la cultura de seguridad hace parte integrante de la Política de Seguridad del Paciente en Colombia, impulsada por el Ministerio de Salud y Protección Social, en todo el territorio nacional, se plantean (adicionalmente) unos objetivos que complementan la estrategia de mejorar las condiciones de atención de los pacientes y la prestación de los servicios propiamente dichos:

1. Direccionar las políticas institucionales y el diseño de los procesos de atención en salud hacia la promoción de una atención en salud segura.

2. Disminuir el riesgo en la atención en salud brindada a los pacientes.

3. Prevenir la ocurrencia de eventos adversos en los procesos de atención en salud mediante el despliegue de metodologías científicamente probadas y la adopción de herramientas prácticas que mejoren las barreras de seguridad y establezcan un entorno seguro de la atención en salud.

4. Coordinar los diferentes actores del sistema hacia mejoras en la calidad de la atención, que se evidencien en la obtención de resultados tangibles y medibles.

5. Homologar la terminología a utilizar en el país.

6. Educar a los pacientes y sus familias en el conocimiento y abordaje de los factores que pueden potencialmente incidir en mejorar la seguridad de los procesos de atención de que son sujetos.

7. Difundir en la opinión pública y los medios de comunicación los principios de la política de seguridad del paciente

8. Articular y coordinar con los principios, los objetivos y las estrategias de la seguridad del paciente a los diferentes organismos de vigilancia y control del sistema”.

Si bien la seguridad del paciente en odontología ha llamado la atención en los últimos años, todavía existen brechas significativas en la percepción de calidad y seguridad en los aspectos que integran la prestación de los servicios, por lo tanto, es importante generar cambios con un enfoque dirigido al talento humano que apoya la prestación de servicios odontológicos. Cabe resaltar que en Colombia a través del componente normativo se han establecido unos lineamientos para generar cambios dirigidos a fortalecer la seguridad del paciente en todos los servicios de salud que van desde la concepción del SOGCS, con su componente de habilitación y la generación de los lineamientos para la seguridad del paciente que insta a la generación e implementación de la política de seguridad del paciente como ente rector, lo que ha conducido a resultados positivos en la calidad de los servicios de salud, sin embargo, ha sido más concluyente en las especialidades médicas que en los servicios odontológicos donde a pesar de generarse un avance en la cultura de la seguridad del paciente, falta estandarización de términos y procesos que tracen la ruta de la gestión de los indicios de atención insegura que, permitan establecer mecanismos de identificación, reporte, análisis, que conlleven a la generación de acciones o estrategias que minimicen la ocurrencia de eventos e incidentes adversos, lo que finalmente se traduce en calidad de la atención y seguridad del paciente.

La transferencia de esta consolidación de terminología en torno a la seguridad del paciente entre los actores del proceso de atención en odontología, sean prestadores, instituciones formadoras del talento humano, personal de apoyo y los mismos pacientes, es sin duda, el primer paso para la construcción de la cultura en seguridad del paciente en odontología.

Todavía queda mucho por hacer. Lograr una verdadera seguridad es un proceso largo y, puede que no sea posible eliminar por completo el daño, porque los riesgos siempre estarán presentes. Las nuevas tecnologías y los tratamientos que por un lado mejoran los pronósticos de nuestros pacientes, también pueden aumentar la probabilidad de aparición de nuevos riesgos y daños.

Finalmente, a pesar de los avances en los últimos 15 años, la seguridad del paciente sigue siendo un importante problema de salud pública, debemos seguir avanzando en ello. Esto implica, la implementación de sistemas de notificación de incidentes y eventos adversos, con una cultura no punitiva, centrando el análisis en lo que pasó y no en quien lo hizo, implementando medidas de mejora, que involucren a pacientes, al personal de salud, a los entes territoriales y a la academia.

En ese orden de ideas, la Sala Situacional en Seguridad del Paciente en Odontología, pretende acompañar a los actores de la Práctica Odontológica, utilizando metodologías innovadoras como la interinstitucionalidad. Estos son ejemplos de acciones bien encaminadas que deben replicarse de manera constante, para generar confianza, pero el éxito de las acciones para disminuir el daño y el error requiere la participación activa de todos los involucrados en la práctica odontológica, agencias gubernamentales, prestadores de servicios de salud, asociaciones públicas y privadas, investigadores, asociaciones de profesionales, educadores, personal de salud, pacientes y sus familias. Solo así lograremos un cambio de cultura real y movernos hacia la seguridad integral.

**Referencias**

Balaguera, A.K., Nieto, M. F. Peña, J.A. y Roso, A.K. 2018). Estudio comparativo de los programas de seguridad del paciente de Colombia, Chile y México, y acciones desarrolladas en el periodo 2008 a 2018 que pueden fortalecer las buenas prácticas en la atención de salud en Colombia. (Trabajo de grado) Universidad Autónoma de Bucaramanga, Facultad de Medicina. Recuperado de <http://repository.ces.edu.co/bitstream/10946/4212/1/Comparaci%C3%B3n%20Programa%20Seguridad.pdf>

Ministerio de la Protección Social. (2008). Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/LINEAMIENTOS_IMPLEMENTACION_POLITICA_SEGURIDAD_DEL_PACIENTE.pdf>

Moreno, M.G. (2013). Calidad y seguridad de la atención. Ciencia y Enfermería XIX (1): 7-9. Recuperado de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v19n1/art_01.pdf>

OMS. (2009). Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. Recuperado de <https://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf>

OMS. (2019). Seguridad del paciente. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>

OMS, OPS. (2015). Los Eventos Adversos y la Seguridad del Paciente. Boletín CONAMED-OPS (nov-dic). Recuperado de <http://www.conamed.gob.mx/gobmx/boletin/pdf/boletin3/eventos_adversos.pdf>

OPS, OMS, (2015). Los Eventos Adversos y la Seguridad del Paciente. Boletín CONAMED - OPS. Recuperado de <http://www.conamed.gob.mx/gobmx/boletin/pdf/boletin3/eventos_adversos.pdf>

Saturno, P. J. (2000). Evaluación y mejora de la calidad en servicios de salud. Conceptos y métodos. Consejería de Salud y Consumo de la Región de Murcia, Murcia (2000).

Rocco C., y Garrido, A. (2017). Seguridad del paciente y cultura de seguridad. REV. MED. CLIN. CONDES, 28 (5) 7. Recuperado <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2017.08.006>

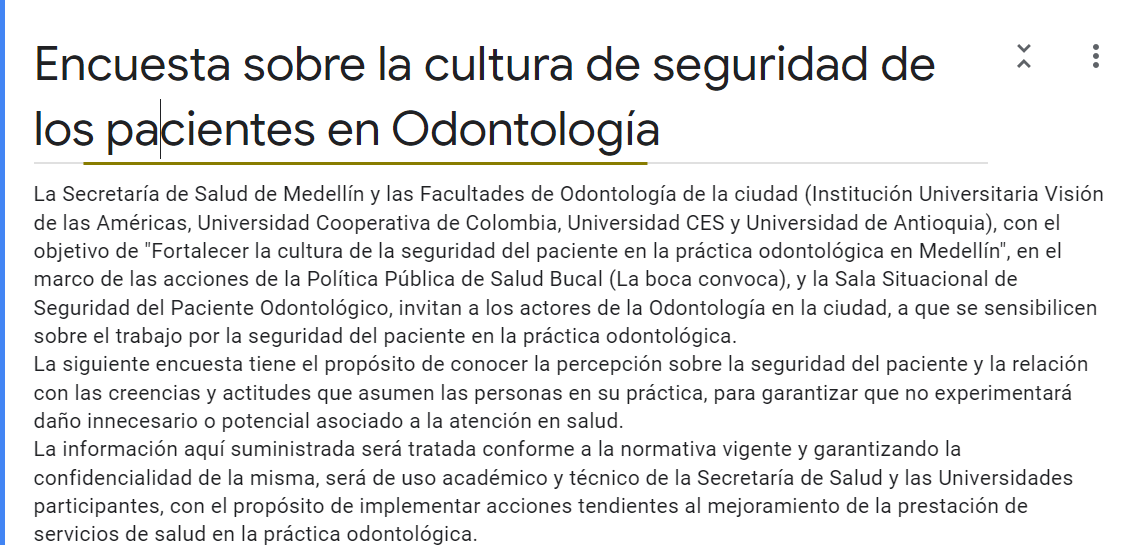
WHO. (2002). The Word Health Report 2002: Reducing risks, promoting healthy life. Word Health Organization: Suiza. Recuperado de <https://books.google.com.co/books?hl=es&lr=&id=epuQi1PtY_cC&oi=fnd&pg=PA9&dq=The+health+report+2002+-+reducing+risks,+promoting+healthy+life+Educ+Health+(Abingdon)&ots=N3N1cUycMp&sig=_uK0IpVLpdFe7WfV_fne0ThnUcA#v=onepage&q&f=false>

WHO. (2005). World Alliance For Patient Safety: Forward Programme 2005. WHO Library Cataloguing in Publication Data. recuperado de <https://www.who.int/patientsafety/en/brochure_final.pdf>

WHO. (2009). Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. recuperado de <https://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf>

|  |
| --- |
| **Objetivo 3.** Conocer la percepción sobre la seguridad del paciente y la relación con las creencias y actitudes que asumen las personas en su práctica, para garantizar que no experimentará daño innecesario o potencial asociado a la atención en salud. |

## Diseño de encuesta



| **No** | **Preguntas** | **Respuesta** | **Descripción de la respuesta** |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Consentimiento informado** |  |  |
|  | Nombre y apellido |  |  |
|  | Tipo documento |  |  |
|  | Número de documento |  |  |
| 1 | ¿Acepta participar en el diligenciamiento de la encuesta de percepción de cultura de seguridad del paciente odontológico? | Tipo respuesta única | Ingrese: SI - NO |
|  | **Identificación general** |  |  |
| 2 | Género | Tipo respuesta única | Femenino - Masculino - No deseo reportarlo |
| 3 | Edad | Tipo Numérico | Ingrese la edad |
| 4 | Tipo de prestador de servicios de salud donde labora actualmente | Tipo respuesta única | Ingrese: profesional independiente - Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS) -Entidad con Objeto Social Diferente (EOSD) - Empresa Social del Estado (ESE) - Administradora de planes de beneficios (EAPB) - Consultorio no habilitado - Inactivo |
| 5 | Profesión, oficio o rol desempeñado actualmente | Tipo respuesta múltiple | Ingrese: Odontólogo(a) general - Odontólogo(a) especialista - Técnico profesional en salud oral (Auxiliar) - Administrativo(a) - Docente - Combinación de asistencia con docencia y/o administrativo |
| 6 | ¿Habitualmente, cuántas horas trabaja a la semana en la institución o consultorio? | Tipo respuesta única | Ingrese: De 1 a 4 horas a la semana De 5 a 16 horas a la semana De 17 a 24 horas a la semana De 25 a 32 horas a la semana De 33 a 40 horas a la semana 41 horas a la semana o más Otra… |
|  | **Formación en seguridad del paciente odontológico** |  |  |

| **No** | **Preguntas** | **Respuesta** | **Descripción de la respuesta** |
| --- | --- | --- | --- |
| 7 | ¿Desde su graduación, ha recibido capacitación en el tema de seguridad del paciente odontológico? | Tipo respuesta única | Ingrese: SI – NO |
| 8 | ¿En el último año, ha recibido capacitación en el tema de seguridad del paciente odontológico? | Tipo respuesta única | Ingrese: SI - NO |
| 9 | ¿Cómo califica la información que ha recibido en el tema de seguridad del paciente odontológico hasta el momento? | Tipo respuesta única | Ingrese: no he recibido Información - mala - regular - buena - excelente |
| 10 | ¿En qué momento considera más necesario fortalecer la formación en seguridad del paciente odontológico? | Tipo respuestamúltiple | Ingrese: En el pregrado - En el posgrado - En educación continua como graduados - En la educación técnica profesional - no la considero necesaria |
|  | **Situaciones que afectan la seguridad y la calidad asistencial** |  |  |
| 11 | ¿En el desempeño de sus labores hay situaciones que pueden causarles daño a los pacientes? | Tipo respuesta única | Ingrese: siempre - casi siempre -algunas veces - casi nunca - nunca |
| 12 | ¿En el desempeño de sus labores se facilita la comunicación con otros servicios y con otras personas? | Tipo respuesta única | Ingrese: siempre - casi siempre -algunas veces - casi nunca - nunca |
| 13 | ¿En el desempeño de sus labores ha visto, escuchado o evidenciado alguna falla de atención a los pacientes? | Tipo respuesta única | Ingrese: siempre - casi siempre -algunas veces - casi nunca - nunca |
| 14 | ¿El tiempo que tiene disponible, es suficiente para llevar a cabo su trabajo efectiva y eficientemente? | Tipo respuesta única | Ingrese: siempre - casi siempre -algunas veces - casi nunca - nunca |
| 15 | ¿En el trabajo diario realiza funciones para las que no ha sido formado? | Tipo respuesta única | Ingrese: siempre - casi siempre -algunas veces - casi nunca - nunca |
| 16 | ¿El equipo de trabajo habla abiertamente y sin temor de las fallas que ocurren en el servicio? | Tipo respuesta única | Ingrese: siempre - casi siempre -algunas veces - casi nunca - nunca |

| **No** | **Preguntas** | **Respuesta** | **Descripción de la respuesta** |
| --- | --- | --- | --- |
| 17 | ¿En el desempeño de sus labores, se busca la manera de prevenir las fallas para que no ocurran o vuelvan a ocurrir? | Tipo respuesta única | Ingrese: siempre - casi siempre -algunas veces - casi nunca - nunca |
| 18 | ¿En el desempeño de sus labores, siente que las fallas son utilizadas en su contra? | Tipo respuesta única | Ingrese: siempre - casi siempre -algunas veces - casi nunca - nunca |
| 19 | ¿La administración de la institución o consultorio, está invirtiendo suficientes recursos para mejorar la calidad en la prestación de servicios? | Tipo respuesta única | Ingrese: siempre - casi siempre -algunas veces - casi nunca - nunca |
| 20 | ¿En su área de desempeño, los líderes y directivos trabajan para mejorar las fallas identificadas? | Tipo respuesta única | Ingrese: siempre - casi siempre -algunas veces - casi nunca - nunca |
| 21 | ¿En el desempeño de sus labores ha visto, escuchado o evidenciado algún daño a un paciente mientras está siendo atendido? | Tipo respuesta única | Ingrese: siempre - casi siempre -algunas veces - casi nunca - nunca |
| 22 | ¿Las actividades realizadas por usted, dan respuesta a lo que los pacientes necesitan? | Tipo respuesta única | Ingrese: siempre - casi siempre -algunas veces - casi nunca - nunca |
| 23 | ¿Las actividades realizadas por usted se basan en el conocimiento y se hacen de manera planeada? | Tipo respuesta única | Ingrese: siempre - casi siempre -algunas veces - casi nunca - nunca |
| 24 | ¿Considera usted que en la institución o consultorio, se han puesto en marcha acciones para prevenir, detectar, y corregir situaciones que potencialmente puedan afectar a los pacientes y a los trabajadores? | Tipo respuesta única | Ingrese: siempre - casi siempre -algunas veces - casi nunca - nunca |
| 25 | ¿Aceptaría usted ser atendido como paciente o alguien de su familia, en el servicio en el que usted mismo desempeña sus funciones? | Tipo respuesta única | Ingrese: siempre - casi siempre -algunas veces - casi nunca - nunca |

| **No** | **Preguntas** | **Respuesta** | **Descripción de la respuesta** |
| --- | --- | --- | --- |
| 26 | ¿En la institución o consultorio, tienen buenos procedimientos para verificar que se hizo correctamente el trabajo? | Tipo respuesta única | Ingrese: siempre - casi siempre -algunas veces - casi nunca - nunca |
|  | **Situaciones relacionadas con Eventos Adversos (resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño o lesión)** |  |  |
| 27 | En el desempeño de sus labores y de manera no intencional, ¿se ha producido **dolor** a alguno de sus pacientes, y cuál considera que ha sido la severidad? | Tipo respuesta única | Ingrese: no ha ocurrido - Daño mínimo / leve temporal (reversible o transitorio) para el paciente - Daño temporal (reversible o transitorio) moderado a grave para el paciente - Daño al paciente que requirió traslado a la sala de emergencias y / u hospitalización prolongada - Daño permanente mínimo / leve al paciente - Daño permanente al paciente de moderado a severo - Intervención necesaria para sostener la vida - Muerte del paciente |
| 28 | En el desempeño de sus labores y de manera no intencional, ¿se ha producido una **infección** a alguno de sus pacientes, y cuál considera que ha sido la severidad? | Tipo respuesta única | Ingrese: no ha ocurrido - Daño mínimo / leve temporal (reversible o transitorio) para el paciente - Daño temporal (reversible o transitorio) moderado a grave para el paciente - Daño al paciente que requirió traslado a la sala de emergencias y / u hospitalización prolongada - Daño permanente mínimo / leve al paciente - Daño permanente al paciente de moderado a severo - Intervención necesaria para sostener la vida - Muerte del paciente |
| 29 | En el desempeño de sus labores y de manera no intencional, ¿le ha producido una **Fractura de tejido duro** a alguno de sus pacientes, y cuál considera que ha sido la severidad? | Tipo respuesta única | Ingrese: no ha ocurrido - Daño mínimo / leve temporal (reversible o transitorio) para el paciente - Daño temporal (reversible o transitorio) moderado a grave para el paciente - Daño al paciente que requirió traslado a la sala de emergencias y / u hospitalización prolongada - Daño permanente mínimo / leve al paciente - Daño permanente al paciente de moderado a severo - Intervención necesaria para sostener la vida - Muerte del paciente |

| **No** | **Preguntas** | **Respuesta** | **Descripción de la respuesta** |
| --- | --- | --- | --- |
| 30 | En el desempeño de sus labores y de manera no intencional, ¿se le ha producido una **Perforación** de tejido duro a alguno de sus pacientes, y cuál considera que ha sido la severidad? | Tipo respuesta única | Ingrese: no ha ocurrido - Daño mínimo / leve temporal (reversible o transitorio) para el paciente - Daño temporal (reversible o transitorio) moderado a grave para el paciente - Daño al paciente que requirió traslado a la sala de emergencias y / u hospitalización prolongada - Daño permanente mínimo / leve al paciente - Daño permanente al paciente de moderado a severo - Intervención necesaria para sostener la vida - Muerte del paciente |
| 31 | En el desempeño de sus labores y de manera no intencional, ¿se ha producido una **inflamación de tejidos blandos** a alguno de sus pacientes, y cuál considera que ha sido la severidad? | Tipo respuesta única | Ingrese: no ha ocurrido - Daño mínimo / leve temporal (reversible o transitorio) para el paciente - Daño temporal (reversible o transitorio) moderado a grave para el paciente - Daño al paciente que requirió traslado a la sala de emergencias y / u hospitalización prolongada - Daño permanente mínimo / leve al paciente - Daño permanente al paciente de moderado a severo - Intervención necesaria para sostener la vida - Muerte del paciente |
| 32 | En el desempeño de sus labores y de manera no intencional, ¿se ha producido **Alergia, toxicidad o respuesta a cuerpos extraños** a alguno de sus pacientes, y cuál considera que ha sido la severidad? | Tipo respuesta única | Ingrese: no ha ocurrido - Daño mínimo / leve temporal (reversible o transitorio) para el paciente - Daño temporal (reversible o transitorio) moderado a grave para el paciente - Daño al paciente que requirió traslado a la sala de emergencias y / u hospitalización prolongada - Daño permanente mínimo / leve al paciente - Daño permanente al paciente de moderado a severo - Intervención necesaria para sostener la vida - Muerte del paciente |
| 33 | En el desempeño de sus labores y de manera no intencional, ¿se ha producido **Aspiración o ingestión de cuerpo extraño** a alguno de sus pacientes, y cuál considera que ha sido la severidad? | Tipo respuesta única | Ingrese: no ha ocurrido - Daño mínimo / leve temporal (reversible o transitorio) para el paciente - Daño temporal (reversible o transitorio) moderado a grave para el paciente - Daño al paciente que requirió traslado a la sala de emergencias y / u hospitalización prolongada - Daño permanente mínimo / leve al paciente - Daño permanente al paciente de moderado a severo - Intervención necesaria para sostener la vida - Muerte del paciente |

| **No** | **Preguntas** | **Respuesta** | **Descripción de la respuesta** |
| --- | --- | --- | --- |
| 34 | En el desempeño de sus labores y de manera no intencional, ¿ha incurrido en un **procedimiento incorrecto o en Sitio incorrecto, o al paciente incorrecto**, y cuál considera que ha sido la severidad? | Tipo respuesta única | Ingrese: no ha ocurrido - Daño mínimo / leve temporal (reversible o transitorio) para el paciente - Daño temporal (reversible o transitorio) moderado a grave para el paciente - Daño al paciente que requirió traslado a la sala de emergencias y / u hospitalización prolongada - Daño permanente mínimo / leve al paciente - Daño permanente al paciente de moderado a severo - Intervención necesaria para sostener la vida - Muerte del paciente |
| 35 | En el desempeño de sus labores y de manera no intencional, ¿se ha producido **Sangrado (Hemorragia)** a alguno de sus pacientes, y cuál considera que ha sido la severidad? | Tipo respuesta única | Ingrese: no ha ocurrido - Daño mínimo / leve temporal (reversible o transitorio) para el paciente - Daño temporal (reversible o transitorio) moderado a grave para el paciente - Daño al paciente que requirió traslado a la sala de emergencias y / u hospitalización prolongada - Daño permanente mínimo / leve al paciente - Daño permanente al paciente de moderado a severo - Intervención necesaria para sostener la vida - Muerte del paciente |
| 36 | En el desempeño de sus labores y de manera no intencional, ¿se ha producido **Otro daño sistémico** a alguno de sus pacientes, y cuál considera que ha sido la severidad? | Tipo respuesta única | Ingrese: no ha ocurrido - Daño mínimo / leve temporal (reversible o transitorio) para el paciente - Daño temporal (reversible o transitorio) moderado a grave para el paciente - Daño al paciente que requirió traslado a la sala de emergencias y / u hospitalización prolongada - Daño permanente mínimo / leve al paciente - Daño permanente al paciente de moderado a severo - Intervención necesaria para sostener la vida - Muerte del paciente |
|  | **Calificación general** |  |  |
| 37 | ¿Cómo considera que su institución o consultorio responde a las preferencias, necesidades y valores de cada paciente, es decir, la atención está centrada en el paciente? | Tipo respuesta única | Ingrese: Malo -Regular -Bueno - muy bueno -Excelente |
| 38 | ¿Cómo considera que su institución o consultorio desarrolla la atención basada en la evidencia científica, es decir, la atención es Eficaz? | Tipo respuesta única | Ingrese: Malo -Regular -Bueno - muy bueno -Excelente |

| **No** | **Preguntas** | **Respuesta** | **Descripción de la respuesta** |
| --- | --- | --- | --- |
| 39 | ¿Cómo considera que su institución o consultorio minimiza las esperas y retrasos potencialmente dañinos, es decir, la atención es oportuna? | Tipo respuesta única | Ingrese: Malo -Regular -Bueno - muy bueno -Excelente |
| 40 | ¿Cómo considera que su institución o consultorio asegura una atención que evita desperdicio, abuso y uso incorrecto de servicios, es decir, la atención es eficiente? | Tipo respuesta única | Ingrese: Malo -Regular -Bueno - muy bueno -Excelente |
| 41 | ¿Cómo considera que su institución o consultorio brinda la misma calidad de atención a todas las personas sin importar el sexo, la raza, el origen étnico, nivel socioeconómico, idioma, etc; es decir la atención es equitativa? | Tipo respuesta única | Ingrese: Malo -Regular -Bueno - muy bueno -Excelente |
| 42 | ¿Cómo considera que su institución o consultorio previene, detecta y corrige problemas que tienen el potencial de afectar a los pacientes, es decir, la atención es segura? | Tipo respuesta única | Ingrese: Malo -Regular -Bueno - muy bueno -Excelente |
| 43 | **Comentarios** | Tipo de respuesta texto |  |

|  |
| --- |
| Objetivo 6. Propiciar estrategias institucionales de acercamiento, para la asistencia técnica en seguridad del paciente en odontología, a los actores de que integran el proceso de atención en salud bucal de la ciudad de Medellín. |

**6.4.** Durante el año 2021, desde la Sala Situacional se realizaron capacitaciones en el tema de "eventos adversos", dirigidas a personal de salud bucal, de cada una de las EAPB de la ciudad, las más importantes, en dichos espacios participaron odontólogos, higienistas y auxiliares de las IPS, instituciones prestadoras de salud bucal.

Capacitaciones en Seguridad del Paciente, enmarcado desde la Política Pública de Salud Bucal y la Sala Situacional de Seguridad del Paciente. Dirigida al personal de salud bucal de las EAPB, odontólogos, higienistas, auxiliares de salud bucal.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Institución participante** | **Fecha realización actividad** | **Número de participantes, funcionarios odontólogos, higienistas, auxiliares, personal de calidad.** |
| **SURA** | **29-06-2021** | **86** |
| **COOMEVA** | **30-06-2021** | **72** |
| **METROSALUD-SAVIA SALUD** | **10-06-2021** | **86** |
| **SALUD TOTAL** | **08-11-2021** | **220** |
| **COLSANITAS** | **28-05-2021** | **31** |
| **NUEVA EPS** | **06-08-2021** | **29** |
| **IPS UNIVERSITARIA** | **06-07-2021** | **11** |
| **SUMIMEDICAL** | **28-05-2021** | **3** |
| **UNISALUD** | **23-07-2021** | **9** |
| **ECOPETROL** | **26-05-2021** | **11** |
| **EPM** |  |  |
| **TOTAL** |  | **558** |

## Otros avances en el marco de la Sala Situacional

En el marco del desarrollo de Sala y de la temática, desde la Sala se ha participado por dos años consecutivos, 2020 y 2021 en el Día Mundial de Seguridad del Paciente, con una agenda académica pensada desde la Sala.

A continuación las imágenes de la convocatoria:

**Año 2020.**



**Año 2021.**



1. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, Eds.To err is human: Building a safer health system. Committee on Health Care in America. Institute of Medicine, National Academy Press (Washington D), pp. 1999 [↑](#footnote-ref-1)
2. (https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/IQEN/IQEN%20vol%2019%202014%20num%2013.pdf ), \* comentario fuera del texto. [↑](#footnote-ref-2)
3. https://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps\_full\_report\_es.pdf [↑](#footnote-ref-3)