

**POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ESE NORTE 2, CALOTO,
CAUCA SEGÚN PROTOCOLO DE LONDRES**

**ESTUDIANTES
YUDI NATHALIA ÁNGULO ANTE
YAQUELINE CHURI ANTERO
LUIS GABRIEL MURILLO MICOLTA
MÓNICA ROCÍO ROMERO CARVAJAL**

**RED ILUMNO
FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA
CENTRO DE POSGRADOS
ESPECIALIZACIÓN EN AUDITORÍA EN SALUD
PEREIRA, RISARALDA
ABRIL 6, 2019**

**POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ESE NORTE 2, CALOTO,
CAUCA SEGÚN PROTOCOLO DE LONDRES**

**ESTUDIANTES
YUDI NATHALIA ANGULO ANTE
YAQUELINE CHURI ANTERO
LUIS GABRIEL MURILLO MICOLTA
MÓNICA ROCÍO ROMERO CARVAJAL**

**TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR AL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
AUDITORÍA EN SALUD**

**ASESORA
CARMEN LUISA BETANCUR PULGARIN**

**RED ILUMNO
FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA
CENTRO DE POSGRADOS
ESPECIALIZACIÓN EN AUDITORÍA EN SALUD
PEREIRA, RISARALDA
ABRIL 6, 2019**

Nota de aceptación.

Firma del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

Pereira, 6 de abril de 2019

AGRADECIMIENTOS

El trabajo en equipo nos conlleva a tomar decisiones, asumir las cosas con fortaleza cuando se están quebrantando, este es un trabajo que nos sirvió mucho a cada uno como persona y profesionales que somos porque demostramos nuestro espíritu de superación para lograr nuestro principal objetivo de terminar nuestro trabajo de grado y corregir las situaciones negativas que se viven en un equipo de trabajo, para replantear y tomar las cosas de la mejor manera y lograr la meta propuesta.

Agradecemos a la institución ESE NORTE 2, CALOTO CAUCA, gerente, funcionarios, equipo de calidad, Jefes coordinadores, que permitieron que nuestro equipo de investigación hiciéramos parte de su institución para llevar a cabo nuestro propósito y culminar con éxito lo planeado.

A la Fundación Universitaria del Área Andina que estuvieron presentes para brindarnos su apoyo a través de su equipo de trabajo ofreciendo una educación con excelencia.

DEDICATORIA

Este trabajo va dedicado con todo nuestro cariño y amor para todas las personas que hicieron todo en la vida para que pudiéramos lograr nuestros sueños, por motivarnos y darnos la mano cuando sentíamos que el camino se terminaba, cuando flaqueamos, pero de nuevo nos levantábamos con energía gracias a cada una de sus palabras que nos daban fortaleza para seguir, a ustedes por siempre nuestro corazón y agradecimiento.

A nuestros padres porque son los seres más importantes que decidieron darnos la vida para ser personas de bien, gracias por sus consejos, amor, amistad y por apoyar cada una de nuestras decisiones, son héroes de amor transparente y puro.

A nuestras familias por su comprensión, paciencia, y contribución a nuestros esfuerzos, metas que nos trazamos y que fueron parte de este proceso para poder alcanzar un periodo más en nuestras vidas.

A nuestros maestros que, en este andar por la vida, influyeron con sus conocimientos y experiencias en formarnos como personas de bien y preparadas para los retos que nos pone la vida.

En especial a nuestra asesora Carmen Luisa Betancur Pulgarín por su valiosa paciencia, humanidad, generosidad, comprensión, apoyo, empeño, dedicación y sobre todo, su amor durante este proceso que con su acompañamiento logramos la culminación de este trabajo, dedicamos cada una de estas páginas de nuestro trabajo de grado.

A nuestros amigos por el apoyo y aporte de cada uno de sus conocimientos, por la incondicional ayuda que fue de gran aporte emocional durante nuestros estudios.
A Dios por iluminarnos, darnos salud y proveernos de todo lo necesario para cumplir nuestros sueños y además permitirnos formar un excelente equipo de trabajo.

A nuestros hijos que son el motor y el eje central para levantarnos cuando más estamos derrumbados, gracias infinitas por esperarnos y recibirnos con tan inmensa alegría al ver nuestra presencia,

CONTENIDO

	pág.
1. PROBLEMA	3
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	4
2. JUSTIFICACIÓN	5
3. OBJETIVOS	7
3.1 OBJETIVO GENERAL	7
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	7
4. MARCO DE REFERENCIA	8
4.1 MARCO DE ANTECEDENTES	8
4.2 MARCO INSTITUCIONAL	12
4.3 MARCO TEÓRICO	15
4.3.1 Seguridad del paciente.	15
4.3.2 Protocolo de Londres en la política de la seguridad del paciente.	16
4.3.3 Modelo organizacional de causalidad de incidentes clínicos.	20
4.3.4 Investigación y análisis de incidentes (errores o eventos adversos).	20
4.3.5 Modelo Reason de causalidad (modelo de queso suizo).	21
4.4 MARCO CONCEPTUAL	22
4.5 MARCO NORMATIVO	23
5. METODOLOGÍA	25
5.1 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	25

5.2	POBLACIÓN Y MUESTRA	25
5.3	MARCO MUESTRAL	25
5.4	UNIDAD DE ANÁLISIS	25
5.5	CRITERIOS DE INCLUSIÓN	25
5.6	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	25
5.7	VARIABLES	25
5.8	PLAN DE ANÁLISIS	26
5.9	COMPONENTE BIOÉTICO	26
5.10	COMPROMISO MEDIO AMBIENTAL	26
5.11	RESPONSABILIDAD SOCIAL	26
5.12	DIFUSIÓN DE RESULTADOS	26
5.13	ASPECTOS ADMINISTRATIVOS	27
6.	RESULTADOS	28
6.1	ANÁLISIS DE RESULTADOS	28
6.1.1	Variables sociodemográficas.	28
6.1.2	Adherencia del personal que labora en la ESE NORTE 2 CALOTO CAUCA con el protocolo de Londres	29
6.1.3	Plan de mejoramiento.	35
6.2	DISCUSIÓN	35
7.	CONCLUSIONES	38
8.	RECOMENDACIONES	39
	REFERENCIAS	40
	ANEXOS	44

LISTA DE CUADROS

	pág.
Cuadro 1. Normograma	23
Cuadro 2. Frecuencia de variables demográficas del personal de salud de la ESE NORTE 2 CALOTO CAUCA en el primer semestre del 2019	28

LISTA DE FIGURAS

	pág.
Figura 1. Fachada, institución ESE NORTE 2 CALOTO CAUCA.	12
Figura 2. Procesos ESE NORTE 2.	13
Figura 3. Modelo organizacional de causalidad de errores y eventos adversos.	18
Figura 4. Frecuencia de respuesta según definición de eventos adversos según el protocolo de Londres del personal de salud de la institución de salud de la ESE NORTE 2, CALOTO, CAUCA, durante el primer trimestre del 2019.	29
Figura 5. Conocimiento del modelo de protocolo de Londres para el reporte de eventos adversos del personal de salud de la institución de salud de la ESE NORTE 2, CALOTO, CAUCA, durante el primer trimestre del 2019.	29
Figura 6. Frecuencia en cuanto a las capacitaciones realizadas al personal por parte de la ESE NORTE 2 CALOTO, CAUCA en el primer semestre del 2019 en protocolos que garanticen la seguridad del paciente.	30
Figura 7. La ESE NORTE 2 CALOTO CAUCA en el primer semestre del 2019, cuenta con el programa de seguridad del paciente para obtener procesos de atención más seguros.	30
Figura 8. Cuando ocurre un evento adverso cuál es la persona encargada de apoyar el reporte de un evento adverso según el protocolo establecido.	31
Figura 9. Cuál es el funcionario encargado de realizar el reporte del evento adverso según el protocolo establecido.	31
Figura 10. Frecuencia de respuesta en cuanto a la principal causa por la que no se realiza el reporte de los eventos adversos en la ESE NORTE 2 CALOTO CAUCA en el primer semestre del 2019.	32
Figura 11. Frecuencia de los reportes de los eventos adversos, incidentes clínicos y complicaciones relacionados con la atención en salud por parte del personal de salud de la ESE NORTE 2 CALOTO CAUCA en el primer semestre del 2019.	32
Figura 12. Principal causa para no reportar los eventos adversos relacionados con la atención en salud en la ESE NORTE 2 CALOTO CAUCA en el primer semestre del 2019.	33

Figura 13. Frecuencia de respuesta para la definición de incidente clínico según el protocolo de Londres por el personal de salud de la ESE NORTE 2 DE CALOTO CAUCA en el primer semestre del 2019. 34

Figura 14. Frecuencia de respuesta para la definición de complicación clínica según el protocolo de Londres. 34

Figura 15. Frecuencia de respuesta cuando la ESE NORTE 2 CALOTO CAUCA en el primer semestre del 2019 realiza la retroalimentación de los eventos adversos según el protocolo de Londres. 35

LISTA DE ANEXOS

	pág.
Anexo A. Operacionalización de variables	44
Anexo B. Instrumento para recolección de la información	47
Anexo C. Consentimiento y Resolución 0314 de 2018 en la ESE NORTE 2 CALOTO, CAUCA.	51
Anexo D. Norma ISO 26000 responsabilidad social de la investigación realizada en CALOTO CAUCA.	56
Anexo E. Cronograma	57
Anexo F. Presupuesto	58
Anexo G.. Plan de Mejora	59
Anexo H. MATRIZ DE OBJETIVOS, CONCEPTOS, VARIABLES E INDICADORES	60

1. PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La atención en salud con el paso del tiempo se ha convertido en un acto complejo y de mucha atención, el cual además de suministrarle a usuarios un tratamiento adecuado a sus problemas de salud, representan un riesgo latente ya que se puede causar un daño involuntario a este, por razones obvias, la organización mundial de la salud (OMS), solicitó bajo la Resolución WHA55.18, a los Estados Miembros que prestaran la mayor atención posible al problema de la seguridad del paciente. Siendo dicha dificultad un atenuante que con el paso del tiempo se ha venido convirtiendo en una problemática de salud pública que impacta directamente en la calidad de la atención de los usuarios de los servicios de salud y de la caída de sus indicadores (1).

Dicha Alianza Mundial, que tiene por objeto coordinar, difundir y acelerar la mejora de la seguridad del paciente en todo el mundo, busca en cierta forma y contemplando las características del proceso asistencial (aumento de la complejidad y volumen, especialización y participación de un elevado número de profesionales) atenúa un aumento del riesgo de aparición de eventos adversos (EA), lo que supone una amenaza para la seguridad y los niveles de calidad. Diferentes estudios realizados en nuestro país en diferentes niveles asistenciales, como el Estudio ENEAS, el Estudio Nacional sobre Efectos Adversos ligados a la Hospitalización y el Estudio sobre Seguridad de los Pacientes en Atención Primaria de Salud (APEAS), han cuantificado la importancia de estos efectos (2, 3, 4).

En todo el continente Americano, la generación de eventos adversos ha dejado miles de víctimas debido a los errores generados en la atención y cuidados del paciente, concluyendo que en todo el territorio latinoamericano se ha convertido en un verdadero problema de salud pública, para lo cual es necesario implementar protocolos y estándares de calidad en la atención a los pacientes, de esa forma disminuir los impactos de los eventos adversos que se generan de manera casi constante, teniendo en cuenta que el mayor generador de los mismos es el talento humano inadecuado, lo cual conlleva a las entidades de salud a buscar o implementar acciones de mejora de acuerdo con los hechos sucedidos en años anteriores.

En el estudio IBEAS, Colombia específicamente mostró una prevalencia de eventos adversos del 13,1%, el 27.3% de los eventos se presentaron en menores de 15 años y el 27.7% se presentaron durante la realización de un procedimiento y donde se ha venido estimando por la OMS bajo sus estudios que uno de cada diez pacientes hospitalizados sufre un incidente que le provocará daño durante su estancia. Esta cifra, estudiada en países con economías medias y altas, no se conoce aún en países con economías emergentes, pero se piensa que en estos la

magnitud del problema puede ser aún mayor (5, 6). Lo cual permite demostrar que en términos generales la salud en Colombia está atravesando una etapa difícil en cuanto a términos en calidad se refiere.

Por su parte la ESE NORTE 2 ubicada en el municipio de CALOTO, departamento del CAUCA, es una empresa social del estado que brinda atención en salud de baja complejidad alrededor de 7.000 personas que habitan el municipio. Esta institución como empresa que presta servicios de salud en la actualidad se ha encontrado que no se está aplicando el protocolo de seguridad del paciente establecido por el Ministerio de salud y protección social bajo los lineamientos de la política de seguridad del paciente en la Resolución 0112 del 2012. Sumado a esto, los profesionales de la salud por razones desconocidas no aplican el protocolo de Londres y en general no ejercen las funciones de inspección, vigilancia y control con el fin de brindar los reportes de manera oportuna, para tomar las acciones correctivas y de mejora pertinentes para mitigar los eventos adversos que cada vez se hacen más evidentes.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es la adherencia del personal de salud a la aplicación del protocolo de Londres, en la política de seguridad del paciente, en la institución de salud de la ESE NORTE 2, CALOTO del Departamento del CAUCA, durante el primer trimestre del 2019?

2. JUSTIFICACIÓN

Teniendo en cuenta los riesgos inherentes en la prestación de cuidados de salud, la seguridad del paciente está hoy en día, presente en las agendas de las organizaciones asociadas a la salud tanto a nivel nacional como internacional. Por su parte la (OMS) se ha convertido en líder de la temática de la seguridad del paciente desde un ámbito internacional y la define como un principio fundamental de la atención a este. En cada paso del proceso de atención en la salud hay una probabilidad de daño (7). Mejorar en este contexto se requiere por parte de todo un sistema, un esfuerzo que incluye una amplia gama de acciones que van encaminadas hacia la mejora del desempeño como la gestión de la seguridad, el uso seguro de los medicamentos y la seguridad de los equipos en la práctica clínica.

La seguridad del paciente con el paso del tiempo ha pasado a ser un componente clave en la calidad asistencial y se resalta en la famosa publicación del informe del Instituto de Medicina de EE.UU., *Error es humano* (8), ha permitido que adquiera importancia, tanto para los usuarios y sus familias como para los responsables y profesionales sanitarios, convirtiéndose la mejora de la seguridad del paciente en una estrategia prioritaria en las políticas de calidad de los sistemas sanitarios y en los organismos internacionales, que incluyen la promoción de una cultura de la información sobre seguridad del paciente, el desarrollo de sistemas de información sobre EA y la promoción de prácticas seguras en los centros asistenciales, con un enfoque de gestión proactiva, preventiva y de aprendizaje (9).

La preocupación por la primacía de los efectos adversos ha generado preocupación en el Ministerio de Sanidad y Política Social de España donde se realizó un estudio en el continente americano que identificó la prevalencia global de pacientes con algún EA fue de un 10,5%. La prevalencia de EA fue de 11,85%. Los EA detectados estaban relacionados con los cuidados en un 13,27%, con el uso de la medicación en un 8,23%, con la infección nosocomial en un 37,14%, con algún procedimiento en un 28,69% y con el diagnóstico en un 6,15%. De lo anterior se puede evidenciar que el margen de prevalencia error en los hospitales latinoamericanos es superior en más de un 50% del margen que 4%9 a nivel mundial, de allí la importancia de que los países latinoamericanos implementen medidas de mejoramiento que garanticen la seguridad del paciente (10).

El estudio Iberoamericano de Eventos Adversos en Hospitales de América Latina, muestra la frecuencia de los eventos asociados a estas categorías, los casos con mayor proporción de eventos adversos fueron las infecciones nosocomiales con un 37,9%, seguidos de los sucesos relacionados con los procedimientos que alcanzaron un 26,6%. Los eventos que se asociaron con el cuidado ocuparon el tercer lugar con un 13,1% mientras que los relacionados con medicamentos alcanzaron el 9,2%, finalmente los relacionados con el diagnóstico ocuparon el último lugar con un 6,2%. En Colombia, la seguridad del paciente se define 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 (11, 12).

Bajo el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la atención en salud el país a través de sus componentes busca e impulsa una Política de Seguridad del paciente cuyo objetivo es prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y de ser posible eliminar la ocurrencia de eventos adversos para contar con instituciones seguras y competitivas internacionalmente. Adicional a esto, Resolución 2003 de 2014, se dicta el diseño de procesos y procedimientos enfocados hacia la promoción de una atención en salud segura, la identificación de los riesgos en la atención en salud brindada a los pacientes en los diferentes servicios, su priorización e intervención, la definición de procesos asistenciales seguros, la educación a los pacientes y sus familias en el conocimiento y abordaje de los factores que pueden incidir en mejorar la seguridad de los procesos de atención de que son sujetos, (13, 14).

En este sentido es de vital importancia la aplicación del protocolo de Londres en la política de seguridad del paciente en la institución de salud ESE NORTE 2, con el fin de impactar en el mejoramiento de la calidad de la atención en salud como herramienta sistemática, para una mejora continúa definida en el sistema obligatorio de garantía de calidad, aumentando su calidad de servicio convirtiéndola en una entidad competitiva. Encaminada hacia el éxito teniendo como función principal pensar en la seguridad del paciente, todo esto mediante la disminución del número de eventos adversos en la atención a los pacientes que no solo permitirá aumentar la calidad en la prestación, sino también disminuir los costos de atención en los mismos por aumento en la permanencia en las instalaciones de los enfermos referente al uso de medicamentos y de las instalaciones, como camas y consultorio, personal médico y enfermeras.

Esto a su vez produce una disminución en el riesgo de una posibilidad de demandas por causa de mala atención, negligencia u omisión en la prestación del servicio, de igual forma se logra mediante dicha reducción aumentar la cantidad de cupos disponibles (citas médicas, procedimientos o camas) para atención de los pacientes, tener personal disponible para atención de estos y una percepción de seguridad dentro de las instalaciones no solo para los clientes sino también para todo el personal que labora al interior de la misma. Por lo tanto, el presente proyecto tiene como propósito, medir la adherencia de política de humanización del paciente en base al protocolo de Londres en aras de proponer un plan de mejoramiento en beneficio de la ESE NORTE 2.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Identificar la adherencia del personal de salud de la institución de salud de la ESE NORTE 2, CALOTO, CAUCA, durante el primer trimestre del 2019, en la aplicación del protocolo de Londres, referente a la política de seguridad del paciente, para proponer un plan de mejoramiento de acuerdo con los resultados obtenidos.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ❖ Caracterizar socio demográficamente la población objeto de estudio.
- ❖ Establecer la adherencia del personal que labora en la entidad involucrada con el protocolo mencionado.
- ❖ Diseñar un plan de mejoramiento de acuerdo con los hallazgos obtenidos.

4. MARCO DE REFERENCIA

4.1 MARCO DE ANTECEDENTES

Cada año en Estados Unidos, los eventos adversos pueden ocasionar la muerte de hasta 98.000 pacientes, cifra superior a la de las muertes por accidentes de tráfico, cáncer de mama o sida. En Canadá y Nueva Zelanda, cerca de 10% de los pacientes Hospitalizados sufren consecuencias negativas debidas a errores médicos mientras que, en Australia, esta cifra es de aproximadamente 16,6% (9). Además, Villareal encontró que en los países tercermundista existen pruebas de que la probabilidad en la aparición de eventos adversos son ocasionados por el mal estado de la infraestructura, de los equipos, la calidad de los medicamentos y la irregularidad en el suministro, la deficiencia en la eliminación de desechos y en el control de las infecciones, la deficiente actuación del personal por falta de motivación o conocimientos insuficientes y por la falta grave de recursos para cubrir los costos de funcionamiento esencial (15).

En el año 2011 Blandón, Gómez, Muñoz y Zafra (16), realizaron un proceso de auditoría en seguridad del paciente en el hospital Francisco Luís Jiménez Martínez de Carepa (Antioquia), el cual fue un estudio analítico y retrospectivo del programa de seguridad del paciente analizando la cultura del reporte hasta el comportamiento y la frecuencia con que se presentaron los eventos adversos en la institución mediante la evaluación de los reportes realizados se pudo evidenciar falencias en el cumplimiento de los procesos relacionados con la prevención de los eventos y donde se propusieron actividades de mejora con el fin de minimizar y prevenir la recurrencia de los eventos resaltando la sensibilización de todo el personal priorizando los que laboran en el servicio de urgencias sobre eventos adversos además de elaborar planes de mejoramiento en cuanto al control de condiciones peligrosas en el ambiente físico.

Los resultados obtenidos de la investigación en la ESE NORTE 2 CALOTO CAUCA, serán tenidos en cuenta en la aplicación del protocolo de Londres en la política de seguridad del paciente en la institución de salud la ESE Norte 2 CALOTO CAUCA, en relación con los eventos adversos ya que éstos se relacionan estrechamente con la atención en salud ya que como se pudo observar en la investigación a pesar de que la ESE hospital Francisco Luis tiene implementado manual de seguridad del paciente no existe la cultura de reporte en todo el personal involucrado en la atención del usuario.

En el 2012 Carreño, Castro y Ochoa (17), realizaron una investigación sobre un plan de mejoramiento continuo para una IPS, donde se pudo establecer que la auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud es un mecanismo de evaluación de cumplimiento de los estándares de calidad contemplados en el

sistema único de habilitación, en la caracterización de este informe se hace evaluación y seguimiento a estándares ya antes establecidos dentro de la institución entre ellos medición inicial del desempeño, identificación de oportunidades de mejora, seguimiento a las acciones de mejoramiento, aprendizaje organizacional entre otros, colombiana de salud es una entidad prestadora de servicios de salud integrales la cual vela por la seguridad y satisfacción del usuario.

Una investigación realizada por Toffoletto y Ramírez (18), muestra la prevalencia de eventos adversos en el personal de enfermería, basados en una investigación descriptiva, transversal en un hospital de primer nivel, realizado al personal de enfermería de todo el hospital, se le realizó un cuestionario (Hospital survey on patient safety culture), este consta de 3 rubros los cuales son: clima laboral, cultura de seguridad en el servicio y cultura de seguridad en toda la clínica, este formulario consta de preguntas en sentido positivo y otras negativas, en el estudio los principales errores fue la falta de comunicación y técnicas de mala aplicación de medicamentos en el personal de enfermería lo cual afecta a los pacientes en un 29.9% produciendo un evento adverso.

En el 2014, se realizó una investigación sobre la percepción del personal de enfermería hacia la cultura de seguridad en un hospital pediátrico en México. La seguridad del paciente, con un enfoque cuantitativo con un diseño descriptivo y transversal, en el que la información es recolectada sin cambiar el entorno, se realizó el estudio con una población de 691 enfermeras que laboran en diferentes servicios de la institución, con una antigüedad del personal mayor a 6 meses el tamaño de la muestra se calculó de 95% de confianza y un 5% de error dando un total de 247 enfermeras, la edad media de los encuestados fue de 49 años, el 91% fueron mujeres y el 70% son enfermeras generales. El personal de enfermería considera que las fortalezas con que se cuenta en el hospital son pocas y que faltan muchas cosas para garantizar la seguridad del paciente (19).

En el 2015 Sánchez Luz realizó una investigación en el programa de auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad, colmena seguros, enfoques y autoevaluación según ministerio de salud. (MCC) comprende el conjunto de principios que deben llevar las organizaciones a pensar más allá de la evaluación de la calidad o de establecer guías y protocolos de seguimiento que sirvan para la inspección de procesos, se debe tener la identificación permanente de procesos para implementar medidas de mejoramiento con el propósito de superar expectativas del usuario y de la institución (20).

En el año 2015, Poma (21) desarrolló una investigación con fines de contribuir en el mejoramiento de la calidad y seguridad en la atención a pacientes del servicio de Medicina interna del hospital Eugenio espejo en la ciudad de Quito, para lo cual se realizó un paralelo entre la realidad evidenciada en el servicio y los estándares de calidad nacional e internacional de estructura de procesos y resultados realizando

un estudio observacional descriptivo transversal, durante los meses de enero a junio, valiéndose de instrumentos metodológicos como la observación directa, la evaluación, historias clínicas y entrevistas no estructuradas con usuarios internos y externos, después de realizar los comparativos esta investigación pudo establecer que la institución no cumplía con los criterios específicos en los referentes a estructura y resultados comparado con estándares internacionales lo que Revelo no solo las falencias de la institución sino la responsabilidad de los colaboradores de la institución.

Otra investigación realizada en el año 2015 (22) por Ferreira Augusto, Fort y Chiminelli titulado *The Adverse events in health and nursing care: patient safety from the standpoint of the professional's experience*. realizado en Uruguay, con un enfoque cualitativo, con una población de 10 enfermeras que tuvieron al menos una experiencia de responsabilidad ante un evento adverso y cuatro supervisores de enfermería con responsabilidad de supervisión al ocurrir el evento, donde se identificaron aspectos relevantes respecto a la necesidad de fortalecer el sistema de recursos humanos y su selección, surgiendo la dotación de personal, la carga de trabajo, el trabajo en equipo y la formación permanente como aspectos significativos para las enfermeras.

En el 2017 Achury *et.al.* (23) , Realizó una investigación la cual tuvo por objetivo del presente artículo es identificar los eventos adversos reportados por enfermería en algunas unidades de cuidados intensivos, se realizó un estudio descriptivo, prospectivo, la población de este estudio fueron los pacientes críticos adultos y pediátricos de cuidados intensivos que presentaron eventos adversos notificados por el personal de enfermería; el tamaño de la muestra correspondió a 525 pacientes durante seis meses, participaron 3 instituciones de salud en la ciudad de Bogotá. Los eventos adversos realizados en su mayoría en este estudio están relacionados con el cuidado al paciente y el de la vida aérea al ser prevenibles indican que estos eventos se producen por que el personal de salud no cumple con los estándares de cuidado al paciente.

Además se encontró en una investigación realizada en cuatro Empresas Sociales del Estado de segundo nivel del Departamento de Córdoba (24), que todas las instituciones cuentan con la política formalmente documentada y disponen del comité de seguridad del paciente, tienen definidas las funciones y los responsables, a quienes se han comunicado las responsabilidades asignadas de acuerdo con su perfil tres instituciones disponen del referente de seguridad, realizan reuniones periódicas del comité y hacen reporte de eventos adversos a través del aplicativo sugerido por la OPS y adoptado por el Ministerio de Salud- sólo dos instituciones cumplen con los lineamientos exigidos por la normatividad, han realizado capacitaciones y entrenamiento al personal.

En un estudio realizado en Barcelona, España por Mir, Falcó, De la Puente, titulado *Actitudes frente a la cultura de seguridad del paciente en el ámbito hospitalario y*

variables correlacionadas, donde se describió las actitudes frente a la cultura de la seguridad en trabajadores de un hospital y la influencia de variables sociodemográficas y profesionales. La muestra fueron profesionales y auxiliares de enfermería, se administró el cuestionario Hospital Surgery on Patient Safety Culture. Se consideró como fortaleza más del 75% de respuestas positivas y como oportunidad de mejora más del 50% de respuestas negativas, siendo en factor preponderante dentro de los resultados hallados, donde se generaron oportunidades de mejora para los resultados encontrados como la generación de un ciclo de capacitación. (25).

En general después de la revisión de antecedentes, convertir la cultura organizacional para el mejoramiento de los procesos es uno de los objetivos principales ya que al adoptarlo como una cultura estará inmerso en el diario de la institución conllevando hacia el mejoramiento continuo, alcanzando la calidad esperada. Todos los profesionales deben ser idóneos y éticos a la hora del desarrollo y sus procesos evitando errores y negligencia conduciendo esto a la calidad esperada frente a la calidad observada, por lo tanto de acuerdo a la revisión bibliográfica realizada se puede establecer que el marco de la seguridad del paciente debe ser uno de los objetivos principales de toda institución prestadora de servicios de salud ya que como su nombre lo indica interfiere directamente con la salud de los usuarios y es pertinente preservar la salud en la medida que sea posible bajo los más altos niveles de calidad frente a lo cual la temprana detección de procesos a mejorar, disminuir a la existencia de persistencia de los riesgos en las actividades realizadas a los pacientes concientizando así y educando a todos los pertenecientes del equipo de trabajo dentro de los diferentes roles que desarrollan.

4.2 MARCO INSTITUCIONAL

Figura 1. Fachada, institución ESE NORTE 2 CALOTO CAUCA



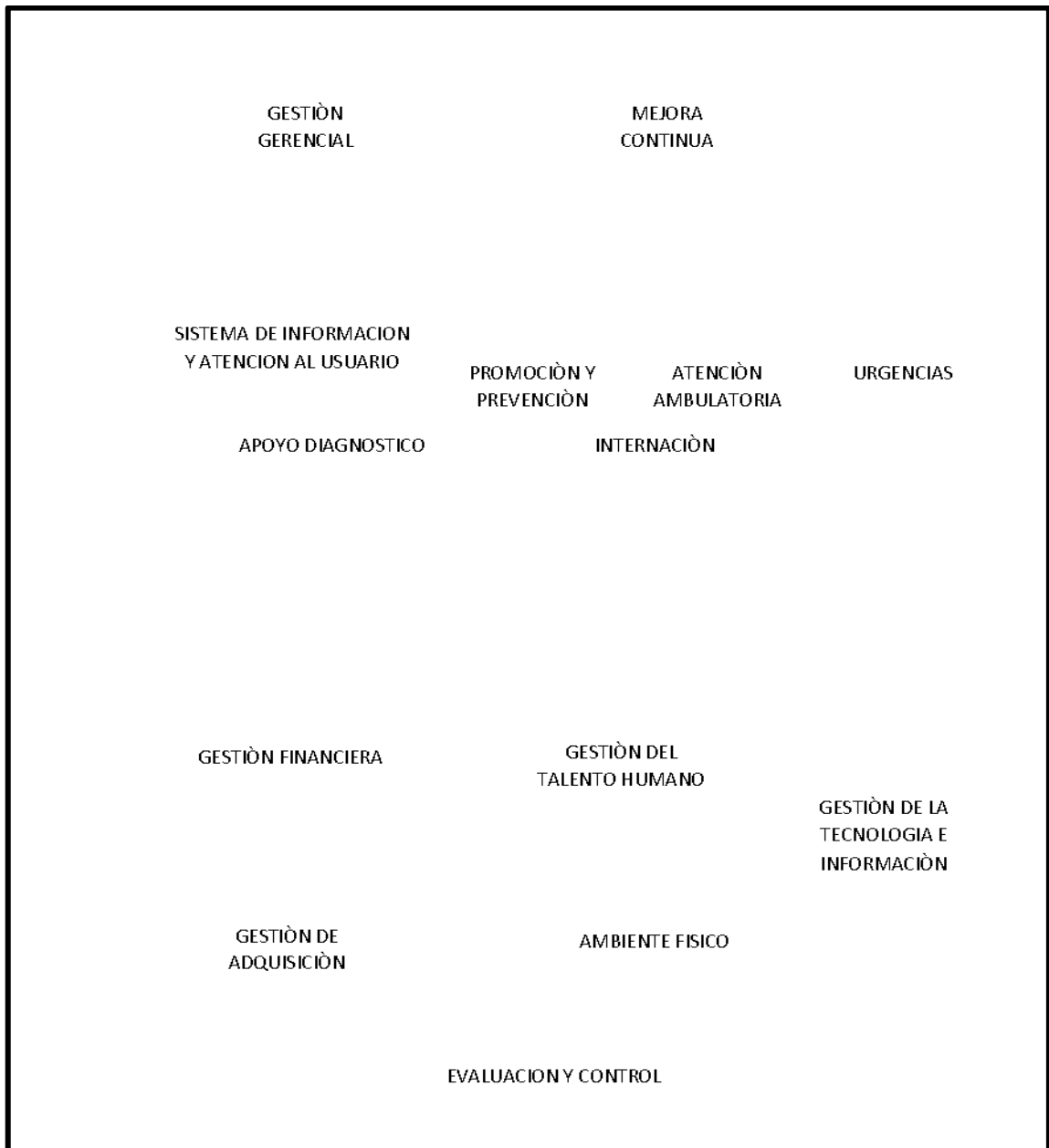
Fuente: ESE NORTE 2, 2017

Reseña histórica institución de salud de la ESE NORTE 2 CALOTO. El Departamento del CAUCA con el apoyo del Ministerio de la Protección Social, a través del programa reorganización, rediseño y modernización de redes de prestación de servicios de salud inició el proceso de conformación de Empresas Sociales del Estado de baja complejidad de carácter departamental. Es así el 9 de abril de 2007 mediante decreto 0271 nace la Empresa Social del Estado NORTE 2 ESE, la cual está conformada por los puntos de atención de CALOTO, CORINTO y MIRANDA, lastimosamente el documento se encuentra descontextualizado del escenario en el cual se debe desempeñar nuestra ESE por cambios que al momento de realizado el estudio no se habían efectuado, pero que en la actualidad es necesario tener en cuenta, cambios como la creación del municipio de Guachene, la notaría diferencia que contempla 24.523 habitantes (26).

Prestar servicios de salud a 17.568 habitantes de CALOTO, 31090 habitantes de CORINTO, 18.286 de MIRANDA y 19.732, del municipio de GUACHENE para un total de 86.572 en el conjunto del área de influencia de la ESE (Población 2005 según DANE) y donde se tiene los siguientes objetivos:

- ❖ Mejorar la satisfacción de los usuarios.
- ❖ Minimizar la cobertura y efectividad de los programas de promoción y prevención.
- ❖ Lograr la sostenibilidad financiera.
- ❖ Garantizar la eficacia y el mejoramiento continuo de los procesos.

Figura 2. Procesos ese norte 2



Fuente: ESE NORTE 2, 2017

Visión. Somos una empresa social del estado prestadora de servicios de salud de baja complejidad, humanizada y segura, aportamos al mejoramiento de la calidad de vida de la población mediante el modelo integral de atención en salud con un enfoque de prevención del riesgo y manejo eficiente de los recursos, asegurando auto sostenibilidad, impacto social y ambiental (27).

Misión. En el 2019, seremos reconocidos en el departamento del Cauca humanizado y seguro, cumpliremos altos estándares de calidad y eficiencia administrativa, siendo preferidos por los usuarios, familias y otros grupos de interés (27).

Principios institucionales.

- ❖ **ATENCIÓN HUMANIZADA:** La atención integral es parte de nuestra cultura organizacional y la constante en el desarrollo de los programas y servicios de la institución.
- ❖ **CULTURA DE LA CALIDAD:** La institución desarrolla sus procesos a partir del mejoramiento continuo, comprometida con el cumplimiento de altos estándares de calidad.
- ❖ **DIVERSIDAD:** Respetamos la diversidad étnica, cultural y demás entre personas.
- ❖ **RESPONSABILIDAD CON EL MEDIO AMBIENTE:** valoramos el medio ambiente, a través de la conservación de este, con estrategias sostenibles.

Valores institucionales. Formas de ser y actuar de las personas, altamente deseables, vistas como cualidades. Posibilitan la construcción de una convivencia gratificante en el marco de la dignidad humana (27).

- ❖ Respeto
- ❖ Liderazgo
- ❖ Solidaridad
- ❖ Justicia y equidad
- ❖ Transparencia
- ❖ Trabajo en equipo
- ❖ Responsabilidad Social

Políticas de calidad. La ESE NORTE 2 por medio del mejoramiento continuo, se compromete a garantizar la satisfacción de clientes y usuarios, brindándoles servicios de salud de baja complejidad, seguros, oportunos y accesibles, apoyados en el talento humano; generando el reconocimiento de la entidad; cumpliendo con:

Política de calidad enfoque seguridad del paciente: Brindar atención centrado en el usuario, impactando en una cultura de seguridad y humanización del paciente, para ello la entidad trabajará en la Integración con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, donde se debe tratar el problema de seguridad del paciente con un propósito sistémico y multicausalidad; para impactar el tema dentro de las políticas planteadas por la entidad se requiere implementar metodologías y herramientas prácticas, soportadas en la evidencia científica

disponible, realizando Alianzas con el paciente, su familia y el profesional de la salud (27).

Enfoque sistema integrado de gestión de calidad: Prestar servicios de salud con calidad, oportunidad, pertinencia, innovación y estándares de acreditación, buscando la efectividad en los procesos. Desarrollar el Modelo de Operación por Procesos, considerando cada proceso del mapa de procesos, aplicando el enfoque por procesos (27).

Enfoque ambiental: Aplicar las buenas prácticas ambientales, previniendo la contaminación y protegiendo los recursos naturales, siendo amigables con ellos, proyectándonos hacia el manejo de hospitales verdes (27).

Enfoque capital humano: Brindar bienestar al Talento Humano, implementando ambientes armónicos de trabajo que contribuyan a la seguridad y salud ocupacional de todos los grupos de interés. Promover el desarrollo técnico y profesional de todos los colaboradores, con inducciones adecuadas y reentrenamientos constantes; aplicando los principios, valores y compromisos de la entidad, motivando la sensibilización, con el propósito de humanizar el servicio (27).

4.3 MARCO TEÓRICO

4.3.1 Seguridad del paciente. Un pilar fundamental dentro del protocolo de seguridad del paciente es la Seguridad de este, la cual es definida como el conjunto de estructuras o procesos organizacionales que reducen la probabilidad de eventos adversos resultantes de la exposición al sistema de atención médica a lo largo de procedimientos o enfermedades (28). De esta forma, la seguridad del paciente forma parte de todo un conjunto de requerimientos legales, los cuales deben ser acatados a cabalidad por los profesionales en salud, lo cuales garantizan que el paciente esté prevenido ante algún riesgo presente en los servicios médicos.

Más que un concepto, es un movimiento que surge en el ámbito mundial como un replanteamiento de la efectividad de los sistemas de salud en los diferentes países. Los sistemas de salud y en especial los profesionales que lo integran, sin lugar a duda tiene como objetivo el bienestar de los pacientes, sin embargo, a pesar de sus buenas intenciones también pueden causar daño (29). La efectividad de los sistemas de salud entonces depende no solamente del impacto causado por el mejoramiento de la salud de los usuarios sino también de las condiciones de seguridad en que se preste la atención, esa es la razón de ser de la política de seguridad del paciente: Prestar una atención segura y efectiva.

De acuerdo con lo expuesto se deduce que la Seguridad del Paciente depende de varios factores como la estructura con la que se brinda la atención (recursos materiales, humanos e infraestructura); los Procesos organizacionales (modo en que está diseñado cada proceso de atención medica), el considerar la Seguridad

del Paciente como una Cultura dentro de la organización (29). A las consecuencias directas en la asistencia se suman las repercusiones económicas: hospitalizaciones adicionales, demandas judiciales, infecciones intrahospitalarias, y el dolor de la afectación de los pacientes y sus familias, junto con la pérdida de ingresos, discapacidades y gastos médicos representan en algunos países un costo anual entre 6.000 millones y 29.000 millones de dólares estadounidenses (30).

Esta información ha conducido a la comunidad científica a la reflexión acerca de la absoluta necesidad de adoptar medidas eficaces, y contrastadas que permitan reducir el creciente número de efectos adversos derivados de la atención sanitaria y su repercusión en la vida de los pacientes (31).

1. Enfoque de atención centrado en el usuario. Significa que lo importante son los resultados obtenidos en él y su seguridad, lo cual es el eje alrededor del cual giran todas las acciones de seguridad del paciente.
2. Cultura de Seguridad. El ambiente de despliegue de las acciones de seguridad del paciente debe darse en un entorno de confidencialidad y de confianza entre pacientes, profesionales, aseguradores y la comunidad. Es deber de los diferentes actores del sistema facilitar las condiciones que permitan dicho ambiente
3. Integración con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. La política de seguridad del paciente es parte integral del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, y es transversal a todos sus componentes.
4. Multicausalidad. El problema de la seguridad del paciente es un problema sistémico y multicausal en el cual deben involucrarse las diferentes áreas organizacionales y los diferentes actores.
5. Validez. Para impactarlo se requiere implementar metodologías y herramientas prácticas, soportadas en la evidencia científica disponible.
6. Alianza con el paciente y su familia. La política de seguridad debe contar con los pacientes y sus familias e involucrarlos en sus acciones de mejora.
7. Alianza con el profesional de la salud. La política de seguridad parte del reconocimiento del carácter ético de la atención brindada por el profesional de la salud y de la complejidad de estos procesos por lo cual contará con la activa participación de ellos y procurará defenderlo de señalamientos injustificados (29).

4.3.2 Protocolo de Londres en la política de la seguridad del paciente. De acuerdo con el Ministerio de acción social (32) se toman los lineamientos del protocolo de Londres. Los principios orientadores de la política: alcanzar el propósito de establecer una atención segura, va más allá del establecimiento de normas; estas son solamente el marco de referencia. Es necesario el compromiso y la cooperación de los diferentes actores para sensibilizar, promover, concertar, y coordinar acciones que realmente alcancen logros efectivos. Los problemas de seguridad del paciente son inherentes a la atención en salud. Para el efecto resulta relevante establecer unos principios transversales que orienten todas las acciones a implementar. (33) Estos principios son:

1. Enfoque de atención centrado en el usuario. Significa que lo importante son los resultados obtenidos en él y su seguridad, lo cual es el eje alrededor del cual giran todas las acciones de seguridad del paciente.
2. Cultura de Seguridad. El ambiente de despliegue de las acciones de seguridad del paciente debe darse en un entorno de confidencialidad y de confianza entre pacientes, profesionales, aseguradores y la comunidad. Es deber de los diferentes actores del sistema facilitar las condiciones que permitan dicho ambiente.
3. Integración con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. La política de seguridad del paciente es parte integral del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, y es transversal a todos sus componentes.
4. Multicausalidad. El problema de la seguridad del paciente es un problema sistémico y multicausal en el cual deben involucrarse las diferentes áreas organizacionales y los diferentes actores (34).

Objetivos de la política de la seguridad del paciente.

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 (35, 36).

Bajo el modelo conceptual y definiciones básicas de la política de seguridad del paciente la siguiente figura muestra de manera pictórica el modelo conceptual en el cual se basa la terminología utilizada en este documento, y a continuación se incluyen las definiciones relacionadas con los diferentes ítems planteados y utilizados en la política de seguridad del paciente del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la atención en salud. Integra la terminología internacional con las especificidades de los requerimientos terminológicos identificados en el país (37).

Figura 3. Modelo organizacional de causalidad de errores y eventos adversos.



Fuente: protocolo de Londres

Teniendo en cuenta lo anterior, se definen conceptos claves teniendo en cuenta el modelo organizacional de causalidad de errores y eventos adversos:

- ❖ Seguridad del paciente: es 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.
- ❖ 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 (38), (39).

Abordaje propuesto mejora el proceso investigativo porque:

- Aunque muchas veces es fácil identificar acciones u omisiones como causa inmediata de un incidente, un análisis más cuidadoso usualmente descubre una serie de eventos concatenados que condujeron al resultado adverso. La identificación de una desviación obvia con respecto a una buena práctica es apenas el primer paso de una investigación profunda.
- Enfoque estructurado y sistemático significa que el campo y alcance de una investigación es planeado y hasta cierto punto predecible.
- Cuando el proceso investigativo se aborda de manera sistemática el personal entrevistado se siente menos amenazado (38).

Los métodos utilizados fueron diseñados pensando en promover un ambiente de apertura que contrastan con los tradicionales basados en señalamientos personales y asignación de culpa. Este protocolo cubre el proceso de investigación, análisis y recomendaciones. No sobra insistir en que la metodología propuesta tiene que desligarse, hasta donde sea posible, de procedimientos disciplinarios y de aquellos diseñados para enfrentar el mal desempeño individual permanente. En salud, con mucha frecuencia cuando algo sale mal los jefes tienden a sobre dimensionar la contribución de uno o dos individuos y a asignarles la culpa de lo ocurrido (31).

Esto no quiere decir que la inculpación no pueda existir, lo que significa es que esta no debe ser el punto de partida, entre otras cosas porque la asignación inmediata de culpa distorsiona y dificulta una posterior investigación seria y reflexiva. Reducir efectivamente los riesgos implica tener en cuenta todos los factores, cambiar el ambiente y lidiar con las fallas por acción u omisión de las personas. Esto jamás es posible en una organización cuya cultura antepone las consideraciones disciplinarias. Para que la investigación de incidentes sea fructífera es necesario que se realice en un ambiente abierto y justo (31).

4.3.3 Modelo organizacional de causalidad de incidentes clínicos. La teoría que soporta este protocolo y sus aplicaciones se basa en investigaciones realizadas fuera del campo de la salud. En aviación y en las industrias del petróleo y nuclear, la investigación de accidentes es una rutina establecida. Los especialistas en seguridad han desarrollado una gran variedad de métodos de análisis, algunos de los cuales han sido adaptados para uso en contextos clínico – asistenciales (40).

4.3.4 Investigación y análisis de incidentes (errores o eventos adversos). El proceso básico de investigación y análisis está bastante estandarizado. Fue diseñado pensando en que sea útil y pueda usarse tanto en incidentes menores, como en eventos adversos graves. No cambia si lo ejecuta una persona o un equipo grande de expertos. De igual manera, el investigador (persona o equipo) puede decidir qué tan rápido lo recorre, desde una sesión corta hasta una investigación completa que puede tomar varias semanas, que incluya examen profundo de la cronología de los hechos, de las acciones inseguras y de los factores contributivos. La decisión acerca de lo extenso y profundo de la investigación depende de la gravedad del incidente, de los recursos disponibles y del potencial aprendizaje institucional (41).

❖ Identificación y decisión de investigar. Es obvio que el proceso de investigación y análisis de un incidente supone un paso previo: haberlo identificado. Detrás de la identificación está el inmenso campo del reporte de los errores y eventos adversos, el cual, como se ha discutido en otros documentos, solo ocurre en instituciones que promueven activamente una cultura en la que se puede hablar libremente de las fallas, sin miedo al castigo, en donde no se sanciona el error, pero

si el ocultamiento. Una vez identificado el incidente la institución debe decidir si inicia o no el proceso. En términos generales, esta determinación se toma teniendo en cuenta la gravedad del incidente y el potencial aprendizaje organizacional. Independientemente de los criterios que se utilicen, toda organización debe hacer explícito los motivos y las circunstancias por las que se inicia una investigación (42).

❖ Selección del equipo investigador. Hay que reconocer que un proceso complejo como este requiere, además de conocimiento y experiencia en investigación de incidentes, conocimiento y experiencia clínica específica. Idealmente un equipo investigador debe estar integrado por 3 a 4 personas lideradas por un investigador. Las personas con competencias múltiples son muy útiles en estos equipos, siempre y cuando cuenten con el tiempo necesario. Un equipo debe contar con (43):

- Experto en investigación y análisis de incidentes clínicos. o Punto de vista externo (miembro de Junta Directiva sin conocimiento médico específico).
- Autoridad administrativa sénior (Director Médico, Jefe de Enfermería, etc.). o 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. Es posible que para investigar un incidente menor una persona con competencias múltiples (investigador, autoridad administrativa y clínica) sea suficiente (43).

❖ Obtención y organización de información. Todos los hechos, conocimiento y elementos físicos involucrados deben recolectarse tan pronto como sea posible. Estos incluyen como mínimo: o historia clínica completa, o protocolos y procedimientos relacionados con el incidente, o declaraciones y observaciones inmediatas, o Entrevistas con los involucrados, o evidencia física (planos del piso, listas de turnos, hojas de vida de los equipos involucrados). Otros aspectos relevantes tales como índice de rotación del personal y disponibilidad de personal bien adiestrado (44).

4.3.5 Modelo Reason de causalidad (modelo de queso suizo). Dentro de los modelos de solución e identificación de problemas, el modelo Reason funciona para identificar qué aspectos o decisiones de la organización pueden haber sido un factor condicionante en un accidente y cómo la organización puede aprender de un accidente, perfeccionando sus defensas en un ciclo de mejora continua (45, 46). También llamado modelo de queso suizo, el cual fue planteado con el fin de analizar las posibles causas que desarrollan riesgos potenciales. El modelo compara las causas de riesgo con capas de queso suizo, en donde para que se genere una acción se requieren de varias fallas para llegar a este, ya que, si hay alguna barrera, indudablemente esa causa potencial no permitirá que se convierta en daño. Habla

de cuatro factores que contribuyen con el alcance del daño: formación insuficiente, comunicación deficiente, falta de supervisión, aparato inadecuado (47).

En el tema de la seguridad, las causas identificadas se han agrupado de diferentes maneras (causas organizacionales, de equipos, de insumos, de personas, etc.), y específicamente en el tema de la seguridad del paciente. En el Reino Unido, se desarrolló un modelo organizacional de causalidad de errores y eventos adversos (Organizational Accident Causation Model), en el contexto del denominado Protocolo de Londres. O “Systems Analysis of Clinical Incidents – The London Protocol” (48,49). Dentro de las posibles soluciones la espina de pescado formulado por Ishikawa quien era químico industrial y administrador de empresas como respuesta a la necesidad de implementar la calidad en los procesos empresariales. Por medio de su propuesta es fácil observar la relación entre la causa y efecto. Menciona seis componentes que llevan a la problemática los cuales son: mano de obra, material, método, maquina, medidora y medio ambiente (50).

4.4 MARCO CONCEPTUAL

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.

Protocolo de Londres: es una versión revisada y actualizada de un documento previo conocido como “Protocolo para Investigación y Análisis de Incidentes Clínicos”. Constituye una guía práctica para administradores de riesgo y otros profesionales interesados en el tema.

Política de seguridad del paciente: se define 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. Implica la evaluación permanente de los riesgos asociados a la atención en salud para diseñar e implantar las barreras de seguridad necesarias.

Plan de mejoramiento: es el resultado de un conjunto de procedimientos, acciones y metas diseñadas y orientadas de manera planeada, organizada y sistemática desde las instituciones.

Seguridad del paciente: es 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.

Palabras clave. Según la base de datos MeSH y DeCS, se seleccionaron las palabras, Evento adverso, Evento adverso prevenible, Evento adverso no prevenible, Protocolo de Londres, Política de seguridad del paciente, Plan de mejoramiento, Seguridad del paciente.

4.5 MARCO NORMATIVO

Cuadro 1. Normograma

NOMBRE DE LA NORMA	AÑO	OBJETIVO DE LA NORMA
1. Ley 100 se crea el SGSSS	1993	Por la cual se establece el Sistema General Seguridad Social en Salud
2. Ley 87 (MECI)	1993	Por la cual se regulan todas las actividades, operaciones y actuaciones, así como la administración y los recursos, se realicen de acuerdo con las normas constitucionales y legales vigentes dentro de las políticas trazadas por la dirección y en atención a las metas y objetivos previstos.
3. Resolución 4445 Condiciones sanitarias que deben cumplir las IPS	1996	Por la cual se dictan normas de cumplimiento de la ley 09 de 1979, referente en condiciones sanitarias que se deben cumplir por los establecimientos hospitalarios y similares.
4. Declaración del Alma- Ata	1998	Con la cual se busca proteger y promover la salud para todas las personas del mundo que se generó por la preocupación de todos los gobiernos.
5. Resolución 3384	2000	Se incluye las normas técnicas, y las guías de atención que no contienen la resolución 412 para contar con una red que garantice la accesibilidad a la población afiliada.
6. Ley 911	2004	Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones.
7. Decreto 1043 Manual Único de procedimientos de habilitación	2006	Establece las condiciones que deben cumplir los prestadores de servicio de salud para habilitar servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad.
8. Decreto 1011 SOGCS	2006	Por la cual se busca mejorar los resultados en atención en salud, centrado en el usuario.

9. Resolución 1474 Manuales estándares del Sistema Único de Acreditación	2009	Adopta el manual de estándares de acreditación de instituciones prestadoras de servicios de salud, para la acreditación.
10. Resolución 0112 Lineamientos para la implementación de la seguridad del paciente.	2012	Prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad el paciente, reducir y de ser posible eliminar la ocurrencia de eventos adversos para contar con instituciones seguras y competitivas internacionalmente.
11. Plan decenal de salud pública 2012-2021	2013	Reconocer y garantizar “la salud como derecho fundamental, dimensión central del desarrollo humano “e “instrumento indispensable para lograr la paz, la equidad social “con bienestar integral y calidad de vida a través de la acción transitoria y comunitaria.
12. Resolución 1441	2013	tiene como objeto establecer los procedimientos y condiciones de habilitación, así como adoptar el Manual de Habilitación que deben cumplir las Instituciones prestadoras de Salud, los Profesionales Independientes de Salud, los Servicios de Transporte Especial de Pacientes y las entidades con objeto social diferente a la prestación de servicios de salud, que por requerimientos propios de su actividad, brinden de manera exclusiva servicios de baja complejidad y consulta especializada, que no incluyan servicios de hospitalización ni quirúrgicos.
13. Resolución 2003 del Ministerio de Salud y la Protección Social número	2014	Se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud, estándar Procesos prioritarios – Todos los servicios.
14. Resolución 0518	2015	Por la cual se buscan desarrollar acciones de promoción de salud y gestión del riesgo colectivo e individual de alta externalidad que aporten al logro de metas del plan decenal de salud pública.
15. Ley 1751 (ley estatutaria en salud)	2015	Con la cual se reglamente el derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo. Comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz, y con calidad para la preservación, el mejoramiento, y la promoción de salud.
16. Resolución 0256 Indicadores de calidad	2016	Sistema de información para la calidad en salud. 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.
17. Decreto 780	2016	Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social.
18. Resolución 5095 Manual de acreditación en salud ambulatorio y hospitalario de Colombia	2018	Promover mejores prácticas para alcanzar niveles superiores de calidad en los servicios de salud.

5. METODOLOGÍA

5.1 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Investigación cuantitativa, observacional, descriptiva.

5.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

La población está conformada por 92 funcionarios del personal de salud de la institución ESE NORTE 2, CALOTO, CAUCA. Investigación censal en la cual población = muestra, dado que se tiene alcance a toda la población por parte de los investigadores.

5.3 MARCO MUESTRAL

Listado de unidades de análisis suministrado por la oficina de gestión humana de la institución ESE NORTE 2, CALOTO, CAUCA.

5.4 UNIDAD DE ANÁLISIS

Cada uno de los trabajadores de salud de la institución de la ESE NORTE 2, CALOTO, CAUCA que hicieron parte de la investigación.

5.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- ❖ Ser trabajador vinculado laboralmente mediante contrato laboral de la institución.
- ❖ Contar con el consentimiento institucional de la empresa.
- ❖ Contar con el consentimiento informado y entendido con cada una de las unidades de análisis.

5.6 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

No se contemplan criterios de exclusión.

5.7 VARIABLES

- ❖ Características sociodemográficas.
- ❖ Variables de conocimientos.
- ❖ Variables de mejoramiento.

La operacionalización de variables está disponible en el Anexo A.

5.8 PLAN DE ANÁLISIS

Recolección de información. La información se recolectó por los investigadores, en una encuesta (ver Anexo B) obtenida del trabajo de campo, se realizaron las modificaciones pertinentes y fue revisado por cuatro expertos y bajo lo establecido por el Ministerio de Salud y la Protección Social (38).

Tabulación de los datos. Los investigadores crearon un instrumento para obtener una base de datos en el programa Epiinfo 7.2 .

Análisis de resultados. Los datos fueron analizados, con estadística descriptiva, en el programa Epiinfo 7.2.

5.9 COMPONENTE BIOÉTICO

Los investigadores, de acuerdo con la resolución 008430 de 1993 y la 0314 de 2018 la cual regula las responsabilidades éticas en investigación en humanos e instituciones de salud. Y porque según la resolución 8430 de 1993, la investigación tiene un riesgo inferior al mínimo, conto con consentimiento institucional y consentimiento informado y entendido por parte de las unidades de análisis. (Ver Anexo C)

Los investigadores no tienen conflicto de intereses.

5.10 COMPROMISO MEDIO AMBIENTAL

Los investigadores, se comprometieron a respetar las normas nacionales e internacionales para el cuidado del medio ambiente. Se manejó la información en medios magnéticos y la recolección de datos en unidades de análisis se hizo utilizando papel reciclable.

5.11 RESPONSABILIDAD SOCIAL

Este trabajo bajo la Resolución ISO 26000 de responsabilidad social, la presente investigación beneficia al personal del área de la salud y a los usuarios de la ESE NORTE 2 CALOTO CAUCA y a la Institución aportando información importante a los trabajadores sobre el protocolo de Londres en la Política de Seguridad del paciente a través de aplicación de la encuesta de conocimiento, y posterior elaboración del plan de mejoramiento. (Ver anexo D)

5.12 DIFUSIÓN DE RESULTADOS

Los resultados de la investigación se socializarán en un evento establecido para tal fin, en la fundación universitaria del Área Andina, posterior a la difusión y revisión

en la institución, en la cual se realiza la investigación para la obtención del recibo en conformidad del informe final del proyecto. La investigación será publicada en una revista indexada de circulación nacional.

5.13 ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

Se llevará a cabo la aplicación del protocolo de Londres en la política de seguridad del paciente en la institución prestadora de salud ESE NORTE 2 CALOTO CAUCA de acuerdo con los parámetros legales establecidos.

Cronograma. Se encuentra disponible en el anexo E

Presupuesto. Se encuentra disponible en el anexo F

6. RESULTADOS

6.1 ANÁLISIS DE RESULTADOS

6.1.1 Variables sociodemográficas.

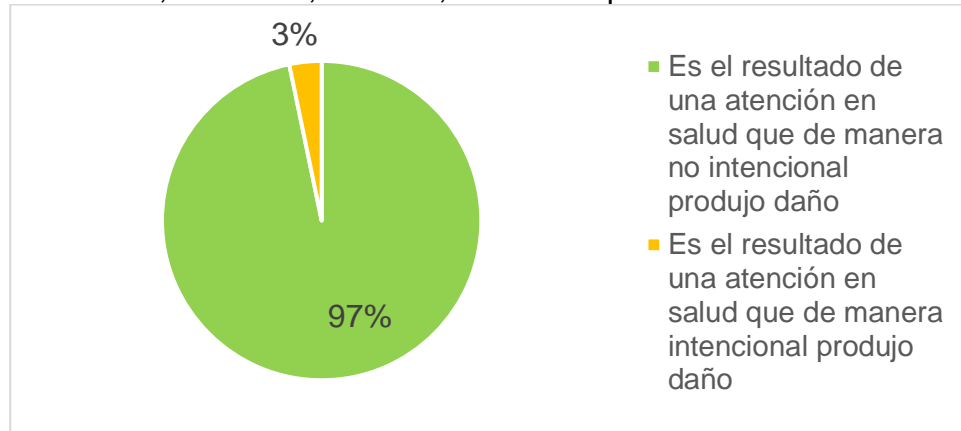
Cuadro 2. Frecuencia de variables demográficas del personal de salud de la ESE NORTE 2 CALOTO CAUCA en el primer semestre del 2019

Variable	Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Género	Femenino	61	66%
	Masculino	31	34%
Nivel educativo	Técnico	67	73%
	Profesional	14	15%
	De Apoyo	6	7%
	Otros	5	5%
Antigüedad	Menor De Un Año	29	32%
	Mayor De Un Año	63	68%
Cargo que desempeña	Médico	4	4%
	Enfermero	6	7%
	Odontólogo	3	3%
	Auxiliar Enfermería	64	70%
	Otro	15	16%

Luego de realizar la tabulación de la información recolectada, en el software anteriormente nombrado, se encontró que demográficamente el género femenino representa más de la mitad de la población, siendo en su mayoría personas con un nivel académico técnico, las cuales llevan más de un año de permanencia en la ESE, y de las cuales tres de cada cuatro son auxiliares de enfermería, lo que representa una población capacitada en labores técnicas ligadas al día a día en la ESE, contando con una experiencia de más de un año dentro de dicha institución en tres de cada cuatro funcionarios, por otro lado se observa que solo una de cada once de la población son enfermeras, las cuales están a cargo de la coordinación de estos auxiliares y son las garantes de la realización adecuada de todos los protocolos dentro de la institución.

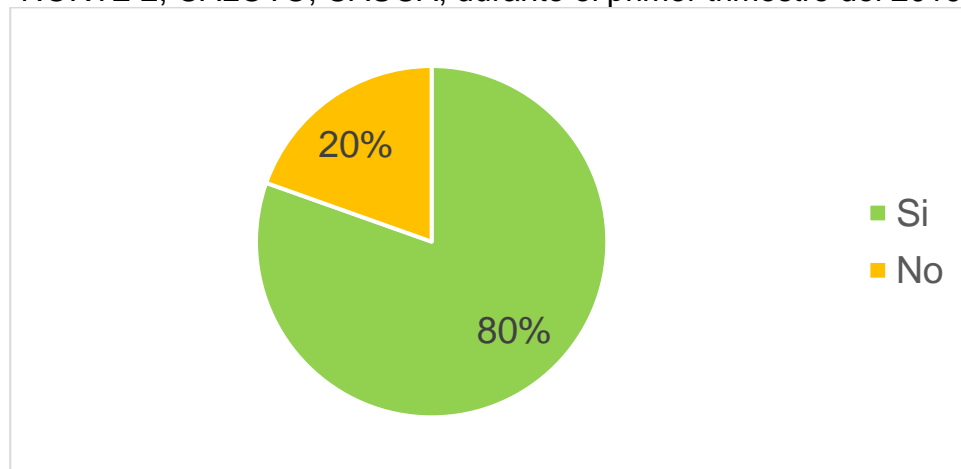
6.1.2 Adherencia del personal que labora en la ESE NORTE 2 CALOTO CAUCA con el protocolo de Londres.

Figura 4. Frecuencia de respuesta según definición de eventos adversos según el protocolo de Londres del personal de salud de la institución de salud de la ESE NORTE 2, CALOTO, CAUCA, durante el primer trimestre del 2019



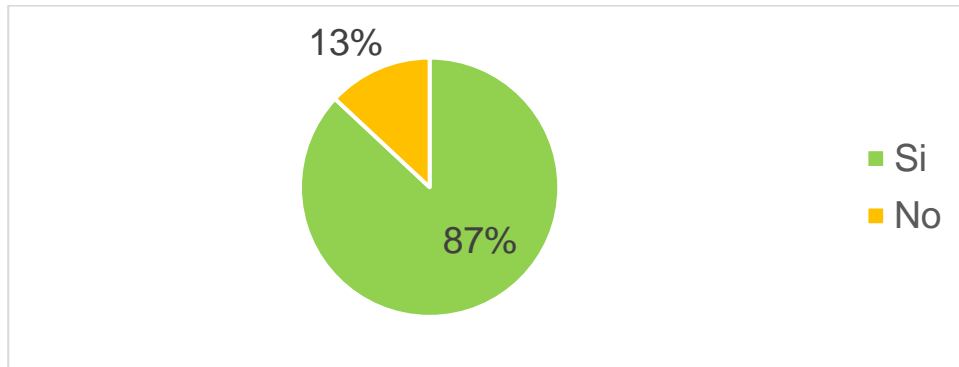
En la anterior figura, se logra justificar que la totalidad de la población encuestada, tiene claro el concepto acerca de la definición de eventos adversos bajo normativa vigente, lo cual demuestra que la ESE realiza un acompañamiento adecuado en cuanto a la adquisición de los conocimientos referente a las definiciones de la terminología usada dentro de sus instalaciones, que permite que todos sus colaboradores se encuentren en una misma sintonía, evitando problemas de comunicación en cuanto a terminología técnica se refiere y conocimiento de las leyes y resoluciones del ministerio de salud que definen bajo fallo presidencial la concepción de estas.

Figura 5. Conocimiento del modelo de protocolo de Londres para el reporte de eventos adversos del personal de salud de la institución de salud de la ESE NORTE 2, CALOTO, CAUCA, durante el primer trimestre del 2019



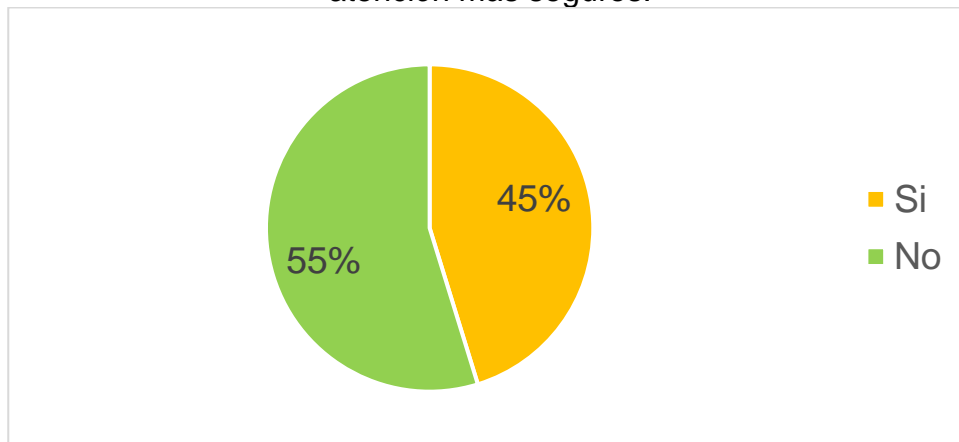
En cuanto al conocimiento que tienen los funcionarios acerca del protocolo de reporte de eventos adversos, una de cada cinco presenta desconocimiento del protocolo, lo que puede generar fallas en la práctica de este, ya sea por la falta de capacitación e inducción o reconocimiento y omisión lo que genera un riesgo latente tanto en términos de calidad del servicio prestado como en la atención que se le brinda al paciente colocando en riesgo su integridad.

Figura 6. Frecuencia en cuanto a las capacitaciones realizadas al personal por parte de la ESE NORTE 2 CALOTO, CAUCA en el primer semestre del 2019 en protocolos que garantizan la seguridad del paciente



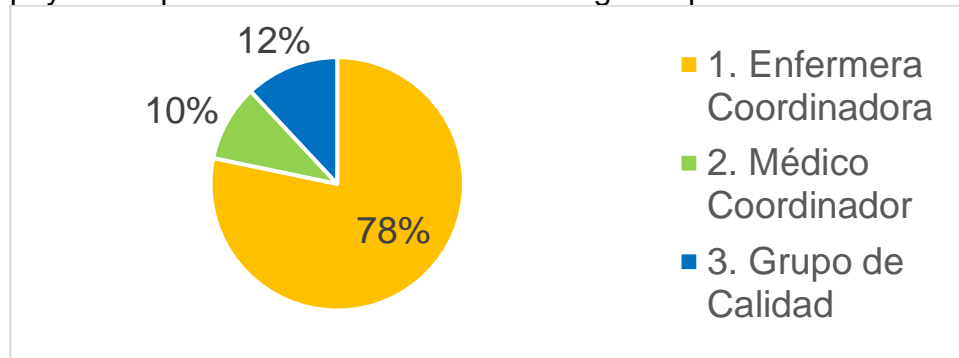
Seguida de la anterior pregunta, existe un grupo pequeño de personas que no han recibido la capacitación en el protocolo de seguridad del paciente, lo que se presenta como falla administrativa por parte de la institución y del área encargada de realizar las capacitaciones a los colaboradores, siendo un atenuante que refleja lo evidenciado en la figura 3, donde una de cada once restante a omitido las capacitaciones brindadas por la ESE, generando problemas que comprometan directamente a los pacientes y su seguridad.

Figura 7. La ESE NORTE 2 CALOTO CAUCA en el primer semestre del 2019 cuenta con el programa de seguridad del paciente para obtener procesos de atención más seguros.



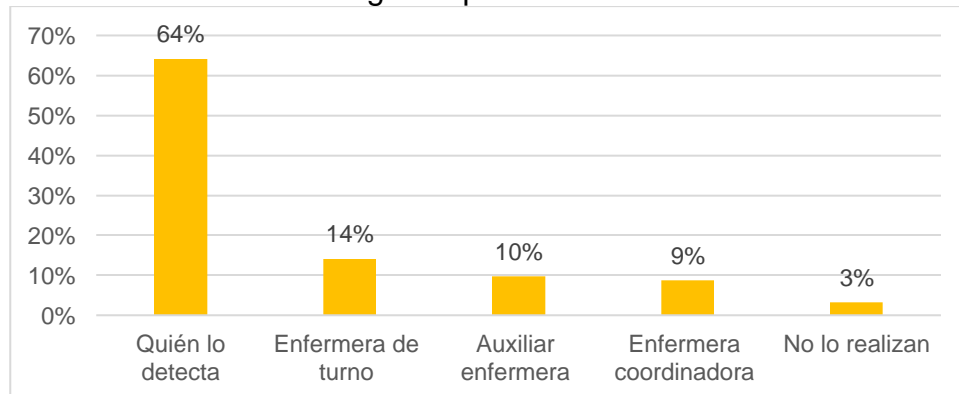
Menos de la mitad de los encuestados reconoce que la institución cuenta con el programa de seguridad del paciente en cuanto la obtención de procesos de atención más seguros, siendo esta cantidad menor que la mitad de los funcionarios encuestados, lo que describe un desconocimiento total de este por más de la mitad de estos, lo que genera un panorama crítico dado que el desconocimiento es contraproducente, dada la naturaleza de la ESE, demostrando así que hace falta más socialización de la documentación que posee la institución, así como las capacitaciones y la documentación de los programas.

Figura 8. Cuando ocurre un evento adverso cuál es la persona encargada de apoyar el reporte de un evento adverso según el protocolo establecido



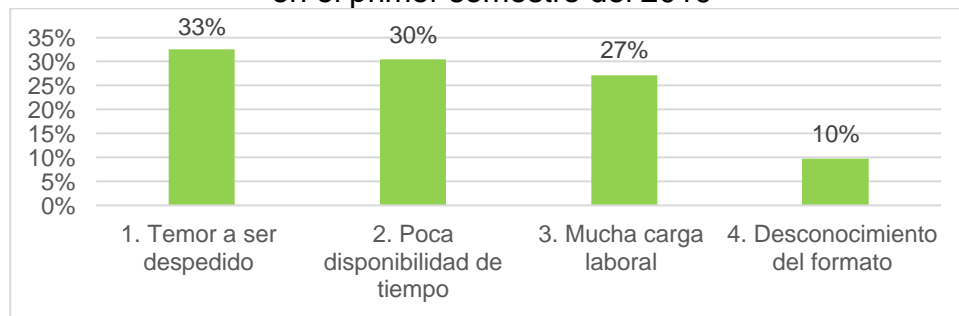
La persona encargada de apoyar el reporte de un evento adverso, está destinada a garantizar la calidad de la atención en salud y servir como puente para generar una solución al evento presentado, en este sentido no existe consenso, dado el desconocimiento del protocolo y la poca socialización de este tanto por parte del área administrativa como por el mismo personal asistencial, donde más de la mitad de los funcionarios tiene pleno conocimiento de quien es la persona encargada de realizar el acompañamiento y brindar el apoyo si es necesario cuando se presenta un evento adverso.

Figura 9. Cuál es el funcionario encargado de realizar el reporte del evento adverso según el protocolo establecido.



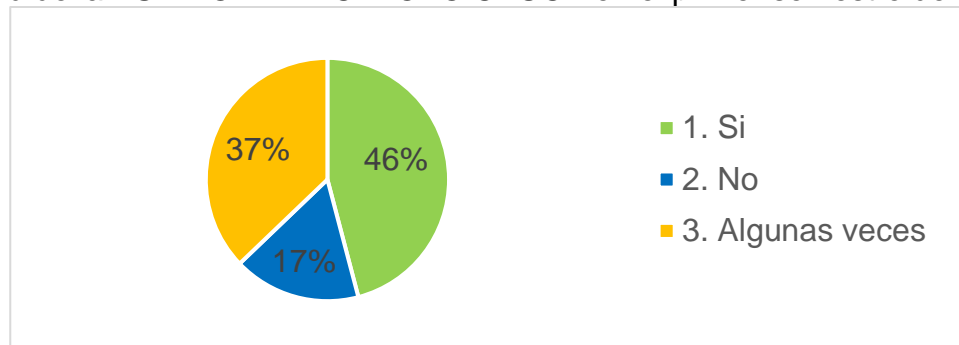
Dentro del reporte del evento adverso, la inmediatez en la realización de este, tiene su incidencia dentro del sistema de calidad y del protocolo de seguridad del paciente, por tal motivo la persona que detecta el evento adverso debe de realizarlo en un plazo corto de tiempo cuando se detecta, en este sentido más de la mitad de los encuestados, conocen quien debe realizarlo, con lo cual se puede afirmar que algunos de estos buscan desligarse de sus funciones o bien no tienen conocimiento del protocolo y del paso a paso a seguir cuando se presenta un evento de estos, buscando la manera de aligerar su carga de trabajo.

Figura 10. Frecuencia de respuesta en cuanto a la principal causa por la que no se realiza el reporte de los eventos adversos en la ESE NORTE 2 CALOTO CAUCA en el primer semestre del 2019



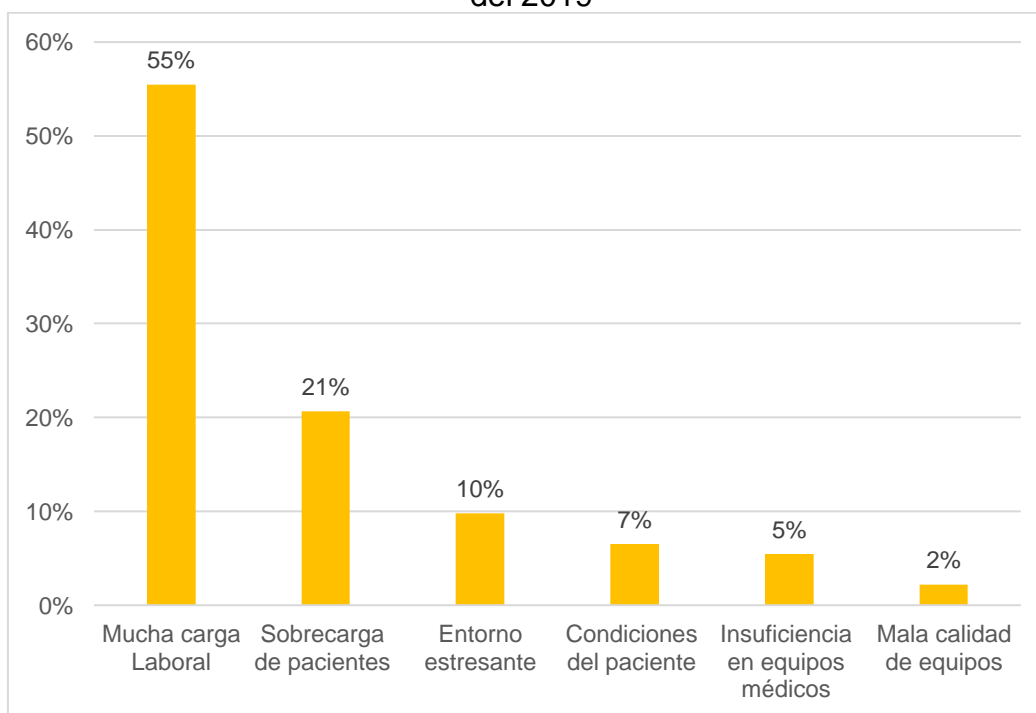
Dentro de las principales causas de la no realización del reporte de eventos adversos, se encuentran percepciones divididas, ya que en promedio tres de cada once, opina que los errores cometidos dentro de sus labores diarias, serán una causal de despido, lo cual pone en evidencia el desconocimiento de los reglamentos internos de la institución en cuanto a las causales de retiro, además un promedio similar piensa que el poco tiempo que tienen lo usan en su tiempo de descanso o de pausas activas, lo cual va ligado con otra porción igual que asevera que la carga laboral no permite el reporte de estos, lo cuales deben ser reportados inmediatamente luego de su ocurrencia, lo demuestra el desconocimiento tanto de sus funciones como del protocolo de seguridad del paciente.

Figura 11. Frecuencia de los reportes de los eventos adversos, incidentes clínicos y complicaciones relacionados con la atención en salud por parte del personal de salud de la ESE NORTE 2 CALOTO CAUCA en el primer semestre del 2019



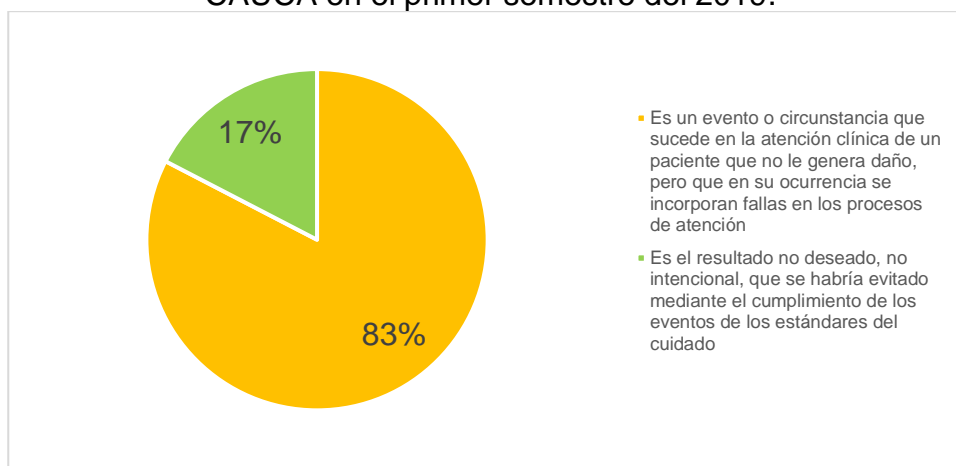
Dentro de la cultura de la seguridad del paciente, el reporte de los eventos adversos, incidentes clínicos y complicaciones relacionados con la atención en salud, permite la generación de acciones correctivas y de mejora dentro del sistema de salud, lo que al no reportarse o reportarse espontáneamente como cuatro de cada once de los funcionarios encuestados, no permite la maduración ni mejora de este ya que se desconocen las causas por las cuales se están generando los eventos adversos y se pierden oportunidades por parte del equipo de calidad de solucionar problemática de fondo, en este sentido un porcentaje cerca de la mitad de los encuestados, realiza el debido reporte de los eventos adversos y demás incidentes y complicaciones, siendo esto una falta de empoderamiento por parte del colaborador que no tiene una cultura de la seguridad en mente.

Figura 12. Principal causa para no reportar los eventos adversos relacionados con la atención en salud en la ESE NORTE 2 CALOTO CAUCA en el primer semestre del 2019



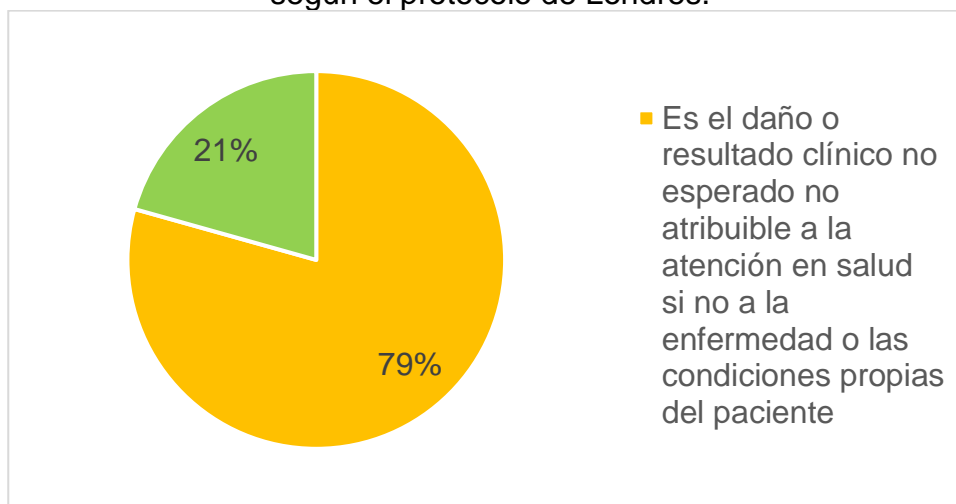
Se hace latente en las diferentes preguntas de la investigación, que la carga laboral prevalece, en este sentido en más de la mitad siendo la principal causa para no reportar un evento adverso, siendo esta situación un atenuante, dado que se logra relacionar directamente con la falta de recurso humano dentro de la institución, o las cargas al interior de esta no se encuentran niveladas con el personal, lo que se sustenta con dos de cada diez que afirman que la sobre carga de pacientes tampoco permite que se logre reportar un evento adverso, perdiéndose oportunidades de mejora dentro de la institución que logran generar un efecto positivo dentro de la atención de los pacientes.

Figura 13. Frecuencia de respuesta para la definición de incidente clínico según el protocolo de Londres por el personal de salud de la ESE NORTE 2 DE CALOTO CAUCA en el primer semestre del 2019.



Dentro de los conocimientos teóricos, de los funcionarios de la ESE, se encuentra que más de la mitad de los encuestados, conoce la definición de incidente clínico, y donde una pequeña parte presentan dificultades en contestar correctamente, siendo esto una falla grave, al realizar el reporte de un evento adverso, ya que la tergiversación de los términos puede provocar mal entendidos y que al momento de generar un reporte, los indicadores sean erróneos en cuanto a la naturaleza de los eventos adversos.

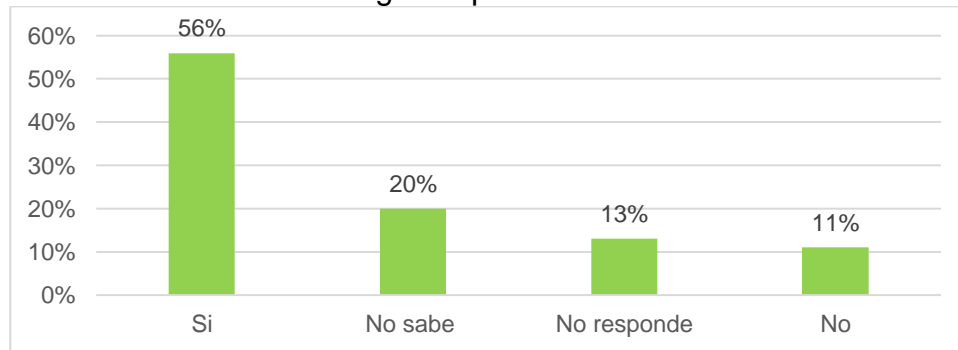
Figura 14. Frecuencia de respuesta para la definición de complicación clínica según el protocolo de Londres.



Ahora bien, para la definición de complicación clínica aproximadamente cuatro de cada cinco funcionarios conocen su concepto, lo cual evidencia que solo una minoría considerable, representa confusión lo que, en un plano real, puede generar

confusiones y desconocimiento de los pasos a seguir, o realizar procedimientos incorrectos, dada que la naturaleza de cada evento es diferente y se debe conocer desde las bases teóricas con la finalidad de tener claro los conceptos.

Figura 15. Frecuencia de respuesta cuando la ESE NORTE 2 CALOTO CAUCA en el primer semestre del 2019 realiza la retroalimentación de los eventos adversos según el protocolo de Londres.



Dentro de las falencias administrativas encontradas, la socialización de los eventos adversos en la institución, solo se realizan la mitad de estos, lo que demuestra que el compromiso que se tiene dentro del protocolo no es el adecuado dentro de la naturaleza de este, además una de cada cinco personas que no saben si lo realizan o no, lo cual permite afirmar que existe una problemática de comunicación latente dentro de la ESE y los colaboradores, no se enteran de todo, dado los diferentes turnos que se tienen y los cambios en los horarios del personal, así como la falta de compromiso de estos con el sistema de calidad de la institución, siendo una problemática muy marcada al interior de esta, buscando mejorar dicha percepción dentro de los colaboradores.

6.1.3 Plan de mejoramiento.

El presente plan de mejoramiento se encuentra en el Anexo G

6.2 DISCUSIÓN

Luego de realizado el análisis de los resultados, se encontraron investigaciones que, bajo la misma temática de estudio, logran evidenciar resultados similares referentes a la política de seguridad del paciente y lo encontrado en la ESE NORTE 2, de CALOTO, CAUCA. Donde se encontró en el estudio realizado por Villareal (15), que de los resultados obtenidos se evidencia que las instituciones de países tercermundistas como Colombia, no se cumple en su totalidad con ciertos requisitos para la disminución de eventos adversos, teniendo en cuenta variables como la infraestructura, el estado de los equipos, la calidad y el suministro adecuado de los medicamentos y la motivación del personal, lo cual ratifica lo hallado en la ESE NORTE 2, CALOTO CAUCA donde el personal profesional y asistencial, no tiene

pleno conocimiento de las políticas, además se observaba poco motivados dada la alta carga laboral que mantienen y la baja cultura de seguridad del paciente que existe.

En el 2014 Meléndez, Concepción, Garza, González, Castillo, González y Hernández (19), encontraron que dentro de las variables demográficas el personal asistencial cuenta con una antigüedad mayor a seis meses y donde la edad media de los encuestados fue de 49 años, el 91% fueron mujeres y el 70% son enfermeras generales, las cuales presentaron adherencia al protocolo de seguridad del paciente, lo que difiere de lo encontrado en la ESE NORTE 2, CALOTO CAUCA, ya que pese a que la mayoría de la población eran mujeres y enfermeras en un 69%, con una antigüedad superior a un año, no presentaron adherencia al protocolo de humanización del paciente por diferentes causas como el desconocimiento de los conceptos generales y el bajo reporte de los eventos adversos.

Por otro lado, Blandón, Gómez, Muñoz y Zafra (16), realizaron un proceso de auditoría en seguridad del que se pudo evidenciar falencias en el cumplimiento de los procesos relacionados con la prevención de los eventos y donde se propusieron actividades de mejora con el fin de minimizar y prevenir la recurrencia de los eventos resaltando la sensibilización de todo el personal, lo que corrobora lo encontrado en la presente investigación, ya que el personal no cumple con la cultura de la seguridad en cuanto al reporte de los eventos adversos, siendo necesario proponer acciones de mejora propuestas un plan dispuesto para ellos con el fin de reducir dicha problemática.

En Barcelona, España se realizó una investigación bajo el cuestionario Hospital Survery on Patient Safety Culture (18). Donde se encontró como fortaleza más del 75% de respuestas correctas y como oportunidad de mejora más del 50% de respuestas incorrectas, lo que concuerda en el presente estudio, donde se evidencian repuestas con un 80% de favorabilidad y donde se encontraron falencias conceptuales y de fondo como la no realización del formato de eventos adversos. También se encontró que, Poma (21) desarrolló una investigación con fines de contribuir en el mejoramiento de la calidad y seguridad en la atención a pacientes del servicio de Medicina interna del hospital Eugenio espejo en la ciudad de Quito.

Donde se pudo establecer que la institución no cumplía con los criterios específicos en los referentes a estructura y resultados comparado con estándares internacionales, por lo cual se hizo énfasis en la cultura de seguridad de los usuarios internos, revelando no solo las falencias de la institución sino la responsabilidad de los colaboradores de esta, lo que demuestra lo hallado en el bajo empoderamiento del puesto de trabajo en los colaboradores de la ESE NORTE 2 CALOTO CAUCA.

En general la investigación, presentó una dificultad la cual fue el acceso a la información primaria, ya que algunos de los profesionales se presentaban reacios hacia la realización de la encuesta, así como el acceso a estos por sus turnos de

trabajo fue complicado, mas sin embargo dentro de los logros alcanzados, se encontró la problemática latente en cuanto a fallas tanto administrativas como asistenciales de los profesionales, los cuales no presentan un cultura de la seguridad del paciente y por lo tanto se encontraron oportunidades de mejora mediante la creación de un plan de mejoramiento.

Convertir la cultura organizacional para el mejoramiento de los procesos es uno de los objetivos principales ya que al adoptarlo como una cultura estará inmerso en el diario vivir de la institución conllevando así al mejoramiento continuo alcanzando la calidad esperada. El aporte de la lectura sobre este programa ejecutado en la mencionada institución sirve de guía y orientación que contribuye al enriquecimiento de conocimientos que permiten hacer más idónea la implementación del plan de auditorías para el mejoramiento de la calidad de atención en salud en la institución prestadora de servicios ESE NORTE 2, CALOTO CAUCA.

7. CONCLUSIONES

Se concluye que la mayoría de la población de la ESE NORTE 2 de CALOTO, CAUCA, se constituye por personal auxiliar de enfermería de género femenino con una antigüedad superior a un año.

Se encontró una deficiencia en la cultura institucional de seguridad del paciente donde no se cumple con los estándares de la auditoría y no se cumple con el protocolo de Londres en lo referente en la política de seguridad del paciente.

Se evidencian debilidades en cuanto al reporte de sucesos orientados hacia una atención sanitaria más segura.

Con los resultados y los hallazgos encontrados en la ESE NORTE 2 de CALOTO CAUCA, se logró generar un plan de mejora que busca implementar y hacer seguimiento a las oportunidades de mejora.

8. RECOMENDACIONES

Se recomienda a los directivos de la ESE NORTE 2 de CALOTO CAUCA, que incentiven el reporte de cualquier tipo de sucesos que se relacione con la seguridad del paciente para continuar fortaleciendo la cultura de seguridad de este y la mejora continua bajo la creación de las acciones correctivas y preventivas.

Se recomienda al personal de talento humano, que dispongan de un plan de capacitaciones para mejorar tanto los conocimientos como el compromiso del personal asistencial en las labores del protocolo de seguridad del paciente.

Se recomienda a la universidad, incentivar al estudiantado en el interés por la investigación y el análisis estadístico de la información encontrada en el presente estudio con el fin de generar espacios propicios para generar nuevo conocimiento

Se recomienda a los docentes, instruir al estudiantado bajo normas de presentación básicas y fijar estándares en la presentación de estos para evitar reprocesos en la forma de los documentos finales.

Se recomienda al grupo de calidad de la ESE NORTE 2 de CALOTO CAUCA, con el fin de fomentar el registro de eventos adversos que se ponga en marcha el plan de mejoramiento propuesto en el Anexo F.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Patient Safety. World Health Organization [internet] 2010 [citado 18 noviembre 2018]. Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/patients_for_patient/statement/es/.
2. Organización Mundial de la Salud. 59a Asamblea Mundial de la Salud, Seguridad del Paciente [internet]. 2006 [citado 18 noviembre 2018]. Disponible en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA59-REC1/s/WHA59_2006_REC1-sp.pdf.
3. Aranaz J, Aibar C, Ruiz P. Estudio nacional sobre efectos adversos ligados a la hospitalización. ENEAS Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo [internet] 2005 [citado 20 noviembre 2018].
4. Aranaz J. Estudio APEAS. Estudio sobre la seguridad de los pacientes en Atención Primaria de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social [internet] 2008 [citado noviembre 2018].
5. Ministerio de Sanidad Español, Política Social e Igualdad. Estudio IBEAS Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad [internet] 2010 [citado 19 noviembre 2018].
6. Ministerio de Salud y Protección Social. Seguridad del paciente, Guía de buenas practicas para la seguridad del paciente. Bogotá, Colombia [internet] 2010 [citado 18 noviembre 2018]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia-buenas-practicas-seguridad-paciente.pdf>
7. Aranaz J. Identificación de efectos adversos. De las complicaciones y efectos adversos a la gestión de los riesgos de la asistencia sanitaria. Rev Calidad Asistencial. 2005;20(2):115.
8. Kohn L, Corrigan J, Donaldson MS. To Err is Human: Building a Safer Health System. Washington DC: National Academy Press; 2000.
9. Bañeres J, Caveró E, López L, Orrego C, Suñol R. Sistemas de registro y notificación de incidentes y efectos adversos. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005.
10. Ministerio de Sanidad y Política Social de España, prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica [internet] 2010:93 [citado 18 noviembre 2018]. Disponible en: <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/INFORME%20GLOBAL%20IBEAS.pdf>
11. Aranaz JM, Aibar C, Limón R, Amarilla A, Restrepo FR, Urroz O. Estudio IBEAS: prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica. Revista de Calidad Asistencial 2011;26(3):194-200.
12. Ministerio de Salud y protección social. Colombia: Seguridad del paciente y la atención segura. 2012.
13. Ministerio de Salud y protección social. Resolución 2003 de 2014. 2014
14. Ministerio de Salud y protección social. Resolución 2003 de 2014 [internet] 2014 [citado 24 noviembre 2018]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%202003%20de%202014.pdf

15. Villareal E. Seguridad de los pacientes. Un compromiso de todos para un cuidado de calidad. En: Salud Uninorte [internet] 2017;(23) [citado 25 noviembre 2018] Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/817/81723111.pdf>
16. Blandón G, Gómez M, Zafra E. Seguridad del paciente desde el análisis del reporte de evento adverso en la empresa social del estado hospital francisco luís jiménez martínez de carepa, durante el año 2010, Apartado. 2011
17. Carreño D, Castro O. plan de mejoramiento continuo para una Ips, Bogotá. [internet] 2012 [citado 27 noviembre 2018]. Disponible en: <https://repository.ean.edu.co/bitstream/handle/10882/1989/CarreroDiana2012.pdf?sequence=5>
18. Toffoletto M, Ramírez X. Mejorando la seguridad de los pacientes: estudio de los incidentes en los cuidados de enfermería Chile. [internet] 2013 [citado 30 noviembre 2018]:1-9. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n5/es_0080-6234-reeusp-47-05-1098.pdf
19. Melendez M. Percepción del personal de enfermería hacia la cultura de seguridad en un hospital pediátrico en México. [internet] 2010 [citado 30 noviembre 2018]. Disponible en: <https://revistacuidarte.udes.edu.co/index.php/cuidarte/article/view/92>
20. Sanchez L. programa de auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad, colmena seguros, enfoques y autoevaluación según ministerio de salud, Colombia. [internet] 2015 [citado 2 diciembre 2018]. Disponible en: <https://www.colmenaseguros.com/imagenesColmenaARP/contenido/5-Programa-de-Auditoria-para-el-Mejoramiento-Continuo-de-la-Calidad-Enfoques-y-Autoevaluacion-CS-MTR-2015.pdf>
21. Poma V. evaluación a la calidad y seguridad en la atención a pacientes del servicio de Medicina interna del hospital Eugenio espejo, Sangolqui [internet] 2015 [citado 2 diciembre 2018]:1-181. Disponible en: <https://repositorio.espe.edu.ec/bitstream/21000/12363/1/T-ESPE-049766.pdf>
22. Ferreira A, Fort Y, Chiminelli D. sobre la Adverse events in health and nursing care: patient safety from the standpoint of the professional's experience, Uruguay [internet] 2015 [citado 2 diciembre 2018]. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072015000200310
23. Achury D. Caracterización de los eventos adversos reportados por enfermería en unidades de cuidado intensivo en Bogotá (Colombia). [internet] 2017 [citado 2 diciembre 2018]. Disponible en: <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/viewArticle/8927/11192>
24. Espitia E, Ocampo M, De la Ossa P, Tatis M .Seguridad del paciente en cuatro Empresas Sociales del Estado de segundo nivel del Departamento de Córdoba. Rev. Cultura del Cuidado. [internet] 2015 [citado 2 diciembre 2018];(12)1:29-37. Disponible en: <https://revistas.unilibre.edu.co/index.php/cultura/article/view/3827/3208>
25. Mir-Abellán R, Falcó P, De la Puente M. Actitudes frente a la cultura de seguridad del paciente en el ámbito hospitalario y variables correlacionadas. Gac Sanit. 2017; 31(2):145-149

26. Bohórquez B. Quienes somos.[internet] 2017 [citado 3 diciembre 2018]. Disponible en: <http://esenorte2.gov.co>
27. ESE NORTE 2. Lineamientos estratégicos de la ESE NORTE 2. [internet] 2013 [citado 3 diciembre 2018]Disponible en: <http://www.esenorte2.gov.co/wp-content/uploads/2013/12/politicas-de-calidad-ese-norte-2.pdf>
28. Agency for Healthcare research and Quality. Health Care: Medical errors and patient safety. U.E. Departament of Health y Human Service. 2008
29. Seguridad del Paciente Hospitalizado. Enrique Ruelas Barajas, Odet Sarabia González, Walter Tovar Vera. Ed. Médica Panamericana. México 2007.
30. Stolfo L. Fundamentos de seguridad del paciente para disminuir errores médicos. Primera edición. Cali- Colombia. 2006.
31. Ministerio De La Protección Social. Colombia. La seguridad del paciente y la atención segura. 2013
32. Ministerio de Protección Social. Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente. Santiago de Cali. [internet] 2015 [citado 5 diciembre 2018]: 35-44. Disponible en: http://calisaludable.cali.gov.co/seg_social/2013_Seguridad_Paciente/libro_seguridad_del_paciente.pdf
33. Vincent C. Patient Safety. London: Churchill-Livingstone. 2006.
34. Giraldo M. Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente en la República de Colombia Bogotá. Rev. de Medicina, Junta Directiva [internet] 2009 [citado 10 diciembre 2018]; 30(2). Disponible en: <https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/academedicina/va-81/respuestadelministerio/>
35. Ministerio de la Protección Social .Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente [internet] 2011 [citado 10 diciembre 2018]. Disponible en: https://minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluciòn%20112%20de%202012%20-%20Documentos%20de%20apoyo%202.pdf
36. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Estrategia para la Seguridad del Paciente. Sevilla. [internet] 2006 [citado 13 diciembre 2018]. Disponible en http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/ksalud/galerias/documentos/c_1_c_6_planes_estrategias/estrategia_seguridad_paciente/estrategia_seguridad_paciente.pdf
37. Taylor S, Vincen C. System Analysis of clinical incidents: the London protocol. 2004. Journal of Patient Safety and Risk Management. [internet] 2004 [citado 13 diciembre 2018];(10): 211-220. Disponible en: <https://doi.org/10.1258/1356262042368255>
38. Ministerio de la Protección Social. Protocolo De Londres. [internet] 2016 [citado 17 diciembre 2018]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/PROTOCOLO_DE_LONDRES_INCIDENTES%20CLINICOS.pdf
39. Chomalí M. Gestión de Riesgos en la atención de salud: hacia una cultura de la calidad basada en la seguridad. Santiago. Revista Médica, 2003. Vol. 14.

40. Luengas S. Modelo para gestionar la seguridad del paciente en las instituciones de salud. Centro de gestión hospitalaria, VíaSALUD [internet] 2008 [citado 18 diciembre 2018]; 43:1-5. Disponible en: <http://www.cgh.org.co/imagenes/calidadycultura.pdf>
41. Luengas S. Seguridad del paciente: un modelo organizacional para el control sistemático de los riesgos en la atención en salud. Documentos de trabajo de la Fundación Corona. Bogotá: Fundación Corona-Centro de Gestión Hospitalaria [internet] 2009 [citado 21 diciembre 2018]. Disponible en: <http://www.cgh.org.co>
42. Alcaldía De Santiago De Cali. Comité de seguridad del paciente ese municipales- HIDC [internet] 2015 [citado 4 enero 2018]. Disponible en: http://calisaludable.cali.gov.co/seg_social/2012_Seguridad_Paciente/Comites/5_comite_23_marzo_protocolo_londres.pdf
43. . Ministerio de la Protección Social. Herramientas para promover la estrategia de la seguridad del paciente en el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de Atención en Salud. 1a Edición. Bogotá, Colombia: Edit. Fundación Fitec. 2007
44. Baker G, Norton G, Flintoft V, Blais R, Brown A, Cox J. The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. JAMC 2004:1678-86
45. Donabedian A. La investigación sobre la calidad de la Atención Médica. Revista Salud de Seguridad Social del Instituto Mexicano de Seguridad Social, México, 1986; 28:324-327.
46. Martínez, A. Gestión sistémica del error: el enfoque del queso suizo en las auditorías. Rev. INNOTEC GESTION. [internet] 2013 [citado 6 enero 2018];(4). Disponible en: <https://ojs.latu.org.uy/index.php/INNOTEC-Gestion/article/view/164/pdf>
47. Congreso de la Republica. Resolución 741 del 1997. Por la cual se imparte instrucciones sobre seguridad personal de usuarios para Instituciones y demás Prestadores de Servicio de Salud. Diario oficial. no. 741. Bogotá, 1997.
48. Aranaz J, Aibar C, Vitaller J, Mira J. Gestion Sanitaria – Calidad y Seguridad de los Pacientes. España: Edit. Díaz de Santos; 2008 p 389.
49. Reason J. 1990. “Human Error”. New York. Published by the press syndicate of the University of Cambridge. P 258
50. Giron J. Enfermería y Seguridad del Paciente. [internet] 2017 [citado 9 enero 2018]. Disponible en: <http://www.enfermeriayseguridaddelpaciente.com/2017/05/metodologias-de-analisis-de-eventos.html>.

ANEXOS

Anexo A. Operacionalización de variables

Objetivos específicos	Conceptos	Definición	Variabes	Definición	Indicadores	Nivel de medición	Categorización
			ocupación	Cargo que desempeña el funcionario en la institución	Distribución porcentual de las ocupaciones de los funcionarios de urgencias	nominal	1. medico 2. enferma 3. auxiliar de enfermería 4. odontólogo 5. otro
			antigüedad	Cuánto tiempo lleva laborando en la institución	Distribución porcentual de la antigüedad de los funcionarios	Ordinal	1. menos de un año 2. más de un año
Caracterización socio demográficamente la población de estudio	Caracterización de la población	El tema de demografía y población incluye las operaciones estadísticas relacionadas con el tamaño dinámica y las características específicas de las personas, tales como nacimientos, defunciones. La descripción sociodemográfica de los trabajadores es un instrumento básico dentro del modelo de seguridad y salud en el trabajo.	Genero Escolaridad	Se refiere a la variable biológica que clasifica a la población en hombres y mujeres. Se refiere al grado de escolaridad más alto al cual ha llegado la persona de acuerdo con los niveles del sistema educativo formal: preescolar, básica en sus niveles de primaria, secundaria, media y superior.	% de hombres y mujeres Frecuencia de acuerdo con el estado socioeconómico % de personas con título técnicos %de personas por profesión	Nominal Nominal Nominal	Tipo de género femenino masculino indeterminado Nivel educativo: Técnico tecnológico Universitario, postgrado, maestría, doctorado Cantidad de personal técnico asistencial en la institución

			<p>Profesional:</p> <p>Ocupación:</p>	<p>El nivel de formación Universitaria se caracteriza por su amplio contenido social y humanístico con énfasis en la fundamentación científica e investigativa orientada a la creación, desarrollo y comprobación de conocimientos, técnicas y artes.</p> <p>El nivel de formación Universitaria se caracteriza por su amplio contenido social y humanístico con énfasis en la fundamentación científica e investigativa orientada a la creación, desarrollo y comprobación de conocimientos, técnicas y artes. Corresponde a las personas que en mes anterior al censo realizaron un trabajo por un ingreso en dinero o especie.</p>	<p>% de personas por ocupación</p>	<p>¿Cantidad de profesional asistencial con la que cuenta la institución?</p> <p>¿Qué cargo ocupa en la institución?</p>
--	--	--	---------------------------------------	---	------------------------------------	--

				Esta referida al tiempo de existencia de alguna persona, o cualquier otro ser animado o inanimado, desde su creación o nacimiento, hasta la actualidad.			
Establecer la adherencia de la población involucrada al protocolo	Protocolo	Es el término que se emplea para denominar el conjunto de normas, reglas y pautas que sirven para guiar una conducta o acción.	Tiempo de reporte Tiempo de análisis		%de personas con adherencia al protocolo	nominal	¿Que es un evento adverso? ¿Tiempo de análisis de los eventos reportados?
Diseñar un plan de mejoramiento de acuerdo con los hallazgos.	Plan de mejoramiento	Es considerado como el instrumento que conlleva a un conjunto de acciones y metas diseñadas y orientadas de manera planeada, organizada y sistemática desde las instituciones.			% de pacientes en el primer trimestre por eventos adversos/ 100	Nominal	Plan de mejoramiento

Anexo B. Instrumento para recolección de la información

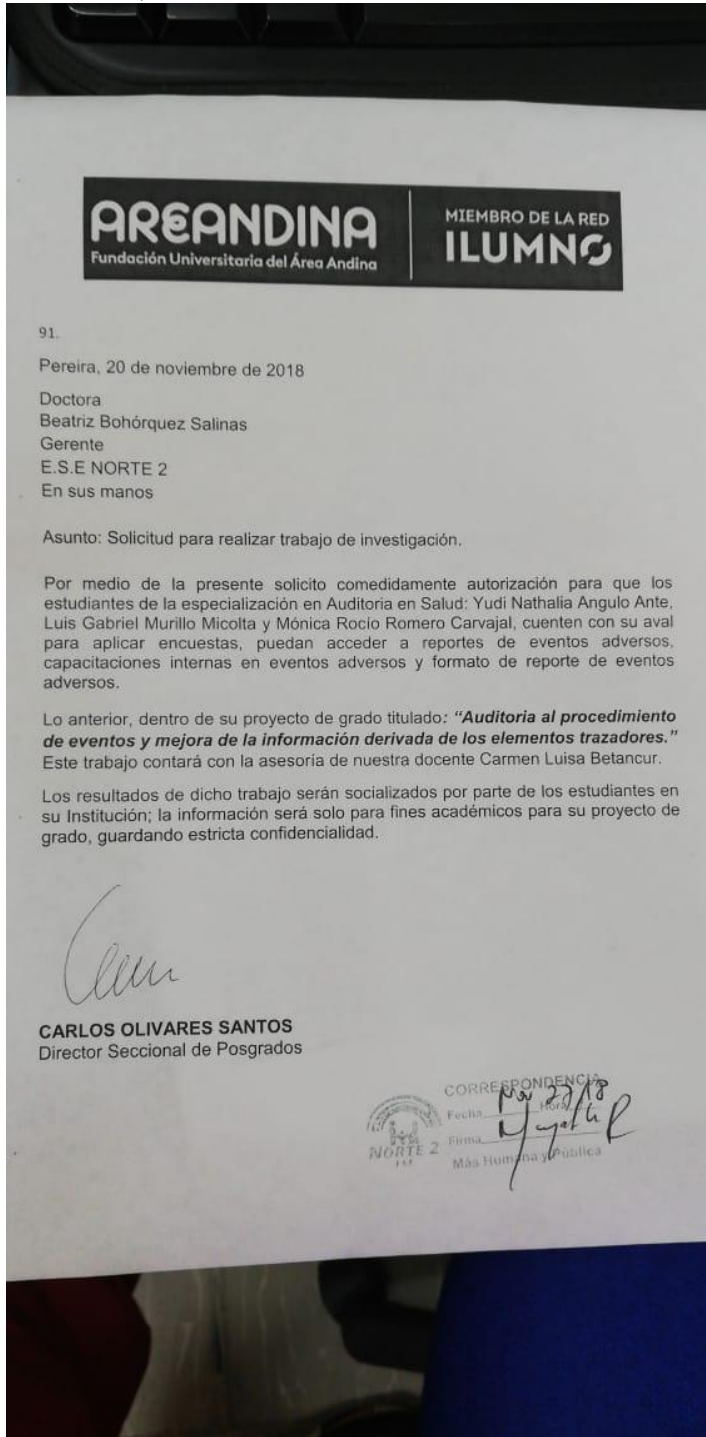
INSTRUMENTO DE VERIFICACIÓN, GRADO DE ADHERENCIA A LA APLICACIÓN DEL PROTOCOLO DE LONDRES EN LA POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE			
FECHA: 06/03/2019			
NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN: ESE NORTE 2 , CALOTO CAUCA			
PUNTOS PARA EVALUAR			
CATEGORÍAS	PREGUNTAS DE LA ENCUESTA	RESPUESTAS	
CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS POBLACIÓN A ESTUDIO (Marque con una x la opción que corresponda)	NIVEL EDUCATIVO ALCANZADO		
		Técnico Profesional especialista apoyo otros	
	GÉNERO	Masculino	
		Femenino	
		otro	
	TIEMPO DE VINCULACIÓN EN LA EMPRESA	Menor de un año	
		Mayor de un año	
	CARGO QUE DESEMPEÑA EN LA INSTITUCIÓN	Médico	
		Enfermero	

		Odontólogo	
		Auxiliar Enfermería	
		otro	
ADHERENCIA DEL PERSONAL DE SALUD AL PROTOCOLO DE LONDRES EN LA POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	1. ¿CUÁL ES LA DEFINICIÓN DE EVENTO ADVERSO?, MARQUE CON UNA X LA RESPUESTA CORRECTA.		
	a. Es el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño. _____	b. Es el resultado de una atención en salud que de manera intencional produjo daño. _____	
	2. ¿CONOCE EL MODELO DE PROTOCOLO PARA EL REPORTE DE EVENTOS ADVERSOS?		
	SI _____		
	NO _____		
	3. ¿HA RECIBIDO CAPACITACIONES POR PARTE DE LA INSTITUCIÓN EN PROTOCOLOS QUE GARANTICEN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE?		
	SI _____		
	NO _____		
	4. ¿LA INSTITUCIÓN CUENTA CON EL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA OBTENER PROCESOS DE ATENCIÓN MÁS SEGUROS. LO CONOCE?		
	SI _____		
NO _____			

5. ¿EN CASO DE UN EVENTO ADVERSO USTED PEDIRÍA APOYO PARA EL REPORTE A?				
1. Enfermera Coordinadora				
2. Médico Coordinador				
3. Grupo de Calidad				
6. ¿QUIÉN ES EL FUNCIONARIO ENCARGADO DE REALIZAR EL REPORTE DEL EVENTO ADVERSO? SELECCIONE LA RESPUESTA CORRECTA MARCANDO CON UNA X				
1. Enfermera de turno				
2. Enfermera coordinadora				
3. Auxiliar enfermera				
4. Quién lo detecta				
5. No lo realizan				
7. ¿CUÁL ES LA PRINCIPAL CAUSA POR LA QUE NO REALIZA EL REPORTE DE LOS EVENTOS ADVERSOS?				
1. Temor a ser despedido				
2. Desconocimiento del formato				
3. Mucha carga laboral				
4. Poca disponibilidad de tiempo				
8. ¿NOTIFICA TODOS LOS REPORTE DE LOS EVENTOS ADVERSOS, INCIDENTES CLÍNICOS Y COMPLICACIONES RELACIONADOS EN LA ATENCIÓN EN SALUD?				
1. Si				
2. No				
3. Algunas veces				
9. ¿CUÁL CONSIDERA USTED QUE ES LA PRINCIPAL CAUSA PARA NO REPORTAR LOS EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS CON LA ATENCIÓN EN SALUD?				
1	Mucha carga Laboral		2	Condiciones del paciente
3	Sobrecarga de pacientes		4	Entorno estresante

	5	Insuficiencia en equipos médicos		6	Mala calidad de equipos
10. ¿CUÁL ES LA DEFINICIÓN DE INCIDENTE CLÍNICO? SELECCIONE LA RESPUESTA CORRECTA					
	1	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.		2	Es el resultado no deseado, no intencional, que se habría evitado mediante el cumplimiento de los eventos de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado.
11. ¿CUÁL ES LA DEFINICIÓN DE COMPLICACIÓN CLÍNICA? SELECCIONE LA RESPUESTA CORRECTA					
	1	Es el daño o resultado clínico no esperado no atribuible a la atención en salud si no a la enfermedad o las condiciones propias del paciente.		2	Es la probabilidad que un incidente o evento adverso ocurra y que genere daño.
12. ¿LA INSTITUCIÓN REALIZA LA RETROALIMENTACIÓN DE LOS EVENTOS ADVERSOS?					
1.Si 2.No 3.No sabe 4.No responde					

Anexo C. Consentimiento y Resolución 0314 de 2018 en la ESE NORTE 2 CALOTO, CAUCA.





Caloto – Cauca, seis (6) de diciembre de Dos Mil Dieciocho (2018)

Doctor

CARLOS OLIVARES SANTOS
Director Seccional Posgrados
AREANDINA
Fundación Universitaria del Área Andina
Pereira

Asunto: Respuesta Oficio de fecha 20 de noviembre 2018
Ref: Autorización Trabajo de investigación

Respetado Doctor, Santos, reciba un cordial saludo:

Para lo de su conocimiento y demás fines a que haya lugar en lo de su competencia, de manera atenta, me permito comunicarle que revisada la solicitud presentada por Usted ante esta entidad, el día 27 de noviembre de 2018, radicado bajo el número 14319 por medio de la cual solicita autorizar a los siguientes estudiantes del Programa de Auditoría en salud como objetivo de aplicar el instrumento de trabajo titulado "**AUDITORIA AL PROCEDIMIENTO DE EVENTOS Y MEJORA DE LA INFORMACIÓN DERIVADA DE LOS ELEMENTOS TRAZADORES**" los cuales se relacionan:

- 1.- YUDI NATHALIA ANGULO ANTE
- 2.- LUIS GABRIEL MURILLO MICOLTA
- 3.- MONICA ROCIO ROMERO CARVAJAL

Al respecto en Sentencia T-932/12 del nueve (9) de Noviembre de Dos Mil Doce (2012), Magistrada ponente: María Victoria Calle Correa. Se dijo: la Jurisprudencia constitucional sobre la exigibilidad de especiales requisitos de grado para obtener un título de idoneidad y ejercer profesiones que involucran un riesgo social.

La Corte Constitucional ha señalado que el derecho a la educación es un derecho fundamental, no sólo en lo que se refiere a los niños, según lo expresa el artículo 44 de la carta Política, sino también en la formación de los adultos, puesto que es inherente esencial al ser humano, una actividad significadora de la persona humana y un medio través del cual se garantiza el acceso al conocimiento, la ciencia, la técnica y los demás bienes y valores de la cultura.

Sin embargo, según se ha afirmado, los requisitos de grado o de idoneidad para obtener un título profesional inciden en la eficacia de distintos derechos constitucionales, razón por la cual, en las decisiones que el legislador (y las universidades de ser el caso) adopten para determinar las condiciones de idoneidad en cada profesión, debe mantenerse presentes los principios de razonabilidad y proporcionalidad lo que significa que no debe perder de vista los fines constitucionales que persigue el desarrollo de una investigación científica, en este caso la salud.

Puntos de atención: Caloto – Guachené – Miranda – Corinto

Sede Administrativa: Calle 10 Carrera. 5 Esquina, Caloto - Cauca,
Teléfono: 825 8311 Fax 8258388 Ext.: 20, www.esenorte2.gov.co



REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DEL CAUCA
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
NORTE 2 E.S.E.
NIT. 900.146.006-6

De lo expuesto se desprende que el Programa de Auditoría en Salud es un requisito de grado especial, exigido a los estudiantes de dicho Programa, en atención al riesgo social que indudablemente se halla ligado al ejercicio de esta profesión, y que parte de considerar su innegable incidencia en la satisfacción de la solidaridad social y en la eficacia de los derechos constitucionales.

De igual manera, la Corte ha indicado que en relación con las profesiones cuyo desempeño comporta serios riesgos sociales, tanto el Legislador como las universidades en el marco de la autonomía que la Constitución les reconoce, pueden imponer requisitos más estrictos para acceder al grado. Esos requisitos, evidentemente, deben guiarse por los principios de razonabilidad y proporcionalidad, de manera que no pueden convertirse en obstáculos insalvables y carentes de sentido constitucional para la culminación de un plan de estudios, tomando en cuenta no sólo la importancia del derecho a la educación individualmente considerado, sino también la incidencia que proyecta en el grado de eficacia de otros derechos, como el trabajo y el mínimo vital.

Así, en primer término, la Corporación ha señalado que el Legislador cuenta con la potestad de determinar las carreras en las que resulta exigible la presentación de un título de idoneidad para el ejercicio profesional. Esa decisión obedece a un análisis sobre las implicaciones sociales y constitucionales que conlleva el desempeño de determinadas actividades. En ese sentido, la exigencia del título constituye, frente a determinadas profesiones, una restricción constitucionalmente legítima o permitida al ejercicio del derecho a escoger profesión u oficio, siempre que el Legislador identifique razonablemente, y en discusión democrática, las carreras en las cuales esa condición resulta necesaria.

Ahora bien, de acuerdo al artículo 24 de la Ley 30 de 1992, "Por la cual se organiza el servicio público de la Educación Superior", el título es el reconocimiento expreso de carácter académico, otorgado a una persona natural, a la culminación de un programa, por haber adquirido un saber determinado en una Institución de Educación Superior, y se hace constar en un diploma.

En consideración del fundamento expuesto se **AUTORIZA** a los estudiantes en los términos y para los fines indicados en el oficio del **20 de noviembre de 2018**, allegado a este Punto de Atención.

A fin de dar continuidad al trámite solicitado se requerirán los siguientes **REQUISITOS**:

- Los estudiantes deberán portar documento de identificación personal y documento de identificación estudiantil, a fin de constatar la veracidad del mismo, la cual será solicitada en este Punto de Atención.
- Los estudiantes deberán presentar ante la Coordinadora de la Institución cronograma de actividades a desarrollar al interior de la Entidad.

Puntos de atención: Caloto – Guachené – Miranda – Corinto

Sede Administrativa: Calle 10 Carrera 5 Esquina, Caloto - Cauca,
Teléfono: 825 8311 Fax 8258388 Ext.: 20, www.esenorte2.gov.co



REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DEL CAUCA
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
NORTE 2 E.S.E.
NIT. 900.146.006-6

.- Con fundamento en el artículo 14 del Decreto 1295 de 1994 (Protección a estudiantes), **Por el cual se determina la organización y administración del Sistema General de Riesgos Profesionales, debido a que** el seguro contra riesgos profesionales protege también a los estudiantes de los establecimientos educativos públicos o privados, por los accidentes que sufran con ocasión de sus estudios, se solicita que los estudiantes presenten ante este Punto de Atención lo siguiente en caso de requerir presencia fija y permanente:

- a.- Póliza de Responsabilidad Civil
- b.- Carnet de vacunas
- c.- Póliza contra todo riesgo

Por lo anterior se deberá tener en cuenta las siguientes observaciones:

- 1.- No mencionar el nombre Empresa Social del Estado Norte 2 E.S.E. Punto de Atención Caloto, dentro del trabajo de investigación, teniendo en cuenta que consiste en fines de académicos y de investigación científica.
- 2.- No mencionar nombres de los usuarios del servicio, con fundamento en la Ley Estatutaria 1581 de Octubre 17 de 2012 artículos 9º, 11º y 12º, reglamentado parcialmente por el Decreto Nacional 1377 de 2013, por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales.
- 3.- Acceso y consulta de documentos en los términos de la Ley 594 de 14 de Julio de 2000, especialmente en su artículo 27 (Ley General de Archivo).
- 4.- La Coordinadora de Punto de Atención Caloto y/o quien haga sus veces, estará facultada para solicitar informes a los estudiantes sobre las actuaciones adelantadas al interior de esta Institución.

Con el presente escrito esperamos haber hecho claridad a la solicitud realizada a esta entidad, no sin antes agradecer su atención.

Cordialmente,


BEATRIZ BOHÓRQUEZ SALINAS
Gerente
Empresa Social del Estado Norte 2-E.S.E.

Copia: Talento humano
Copia: Archivo

Puntos de atención: Caloto – Guachené – Miranda – Corinto
Sede Administrativa: Calle 10 Carrera 5 Esquina, Caloto - Cauca,
Teléfono: 825 8311 Fax 8258368 Ext. 20, www.esenorte2.gov.co

Resolución 0314 de 2018

Bajo la Resolución 0314 de 2018, la presente investigación realizada en la ESE NORTE 2 DE CALOTO, CAUCA, no acarrea riesgos para los individuos que participen de ella. Puesto que la contribución del personal, será lo referido verbalmente por ellos, y la observación de las variables, por parte del investigador, y no es de ningún tipo de invasión, o compromiso que afecte el estado mental o salud de las personas que colaboren en esta investigación.

La seguridad es una condición dinámica y debe ser la filosofía que sustente la mejora de la calidad. Las estrategias para reducir incidentes pasan por abordarlos desde un enfoque general para soluciones generales a largo plazo, admitir que los errores se producen (cultura), se notifican (sacan a la luz), y se analizan los factores causales, todo ello desde una actitud proactiva, preventiva y sistemática.

Es de resaltar que los individuos que participen de la investigación tienen el derecho a que la información es confidencial y no será usada para fines diferentes a los explicados durante la toma de la muestra para la investigación. También es su libre derecho el tomar la decisión de participar o no de la investigación.

Esta investigación no clasifica dentro de los niveles de riesgo según la Resolución 0314 del Ministerio de salud y Protección Social de Colombia. Debido que no involucra microorganismos y no cumple con los criterios para entrar en los 4 grupos de riesgo definidos en la resolución.

La investigación se llevará a cabo cuando se obtenga la autorización: del representante legal de la institución investigadora y de la institución donde se realice la investigación; el Consentimiento Informado de los participantes; y la aprobación del proyecto por parte del Comité de Ética en Investigación de la institución.

El Consentimiento Informado será obtenido del sujeto de investigación, o en su defecto, del representante legal o del familiar más cercano en vínculo, cuando el sujeto de la investigación no esté en condiciones de decidir sobre su aceptación. con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos, beneficios y riesgos a que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

Anexo D. Norma ISO 26000 responsabilidad social de la investigación realizada en CALOTO CAUCA.

La presente investigación realizada en la ESE NORTE 2 DE CALOTO CAUCA, en relación a la ISO 26000, se basa en los siguientes principios:

Rendición de cuentas: los investigadores se comprometen frente a la institución de aplicar la transparencia por su impacto en la sociedad, la economía y el medio ambiente y las acciones tomadas.

Transparencia: brindar toda la información que requieran las partes interesadas en un lenguaje sencillo y en formatos accesibles.

Comportamiento ético: El comportamiento de los investigadores y de la investigación en general, se basa en los valores de honestidad, equidad e integridad.

Respeto a los intereses de las partes interesadas: La presente investigación, se compromete a respetar, considerar y responder a los intereses de sus dueños, socios, clientes, integrantes, así como a otros individuos o grupos que pueden tener derechos, reclamaciones o intereses específicos a tenerse en cuenta por la realización de esta.

Respeto al principio de legalidad: la presente investigación, se encuentra delimitada bajo la normativa legal con el fin de conocer las leyes y regulaciones aplicables dentro de sí misma, para que todos los miembros los tengan en cuenta.

Respecto a los derechos humanos: Los derechos humanos son de carácter universal, la investigación respeta y promueve lo establecido en la Carta Universal de los Derechos Humanos.

Anexo E. Cronograma

#	Actividad	NOV				DIC				ENE				FEB				MAR			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1	Tutoría general a todos los estudiantes, clase de investigación, planteamiento y construcción del anteproyecto	■	■																		
2	Trabajo en Equipo, planteamiento del problema, construcción de los objetivos, artículos científicos, matriz de objetivos, conceptos variables, elaboración correo en google drive, subir archivos anteproyecto			■	■																
3	Inducción sala de sistemas programa zotero					■															
4	Realizar resumen de los estados del arte y subir a google drive						■														
5	Reunión grupal, diseño de matriz de objetivos y conceptos							■	■												
6	Clase de investigación, diseño de anteproyecto									■	■										
7	Diseño matriz, operacionalización de variables											■	■								
8	Compromiso grupal, encuentro todos los días por medio electrónico para designar tareas por cada integrante y socializar información													■							
9	Generar cronograma de Gant, con tiempos proyectados para la elaboración del trabajo														■						
10	Realizar presupuesto del proyecto															■					
11	Lectura resolución 008430 de 1993																■				
12	Investigar y leer norma ISO																	■			
13	Consolidar trabajo en Word con normas Vancouver																		■		
14	enviar proyecto por google drive																			■	
15	encuentro grupal, socialización de proyecto conseguido																				■

Anexo F. Presupuesto

Talento humano	Cantidad de horas de asesoría	Valor unitario	Aportes		Total por ítem
			u. a	estudiante	
Asesores (2)	20	\$ 50.000	X		\$ 2.000.000
Investigadores (3)	120 w	\$ 15000		X	\$ 5.400.000
total talento humano					\$ 7.400.000
Recursos logísticos					
Fotocopias	300	\$ 50		X	\$ 15.000
Transportes	4 días	\$ 98.000		X	\$ 392.000
Hoteles	3	\$ 50.000		X	\$ 150.000
Almuerzos	6	\$ 7.000		X	\$ 42.000
Total recursos logísticos					\$ 599.000
Gran total					\$ 7.999.000

Anexo G. Plan de Mejora

QUE	COMO	QUIEN	DONDE	CUANDO	POR QUE
Capacitar a todo el personal en el conocimiento del protocolo de Londres	Realizando cursos prácticos y evaluables con expertos	Área de talento humano de ESE NORTE 2	Auditorio de la ESE NORTE 2	Capacitaciones bimensuales.	Se hace necesario reforzar los conocimientos de los profesionales
Evaluaciones periódicas de los conocimientos de la política de seguridad del paciente	Haciendo evaluaciones tipo ICFES	Área de talento humano de ESE NORTE 2	Auditorio de la ESE NORTE 2	Evaluaciones quincenales cada dos meses	Se debe de evaluar los conocimientos de los profesionales para encontrar falencias
Programa de socialización y publicación de información en la cartelera	Publicar información en cartelera y folletos para los colaboradores	Área de talento humano y comité de calidad de ESE NORTE 2	Cartelera y sitios visibles de la ESE NORTE 2	Periódicos mensualmente	Se deben reforzar los conocimientos en cuanto a seguridad del paciente mediante material gráfico
Entrenar a las personas con repeticiones frecuentes de la norma	Realización de exposiciones y evaluaciones del personal	Comité de seguridad del paciente	Área de talento humano de la ESE NORTE “	Reuniones mensuales de seguridad del paciente primer semana de septiembre	Reducir las no conformidades por no cumplir con lo estipulado en la norma

Anexo H. MATRIZ DE OBJETIVOS, CONCEPTOS, VARIABLES E INDICADORES

Objetivos específicos	Conceptos	Definición	Variables	Definición	Indicadores
<p>Caracterizar socio demográficamente la población de estudio</p>	<p>Caracterización de la población</p>	<p>El tema de demografía y población incluye las operaciones estadísticas relacionadas con el tamaño dinámica y las características específicas de las personas, tales como nacimientos, defunciones. La descripción sociodemográfica de los trabajadores es un instrumento básico dentro del modelo de seguridad y salud en el trabajo.</p>	<p>Genero</p>	<p>Se refiere a la variable biológica que clasifica a la población en hombres y mujeres.</p>	<p>% hombres y mujeres</p>
			<p>Escolaridad</p>	<p>Se refiere al grado de escolaridad más alto al cual ha llegado la persona de acuerdo con los niveles del sistema educativo formal: preescolar, básica en sus niveles de primaria, secundaria, media y superior.</p>	<p>% de personas por nivel de escolaridad</p>
			<p>Técnico:</p>	<p>El nivel de formación Tecnológica es aquel que se ocupa de la educación para el ejercicio de actividades prácticas y con fundamento en los principios científicos que la sustentan.</p>	<p>% de personas por técnicos</p>
			<p>Profesional:</p>	<p>El nivel de formación Universitaria se caracteriza por su amplio contenido social y humanístico con énfasis en la fundamentación científica e investigativa orientada a la creación, desarrollo y comprobación de conocimientos, técnicas y artes.</p>	<p>% de personas de profesional</p>
			<p>Ocupación:</p>	<p>El nivel de formación Universitaria se caracteriza por su amplio contenido social y humanístico</p>	<p>% de personas por ocupación</p>

			<p>Área de trabajo: Cargo:</p> <p>Edad</p>	<p>con énfasis en la fundamentación científica e investigativa orientada a la creación, desarrollo y comprobación de conocimientos, técnicas y artes.</p> <p>Corresponde a las personas que en mes anterior al censo realizaron un trabajo por un ingreso en dinero o especie.</p> <p>Mención al tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo</p>	% por intervalos de edades
Establecer la adherencia de la población involucrada al protocolo	Protocolo	Es el término que se emplea para denominar el conjunto de normas, reglas y pautas que sirven para guiar una conducta o acción.			% de personas con adherencia al protocolo
Proponer un plan de mejoramiento de acuerdo con los hallazgos.	Plan de mejoramiento	Es considerado como el instrumento que conlleva a un conjunto de acciones y metas diseñadas y orientadas de manera planeada, organizada y sistemática desde las instituciones.			% pacientes en el primer trimestre por eventos adversos/ 100
	Población estudio	Personal de salud			