

**POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA IPS SAN SEBASTIÁN
PEREIRA COLOMBIA, 2017**

**INÉS VANESSA CASTRO MAYA
LINA MARÍA PATIÑO VARGAS
YULIETH AMAURIS PEÑA MONTOYA
ANDREA ESTEFANÍA SALAZAR MARULANDA**

**RED ILUMINO
FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CENTRO DE POSGRADOS
ESPECIALIZACIÓN EN AUDITORÍA EN SALUD
PEREIRA, RISARALDA
2018**

**POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA IPS SAN SEBASTIÁN
PEREIRA COLOMBIA, 2017**

PROYECTO

PRESENTADO POR:

**INÉS VANESSA CASTRO MAYA
LINA MARÍA PATIÑO VARGAS
YULIETH AMAURIS PEÑA MONTOYA
ANDREA ESTEFANÍA SALAZAR MARULANDA**

ASESORES

**ZULMA LORENA RODRÍGUEZ SABOGAL
CARMEN LUISA BETANCUR PULGARÍN**

**RED ILUMNO
CENTRO DE POSTGRADOS
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN AUDITORIA EN SALUD
FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA SECCIONAL PEREIRA
PEREIRA, RISARALDA
2018**

Nota de aceptación

Presidente del jurado

Jurado

Jurado

Pereira, marzo de 2018

TABLA DE CONTENIDO

1 PROBLEMA	8
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	8
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	10
2. JUSTIFICACIÓN	11
3. OBJETIVOS	14
3.1 OBJETIVO GENERAL	14
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	14
4. MARCO TEÓRICO	15
4.1 MARCO ANTECEDENTES	15
2 MARCO INSTITUCIONAL	33
4.2.1 INFORMACIÓN GENERAL DE LA INSTITUCIÓN	33
4.2.2 DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	33
4.3 MARCO REFERENCIAL	36
4.3.1 SEGURIDAD DEL PACIENTE:	36
4.3.2 CALIDAD:	37
4.3.3 ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD:	37
4.3.4 PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	38
4.3.5 SALUD LABORAL	38
4.3.6 FALLA DE LA ATENCIÓN EN SALUD	39
4.3.7 RIESGOS	39
4.3.8 EVENTO ADVERSO	39
4.3.9 INCIDENTE	41
4.3.10 ERROR MÉDICO	41
4.3.11 ERRORES DE MEDICACIÓN	42
4.3.12 CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	43
4.3.13 SISTEMA DE GESTIÓN DEL EVENTO ADVERSO	43
4.3.14 ACCIONES DE REDUCCIÓN DE RIESGOS	44
4.3.15 POBLACIÓN	44
4.3.16 CONOCIMIENTO	45
4.4 MARCO CONCEPTUAL	46
SEGURIDAD DEL PACIENTE:	46

CALIDAD:	46
ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD:	46
PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	46
FALLA DE LA ATENCIÓN EN SALUD:	46
CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE:	47
SALUD LABORAL:	47
RIESGO:	47
EVENTO ADVERSO:	47
INCIDENTE:	47
POBLACIÓN:	48
4.4.1 PALABRAS CLAVE	48
4.5 MARCO JURÍDICO, LEGAL O NORMATIVO	49
4.5.1 NORMOGRAMA	49
5 62	
5.1 TIPO DE ESTUDIO	52
5.2 POBLACIÓN Y MUESTRA	52
5.3 MARCO MUESTRAL	52
5.4 UNIDAD DE ANÁLISIS	52
5.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN	52
5.6 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	52
5.8 PLAN DE ANÁLISIS	53
5.8.1 RECOLECCIÓN DE DATOS	53
5.8.2 TABULACIÓN DE LA INFORMACIÓN	53
5.8.3 ANÁLISIS DE RESULTADOS	53
5.8.4 DIFUSIÓN DE RESULTADOS	53
5.9 COMPROMISO DEL INVESTIGADOR	53
5.9.1 COMPROMISO BIOÉTICO	53
5.9.2 COMPROMISO MEDIOAMBIENTAL	53
5.10 RESPONSABILIDAD SOCIAL	54
5.11 ASPECTOS ADMINISTRATIVOS	54
5.11.1 CRONOGRAMA DE TRABAJO	54

5.11.2 PRESUPUESTO	54
6 ANÁLISIS RESULTADOS	55
6.1 DESCRIPCIÓN VARIABLE SOCIODEMOGRÁFICAS	55
6.2 DESCRIPCION VARIABLE DE CONOCIMIENTO	57
6.3 PLAN DE MEJORAMIENTO DE ACUERDO A LOS HALLAZGOS	61
6.4 DISCUSIÓN	62
6.5 LOGROS	63
6.6 DIFICULTADES	63
7 CONCLUSIONES	64
8. RECOMENDACIONES	65
8 ANEXOS	66
BIBLIOGRAFÍA	82

LISTA DE ANEXOS

1 ANEXO ÁRBOL DE PROBLEMAS	78
2 ANEXO ÁRBOL DE PROBLEMAS	79
3 ANEXO. MATRIZ DE OBJETIVOS, CONCEPTOS, VARIABLES E INDICADORES.....	80
4 ANEXO. INSTRUMENTO	82
5 ANEXO. CONSENTIMIENTO INSTITUCIONAL.....	86
6 ANEXO. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	88
7 ANEXO. CRONOGRAMA	92
8 ANEXO, PRESUPUESTO	93

AGRADECIMIENTOS

En el equipo de investigación se viven muchas emociones con las cuales debemos de avanzar para lograr el objetivo propuesto y el cumplimiento de las metas que nos trazamos a nivel personal y profesional, se pasa un sinfín de momentos en los cuales en momentos se tiene puntos de quiebre en los cuales se cree no poder continuar.

Es así como renace nuevamente el espíritu de entrega, esfuerzo y dedicación que nos empuja a seguir a delante con nuestros conflictos y ver que el resultado que vamos a obtener es con el que hemos soñado y el que se quiere lograr para cumplir un reto más en nuestro camino de la vida

Agradecemos a la IPS San Sebastián, Gerente, funcionarios, equipo de calidad, Coordinadores de área, que tuvieron el compromiso, dedicación, participación para realizar todo este proceso del trabajo investigativo, a la Fundación Universitaria del Área Andina por su apoyo con el desarrollo de proyecto.

Dar un sincero agradecimiento a nuestras familias, hijos, esposos, padres, hermanos, amigos que aportaron con su apoyo incondicional, que estuvieron al cuidado de nuestros seres queridos solo con el único objetivo, cuidándolos a fin de cumplir otra meta Profesional y tener la posibilidad de dar un mejor futuro a nuestros hijos y familiares.

1 PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En cualquier escenario o servicio donde se brinde atención en servicios de salud a usuarios se tiene una alta probabilidad de que se presente una falla en la atención en la seguridad del paciente en Servicio de Salud, este es un indicador significativo en la atención con calidad de las instituciones, ya que en la actualidad la seguridad del paciente se considera una prioridad Mundial. Las malas prácticas en los procesos de atención en los servicios de salud han llevado a que se realicen acciones inseguras, por efecto multicausal, inseguridad del profesional, desconocimiento de los procedimientos y/o procesos de la institución, complejidad del servicio de atención, cambio frecuente del personal, estrés laboral, entre otros¹.

En un estudio que publicó el Instituto de Medicina de los Estados Unidos documentó, que solo en Estados Unidos de América alrededor de 100.00 pacientes morían cada año a causa o derivado de una atención insegura en salud y no por una enfermedad. Por tal motivo organizaciones mundiales están implementando Políticas Mundiales, la (OMS) Organización Mundial de la Salud y el Ministerio de Salud y Protección Social público el Manual de Buenas Prácticas sobre la Seguridad del Paciente, donde busca implementar acciones seguras en la atención del paciente disminuyendo y mitigando el riesgo de lesión, incapacidad o muerte².

La seguridad del paciente siempre ha sido el corazón de la práctica sanitaria y la atención a través de la historia de la medicina. Sin embargo, todo el mundo ocasiona daños accidentales no deliberados a los pacientes que buscan atención. Dichos incidentes desfavorables pueden ocurrir en todos los niveles de atención médica, ya sea clínica o gerencial, curativa o preventiva, y en general de atención médica, o privada. Puede ocurrir en cualquier etapa de la administración (radiología, laboratorio, sala de operaciones, sala o UCI).

La OMS, en la reunión celebrada en julio de 2006 en Nueva Delhi, India, identificó un evento adverso como un incidente separado e independiente asociado con la atención médica, que da como resultado lesiones intencionales, enfermedades o la

¹Social, M. d. (2013). Seguridad del Paciente y la Atención Segura. "BUENAS PRACTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN SALUD". *Ministerio de Salud y Protección Social*.

²MÁRQUEZ, C. M. (2008). LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE SALUD. *Universidad Industrial de San Andrés*.

muerte. Tales incidentes pueden ser prevenibles como con las inyecciones contaminadas. Las encuestas publicadas sobre seguridad de los pacientes muestran que en más de la mitad de estos eventos adversos se pueden prevenir y ocurren debido a una escasez en el diseño u operación del sistema o de la organización y no debido al bajo rendimiento del personal sanitario

El estudio del Centro Médico de Harvard en 1991 (después del informe de la OMS, 2006) fue el primero en llamar la atención sobre el volumen del problema de seguridad del paciente. Según la revisión de los registros médicos, la tasa de eventos adversos en tres centros médicos de EE. UU. Osciló entre el 3,2 y el 5,4 por ciento. En el Reino Unido, la tasa fue del 11,7 por ciento y en Dinamarca, la tasa fue del 9 por ciento (Informe de la OMS, 2002). Los resultados de estudios recientes sugieren que la tasa es de entre 3.2 y 16.6 por ciento (por cada 100 ingresos hospitalarios). La situación en los centros de atención de la salud menos documentados en los países en desarrollo es más grave.

El costo de los eventos adversos que ponen en peligro la seguridad del paciente puede ser muy alto, considerando todos los aspectos. Incluye la pérdida de confianza y credibilidad y la reputación de las instituciones de cuidado de la salud, la pérdida de entusiasmo y la gratificación laboral entre el personal que trabaja. Además, el costo incluye el daño a los pacientes y sus familiares, especialmente cuando adoptan actitudes defensivas y mantienen oculta la información de las familias del paciente. Otros costos adicionales son los de la estadía prolongada en el hospital y el aumento de los gastos médicos y los de las demandas legales.³

En otro estudio vemos como, ha proporcionado una revisión integral del control de infecciones como un aspecto importante en la estrategia de seguridad del paciente. Basado en muchos estudios, infección adquirida en el hospital; en este contexto, alternativamente llamada infección asociada a la asistencia sanitaria es uno de los riesgos más frecuentes para la seguridad del paciente en pacientes ingresados en hospitales. La respuesta a la pregunta de por qué es un aspecto importante para la seguridad del paciente radica en el hecho de que el 5-10 por ciento de los pacientes ingresados en hospitales de agudos adquieren una o más infecciones. En los EE. UU., 2 millones de pacientes contraen infecciones hospitalarias cada año con 90,000 muertes.

Esto agrega un costo de 4.5 a 5.7 mil millones de dólares estadounidenses al costo de la atención médica (Bruke, 2006). Existen cuatro tipos de infecciones adquiridas en el hospital, que representan el 80% de la tasa total. Estas son infecciones asociadas con cateterismo urinario, infección transmitida por la sangre

³ OMS, Colaboremos por la salud, (2006), perfil mundial de la salud de los trabajadores, Organización Mundial De La Salud.
http://www.who.int/whr/2006/06_chap1_es.pdf?ua=1

(generalmente con procedimientos vasculares invasivos), infecciones por heridas quirúrgicas y neumonía (generalmente asociada con el uso de ventiladores). Por lo tanto, es comprensible que el 25 por ciento de estas infecciones ocurran en la UCI. La mayor conciencia de la seguridad del paciente dio como resultado la reorganización de los conceptos de control de la infección y su inclusión en el ámbito de la salud pública.

En otro análisis se ve el informe del Instituto de Medicina de 2004 (después de Armstrong y Laschinger, 2006) reconoció el papel de la enfermería como fundamental para la seguridad del paciente. El informe sugiere que el grado de actividad de las enfermeras de los hospitales y el grado de autoridad para tomar parte en las decisiones afecta directamente la calidad y la percepción de la seguridad del paciente; para establecer prácticas de enfermería, que respaldan la cultura de seguridad del paciente, también mantienen prácticas profesionales de enfermería, y deben escuchar atentamente las cuestiones relevantes de las enfermeras. Si los gerentes de enfermería cumplen con sus responsabilidades directas, entonces trabajan con otros en el establecimiento de atención médica para mejorar el proceso organizacional en lo que respecta a limitar la competencia de la enfermera hacia una mejor atención del paciente. El resultado de Armstrong y Laschinger, 2006 sugirió que los gerentes de enfermería (enfermeras líderes) tienen la capacidad de desarrollar la seguridad del paciente en las organizaciones de atención médica.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es el grado de conocimiento sobre la Política de Seguridad del Paciente en los trabajadores de la salud en la IPS San Sebastián en la ciudad de Pereira, Risaralda, en el primer trimestre del año 2018?

2. JUSTIFICACIÓN

Dentro de las responsabilidades del Estado Colombiano está la de proteger la vida, los derechos a la seguridad social y a la salud de todas las personas residentes en Colombia. Así mismo, tiene a su cargo la organización, dirección, y reglamentación de los servicios públicos de la atención en salud, saneamiento ambiental y ejercer la vigilancia y control de la prestación de servicios en salud. La alta gerencia de las instituciones debe comprometerse con la seguridad del paciente como estrategia tanto para la acreditación de servicios con calidad dando reconocimiento a la entidad, evitar aumento de eventos adversos, cuidar su capital financiero, y proteger la integridad de los usuarios, todo esto es indispensable para un entorno seguro y promover una transformación hacia una cultura de seguridad.

La aplicación de una Política de Seguridad del Paciente cobra mayor importancia en la actualidad, mejorando las expectativas de vida de los usuarios generando programas, creando estrategias efectivas que apuntan a la disminución de factores riesgo, fallas latentes y acciones inseguras que contribuyen a que se presenten eventos adversos o incidentes que pueden ser evitables en la práctica de atención en salud. En relación con el plan de acción frente a las situaciones y hallazgos presentados, se establecerán barreras de seguridad, las cuáles ven procedimientos inseguros los que deberán ser rediseñados, respecto a las acciones de mejoramiento.

La justificación teórica y práctica es relevante a tener en cuenta la evidencia científica en investigaciones previas y experiencias exitosas de una Institución Nacional y/o Internacional que tenga alto reconocimiento por la Calidad en la Seguridad del paciente con el fin de adaptar y adoptar estrategias que apunten a mejorar la atención con calidad y garantizar la Seguridad del paciente. La orientación hacia la prestación de servicios de salud más segura requiere que la información sobre seguridad del paciente esté integrada para su difusión, despliegue y generación de conocimiento, para estimular a los diferentes actores en el desarrollo de las acciones definidas en las líneas de acción y el logro del objetivo propuesto. Por tal razón se hizo una revisión bibliográfica para responder a nuestra pregunta de investigación.

Continuando con el propósito de mejorar la seguridad del paciente en las instituciones, recientemente en las organizaciones se pasa de la recomendación estatal de trabajar en seguridad del paciente, a la obligatoriedad de tener una estructura exclusivamente dedicada a la seguridad del paciente, de tener una Política de Seguridad, un Programa de Seguridad del Paciente y de definir procesos

institucionales asistenciales seguros, tal como lo dicta nuestra reciente resolución 2003 de 2014 ⁴

Aun en las instituciones no existe la cultura del reporte de los incidentes y eventos adversos, ni la generación de planes de mejoramiento con base a los hallazgos encontrados, falta capacitación, aún no se ha logrado un compromiso institucional a nivel directivo ni del 100% de los colaboradores hacia la atención del paciente con altos niveles de calidad, mitigando así el riesgo de ocasionar una lesión, incapacidad o la muerte. Por toda la evidencia documentada que se mencionara se hace indispensable la articulación de componentes de calidad para crear y promover el programa Seguridad del paciente en la Institución que se realizará el trabajo de investigación, aportando el conocimiento aprendido y generando conciencia entre los trabajadores acerca de la importancia de implementar buenas prácticas de atención en salud.

Luego de la evaluación de los progresos realizados, el siguiente paso es para otro grupo de pacientes. Al final, esto debería proporcionar la sincronización entre el personal que facilita la toma de decisiones en la escasez de tiempo y brinda una mejor capacitación y educación al nuevo personal.

Se han realizado varios estudios nacionales procurando evaluar la frecuencia con la cual se presentan los eventos adversos y se han empleado diversas modalidades epidemiológicas, las cuales han tenido en común ser desarrolladas en dos fases, en la primera se aplican técnicas de tamizaje por personal de enfermería para detectar alertas en aquellos casos en los cuales existe una alta probabilidad de que se presente un evento adverso y en la segunda se realiza un análisis en profundidad por profesionales médicos para confirmar si en el anterior tamizaje se detecta la ocurrencia de un evento adverso para entrar a clasificar y explorar la causalidad de ese evento adverso detectado.⁵

Para medir la frecuencia con la cual se presenta el fenómeno se han realizado estudios de incidencia y de prevalencia, lo cual es importante de tener claro para poder interpretar correctamente los hallazgos de los mencionados estudios y eventualmente hacer inferencias acerca de los hallazgos encontrados. En cuanto a los estudios de prevalencia, (evaluación de los casos ocurridos durante y antes

⁴ Social, M. d. (2013). Seguridad del Paciente y la Atención Segura. "BUENAS PRACTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN SALUD". *Ministerio de Salud y Protección Social*.

⁵ Colombia Frecuencia y perfil de los eventos adversos Argentina, Colombia, México, Costa Rica y Perú (2016)
https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/AVANCES_DE_LA_SEGURIDAD_DE_PACIENTES_EN_COLOMBIA%20_2014.pdf

del período de observación), según Aranaz JM solamente se han encontrado tres estudios relevantes: el de Quennon y colaboradores, el de Mostaza en España y el de Herrera-Kiengelher y colaboradores en México, en los cuales las frecuencias encontradas varían entre 9.8% y 41%. En los estudios de incidencia (evaluación de los casos ocurridos durante el período de observación), la frecuencia varía entre el 9% (en el estudio de Dinamarca) hasta el 16.6% (en el estudio australiano).

Se debe tener en cuenta la evidencia científica en investigaciones previas y experiencias exitosas de una Institución Nacional y/o Internacional que tenga alto reconocimiento por la Calidad en la Seguridad del paciente con el fin de adaptar y adoptar estrategias que apunten a mejorar la atención con calidad y garantizar la Seguridad del paciente. A modo de ejemplo vemos como Amalberti, 2005, identificaron cuatro barreras del sistema para una atención médica aún más segura; el primero son las reglamentaciones, que limitan significativamente el riesgo permitido, por lo tanto, limitan el rendimiento máximo de los proveedores de atención médica. Existe una necesidad real de un equilibrio adecuado entre las nociones industriales para obtener una alta productividad, lo que sea necesario, y los conceptos de cultura de seguridad del paciente. Al hacer eso, los investigadores deben tener en cuenta los problemas económicos del sistema de salud y el impulso espontáneo de la productividad entre los trabajadores de la salud.

Como también es necesario tratar otros temas importantes antes o en conjunto con el tema de la seguridad del paciente, un ejemplo importante de estos problemas es la necesidad de estandarizar la práctica de la asistencia sanitaria y la enfermería. En tercer lugar, el núcleo del trabajo sanitario es la sincronización entre los profesionales, por lo tanto, las recomendaciones deben enfatizar el trabajo en equipo y abrir canales de comunicación entre el personal sanitario, en lugar de intentar alcanzar el rendimiento óptimo de cada nivel organizacional por separado. El cuarto obstáculo es la necesidad de una mediación a nivel del sistema para mejorar la planificación de la seguridad del paciente.

Se realizará medición a los profesionales médicos y de enfermería a través de instrumentos de evaluación el conocimiento y herramientas que hayan adquirido en procesos de socialización y capacitación de temas acerca de la política seguridad del paciente, con el fin de tener un panorama amplio de la situación con e implementar estrategias para retroalimentación de los temas que son de interés tanto a nivel de la organización como crecimiento personal.

El trabajo que se presenta, permite la oportunidad de complementar y reforzar la Política Seguridad del paciente y mejorar el sistema reporte de eventos adversos que sea oportuno y de fácil acceso para trabajadores de la Institución, identificando los faltas que de manera más frecuente se presentan en el proceso de atención en una Institución donde se presta servicios de salud IPS de primer nivel, donde se incluyen procesos con abordajes complejos de atención y cuidado en un ambiente de seguridad, donde a través del liderazgo de los profesionales de Enfermería, se

brinde al paciente y familia un proceso de atención con calidad, seguridad y pertinencia.⁶

⁶*Business Wire En español* Retrieved from
El movimiento de seguridad del paciente anuncia tres nuevos desafíos de seguridad del paciente.
2016, Jun
<http://proxy.bidig.areandina.edu.co:2048/login?url=https://search.proquest.com/docview/1797132996?accountid=50441>

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar el grado de conocimiento sobre de la Política de Seguridad del paciente, en los trabajadores de la IPS San Sebastián en la ciudad de Pereira, Risaralda, en el primer trimestre del año 2018, para proponer un plan de mejoramiento de acuerdo a los hallazgos.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar socio-demográficamente la población de estudio.
- Identificar grado de conocimiento sobre la política de seguridad del paciente en la institución IPS san Sebastián.
- Diseñar plan de mejoramiento pertinente ante los eventos presentados

4. MARCO TEÓRICO

4.1 MARCO ANTECEDENTES

Durante la historia de la humanidad se ha presentado un gran número de eventos que han llevado a que se genere una lesión, discapacidad o incluso la muerte de los pacientes a nivel mundial, en las primeras guerras mundiales por desconocimiento y en la actualidad por falta de conciencia en la bioseguridad, debido a las malas prácticas y acciones inseguras del personal de Salud o por desconocimiento de los mismos pacientes o familiares cuando no han tenido una difusión en la información por medio de la educación en las Políticas Seguridad del paciente en las Instituciones.

A causa de las situaciones que se vienen presentando, se evidencia la claridad en cómo algunas instituciones prestadoras de servicios de salud junto con los profesionales desean implementar estrategias que condicionen la seguridad del paciente y para la comodidad de los familiares, dónde se logra mejorar la calidad de atención de los pacientes, buscando el mejoramiento de la institución con el fin de garantizar un servicio de salud con calidad y calidez. Con referencia a lo mencionado anteriormente, lo que se está presentando en los últimos años es que se trate con mayor importancia el tema de la prestación de servicio a los pacientes, donde se ven involucradas instituciones de salud, colegios, farmacias, enfocándose en el paciente como el centro de atención, cumpliendo todas sus expectativas.

Algunas de las prácticas que comúnmente realizan muchas instituciones para prevenir los eventos adversos sería reducir el riesgo de infecciones, garantizando una atención limpia bajo salubridad; acciones para evitar los errores en la administración a los medicamentos, debido a la falta de conocimientos sobre los medicamentos en cuanto a su mecanismo de acción, vía de administración y dosificación; se trabaja mucho para la comunicación que se tenga con el paciente y sus familiares con el fin de indicar lo que sucede en su momento; y finalmente los programas para evitar las caídas de los pacientes, mediante las capacitaciones que se puedan brindar en pro de la seguridad del paciente.

Es por esto entonces, que la seguridad del paciente se llevó a cabo mediante una adecuada planeación de los servicios de salud hospitalarios, el cual se dio bajo el origen del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad (SOGC), por lo cual tiene como objetivo principal prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reduciendo y de ser posible eliminando la ocurrencia de eventos adversos para así contar con instituciones seguras y competitivas a nivel Nacional como internacional, donde se presente el personal de enfermería con raíces humanistas en pro de la calidad de vida del paciente. Sobre la base de las consideraciones anteriores como profesional de la salud se tiene como objetivo

claro direccionar al personal a cargo, disminuir el riesgo, prevenir eventos adversos, brindar educación al paciente y a la familia, constante vigilancia y control, con el fin de generar la calidad en la atención.

Se expone claramente que no solo la seguridad del paciente debe ser tomada como una exigencia por parte de las nuevas directrices que se pretenden establecer dentro del servicio de salud, sino a que todos y cada uno de los del sistema de salud se involucren a las acciones de responsabilidad con el fin de brindar atención a la población, acciones que serían destinadas a mejorar la calidad de vida, de la estancia dentro de las instituciones, y un sinnúmero de problemáticas que se están presentando o que durante un tiempo remoto se presentaron con mayor frecuencia, entre las cuales el manejo de infecciones que se estaba realizando debido a los eventos adversos presentado por mala praxis, generando que las instituciones tuvieran un desbalance en sus finanzas, debido a la carencia de un programa que estuviera rígidamente estructurado.

Es así como se precisa la necesidad de que exista la cultura de seguridad al paciente en todos los ámbitos, enfocándose en el usuario el cual requiere del trabajo con calidad y garantizado por parte del personal de salud, donde no solo se genere las adecuadas expectativas al paciente sino también a la familia, por lo tanto debe existir la comunicación dentro de los miembros del sistema de salud que están brindando al paciente el servicio, evidenciando aquello que pueda estar por peligrando en su entorno, evitando así que se genere un mayor daño, mediante los eventos adversos.

Es importante entonces afirmar que existe un número de misiones que como profesionales de la salud tenemos a cargo con el paciente y su familia, también como con la institución donde serían demostrar a cabalidad el compromiso tanto personal como profesional en el cuidado del individuo, es ahí donde entra en regla el cumplimiento a la cultura, donde como enfermero se aplican acciones de promoción, prevención y rehabilitación a aquellos pacientes que necesitan ser escuchados mediante una persona delegada para brindar el servicio, y cómo lograrlo mediante el liderazgo que ejerza en las funciones de atención en salud.

No obstante como ya se mencionó anteriormente el tema de la cultura va en pro del respeto al individuo, donde no se debe evaluar o calificar la condición sexual, el estatus socioeconómico, los grupos étnicos y problemas de salud que se presentaron durante su trayecto de vida los cuales le generaron incapacidades de diferente índole, es decir, respetar como profesionales las condiciones en las cuales las personas se encuentran, respetando sus derechos básicos, donde el eje central sea administrar los cuidados seguros, continuos y con calidad al paciente, teniendo las capacidades para desempeñar el rol el cual nosotros mismo decidimos asignarnos para desempeñar con eficiencia, eficacia y efectividad la profesión, evitando de este modo riesgos que puedan generar un paso a las secuelas irreversibles.

Lo que se busca con las misiones que son establecidas a los enfermeros es tener una visión como profesionales con la disciplina científica que se necesita para actuar en pro del bienestar del paciente, siendo profesionales humanitarios, donde se genere afecto y compromiso a toda la población y de este modo evitar atentar contra la integridad del paciente y su familia. Las estrategias que se quieren establecer son con el fin de promover acciones de prácticas seguras, orientadas a mejorar la cultura que se tiene para la atención humanitaria al paciente y familia por parte de los profesionales de salud, por ende, se requiere el compromiso y alianzas de organizaciones para que se dé el cumplimiento que carece no solo a nivel nacional sino también a nivel internacional, donde se tome la seguridad del paciente como una política sanitaria.

Para lograr que se promueva la seguridad clínica del paciente se busca que se disminuyan los eventos adversos, suprimiendo la actividad que los ocasiona, evitando los fallos humanos en el desarrollo de la actividad, debido a que aún en algunas instituciones no existe la cultura del reporte de los incidentes y eventos adversos, ni la generación de planes de mejoramiento con base a los hallazgos encontrados, falta capacitación, aún no se ha logrado un compromiso institucional a nivel directivo ni del 100% de los colaboradores hacia la atención de los pacientes con altos niveles de calidad, mitigando así el riesgo de ocasionar una lesión, incapacidad o la muerte. Por ello se está trabajando continuamente en el mejoramiento en los sistemas de salud, donde se brindan las capacitaciones respectivas incentivando a que se actúe como profesional de una manera correcta y sin contratiempos, que no solo afecta al paciente y su familia sino también a las instituciones y a al personal de enfermería encargados de llevar a cabo el mejoramiento en la prestación del servicio.

En diversas instituciones y en las campañas que se realizan en la comunidad se busca identificar aquellos factores que necesitan ser fortalecidos para mejorar la prestación de los servicios y poner en frente las cualidades de la institución en cuanto a la seguridad que debe regir sobre el paciente, es decir, se logran identificar lo que son las amenazas y las debilidades, las cuales serían dentro de muchos servicios la falta de comunicación y liderazgo para que se lleve a cabo la cultura de la seguridad, factor por el cual se generan discordias, falta de compromiso por parte del personal de salud para suplir las necesidades que requiere no solo la institución sino también el que se genere una adecuada imagen al paciente y sus familiares.

No se cuenta con los recursos necesarios e indispensables para que se realicen los procedimientos solicitados por los pacientes, la alta demanda de trabajo hace que como profesionales entremos en congestión, donde en muchas ocasiones resulta difícil prestar a tiempo y con seguridad lo que el paciente o el usuario solicite, la ausencia de indicadores de seguridad se suma a uno de los factores por los cuales la calidad en la prestación del servicio puede irse deteriorando debido a que no existe ese seguimiento continuo en relación con otras instituciones o con

problemáticas que se puedan estar presentando con una mayor incidencia dentro de la comunidad, es decir, donde no se puede detectar los problemas de salud pública que se estén generando, es por ello que se es imposible la elaboración de estrategias en busca de prestar un servicio oportuno, libre de eventos adversos prevenibles a los usuarios.

Un último y muy importante factor de lo que se puede identificar que afecte de una manera directamente proporcional al paciente sería la falta de protocolización, debido a que en muchas instituciones y en muchas campañas que se realizan extramurales, las directivas de salud encargadas de la elaboración y la planificación de los protocolos o guías no presentan el interés o la adherencia en la actualización continua de los procedimientos que puedan llevar a los profesionales los profesionales de salud a cometer eventos adversos, es allí donde se encuentra a flote el riesgo, es decir, la probabilidad de que se presente un incidente o un evento adverso.

Resulta oportuno entonces hacer referencia a lo que como profesionales dentro del campo de la salud encontramos como oportunidades de mejora para llegar al fortalecimiento de la institución y prestación del servicio. Se debe fomentar la cultura de seguridad a todos y cada uno de los pacientes, sus familiares y a el equipo de trabajo, por esta razón se busca como prestadores de salud competencias ante la formación y el desarrollo profesional, generando así cambios organizacionales con planificaciones estratégicas que se lleven a la práctica garantizando la atención con calidad.

Finalmente, lo que se pretende es crear consciencia sobre el desafío que se está generando por la prestación del servicio en salud a los usuarios, evitando que ocurran eventos adversos, los cuales son el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produce el daño. Todo esto se genera cuando existe el peligro y debido a la falta de comunicación o malas prácticas asistenciales y/o administrativas, se llevan a cabo técnicas inapropiadas que pueden dar como resultado una lesión la cual puede ser reversible e irreversible. Como actuales veedores de los servicios en salud debemos ser garantes y generar conciencia a los colaboradores, teniendo en cuenta que los usuarios son personas con los mismos derechos en salud, pero con un componente adicional que es la carga de enfermedad tanto física como emocional a nivel individual y familiar, ponerme en el zapato del otro me lleva a otro nivel ¿cómo quisiera yo como paciente recibir atención de un personal que tiene a cargo mi vida o la vida de mi ser querido?

Por lo tanto, el personal de enfermería debe tener la disposición de liderazgo y de emprendimiento para asumir las responsabilidades, teniendo la formación estricta en el cuidado integral del paciente, y de este mismo modo se tenga la vocación, las

capacidades y aptitudes para ejercer. Buscando la prevención de eventos indeseados mediante las prácticas seguras como lo son los procesos institucionales seguros, procesos asistenciales seguros, incentivar a prácticas que mejoren la actuación de los profesionales e involucrar a los pacientes y sus allegados en la seguridad en todos los contextos, como se ve en el estudio de Cook en el que asumieron que los medios para mejorar la seguridad del paciente son apoyando la capacidad del profesional para percibir y cruzar estas disparidades, en lugar de hacer cambios en la autoridad o diferentes roles con la posible división de la fuerza de trabajo profesional.

La información sobre seguridad del paciente esté integrada para su difusión, despliegue y generación de conocimiento con el fin de estimular a los diferentes actores al desarrollo de las acciones definidas en las líneas de acción y el logro del objetivo propuesto⁷; Por otro lado, la revista de calidad asistencial en relación con la seguridad del paciente y calidad asistencial, hace referencia a que “dicha seguridad incluye a las actuaciones orientadas a eliminar, reducir y mitigar los resultados adversos evitables, generados como consecuencia del proceso de atención a la salud, además de promocionar aquellas prácticas que han resultado más seguras, al tiempo que propicia un cambio cultural que destierre todo atisbo de cultura reactiva que culpabilice a los profesionales por sus errores⁸.

Por lo tanto, se realizan investigaciones con respecto en cómo se evidencia en América Latina el fortalecimiento de las políticas de seguridad. La identificación de eventos adversos es un componente de alta relevancia en salud. En América Latina y el Caribe, tal medición no siempre es tomada en cuenta pese a la considerable frecuencia con que tales eventos son reportados - esto sin contar la proporción de casos que no se consignan en los registros. Se estima que 10 de cada 100 pacientes hospitalizados han presentado efectos adversos alguna vez durante la hospitalización y se espera que la tasa aumente a 20 si se duplica el número de días hospitalizados. En el Estudio Iberoamericano de Efectos Adversos (IBEAS), el primer trabajo a gran escala en la región sobre incidentes que causan daño en la asistencia sanitaria, realizado en 58 hospitales de cinco países, la prevalencia

⁷Social., M. d. (2008). Política de Seguridad del Paciente. *Ministerio de Salud y Protección Social.*, PP. 1-2
<https://www.minsalud.gov.co/salud/PServicios/Paginas/Seguridad-del-Paciente.aspx>

⁸ J.M. Aranaza, y. C. (2011). Seguridad del Paciente y Calidad Asistencial. *Revista de Calidad Asistencial.* Vol. 26, PP. 1
<http://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-seguridad-del-paciente-calidad-asistencial-S1134282X11001606?redirectNew=true>

estimada de efectos adversos fue de 10%, hallándose además que más de 28% de los efectos adversos desencadenaron discapacidad y 6%, muerte 1,2⁹.

Entonces, se cuestiona si es un nuevo modelo la seguridad del paciente como lo afirma la academia mexicana de cirugía. Los escritores Jorge Alfonso Pérez Castro-y Vázquez, afirman que “durante los últimos años se ha hecho más frecuente la referencia a la seguridad del paciente y es común escuchar que asociaciones, colegios, instituciones, industria farmacéutica y de equipamiento médico, están enfocando sus objetivos hacia ese aspecto. Estos hechos hacen sentir que se está avanzando rápidamente hacia una atención segura, lo cual es cierto, sin embargo, no se ha logrado generar una cultura de seguridad del paciente en forma absoluta, quizá por resistencia a cambiar prácticas cómodas, aunada a la tolerancia de acciones que se realizan por rutina, aunque sean incorrectas, o porque el sistema lo permite y, en ocasiones, lo favorece¹⁰.

La atención médica es una causa importante de daño a los pacientes en todo el mundo, según Fajardo-Dolci, “Se estima que en aproximadamente 10% de todos los internamientos hospitalarios ocurren incidentes que alargan la estancia hospitalaria al producir infecciones, generar daño físico por caídas o mal uso de medicamentos, o que incluso provocan la muerte. En nuestro medio existe poca información válida sobre la seguridad de la atención médica, las consecuencias de los errores médicos y las opciones disponibles para fomentar una cultura de seguridad del paciente. Se ha promovido el desarrollo de acciones encaminadas a combatir este problema, incluyendo la instauración de comités nosocomiales dirigidos a mejorar la calidad de la atención médica y seguridad del paciente¹¹.

La investigación planteada por Román hace referencia a que “La enfermería es una profesión con profundas raíces humanistas, genuinamente preocupada por las personas que confían en su cuidado, en especial de quienes experimentan una situación de enfermedad y sufrimiento. Es una actividad formal que aprecia y valora la conciencia colectiva del gremio. Durante los métodos, Se detallaron los criterios que sustentan a la enfermería como profesión, la misión y las directrices que rigen

⁹ Rojas-Mirquez., Á. M.-C. (2012.). La seguridad del paciente: un componente de las políticas de salud que hay que fortalecer en América Latina. *Revista Panamericana de Salud Pública*. Vol. 31, PP. 531-532.

http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892012000600014

¹⁰ Pérez Castro-y Vázquez, J. A. (2011). ¿La seguridad del paciente es un nuevo paradigma en la atención médica? *Cirugía y Cirujanos*. Vol. 79, PP. 303-304.

<http://www.redalyc.org/pdf/662/66221384001.pdf>

¹¹ Fajardo-Dolci, G. (2010). Seguridad del Paciente. *Cirugía y Cirujanos*. Vol. 78, PP. 379-380.

<http://www.redalyc.org/pdf/662/66220238001.pdf>

la responsabilidad social, así como los 10 criterios internacionales para evaluar la seguridad del paciente, basado en el estudio analítico de la bibliografía consultada. Las cuales son:

Demostrar un compromiso personal y profesional en el acto del cuidado.

Estar capacitado para desempeñar la profesión.

Administrar cuidados seguros y continuos.

Respetar los derechos básicos de los individuos.

Ser portavoz del paciente y abogar por él.

Aplicar acciones de prevención, promoción, curación y rehabilitación.

Evitar riesgos o secuelas.

Brindar atención de calidad.

Respetar al individuo sin enjuiciar su orientación sexual, estatus socioeconómico, grupo étnico, problemas de salud o naturales, raza o influencia ideológicas.

Colaborar en las funciones de liderazgo dentro de un sistema cambiante de atención de salud”¹².

Se plantea igualmente la necesidad de reconocer el error médico en cuanto a la seguridad del paciente. Incentivar el interés por el diagnóstico oportuno y la prevención del error médico (EM), para lo cual se hizo una revisión de la literatura nacional e internacional y se realizaron entrevistas a profesionales conocedores de este tema. Se señala la creciente preocupación por el EM en todas las latitudes, debido al número de eventos adversos que se producen, y para algunos autores representa la octava causa de mortalidad general y la sexta causa de mortalidad hospitalaria. Se analizan los antecedentes, definición, clasificación, epidemiología, factores causales y forma de enfrentar el problema¹³.

Según las investigaciones de Míguez, “La seguridad del paciente es un factor esencial de la calidad asistencial y desde la publicación del informe "Errar es humano" es objeto de atención general. Los efectos adversos más comunes son los relacionados con el uso de medicamentos y con frecuencia son evitables¹⁴.

¹² Román., M. C. (2006). La Seguridad del Paciente, una responsabilidad en el acto del cuidado. *Revista Cubana Enfermería*. Vol. 22, PP. 0-0.

http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03192006000300007&script=sci_arttext&lng=en

¹³ Fajardo., B. N. (2005). Calidad de la atención de salud. Error médico y seguridad del paciente. *Revista Cubana de Salud Pública*. Vol. 31, PP. 0-0.

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662005000300010

¹⁴ Míguez, A. M. (2007). Seguridad del Paciente. Patient safety. *Anales de Medicina Interna*. Vol. 24, PP. 602-606.

La OMS creó en octubre de 2004 una iniciativa especial denominada Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente (*World Alliance for Patient Safety* en su denominación en inglés) con el deseo de establecer las políticas necesarias para mejorar la seguridad de los pacientes. La Alianza definió los programas a realizar y los encaró como desafíos globales a desarrollar en todo el mundo. En octubre de 2005, un año después de creada la iniciativa, se lanzó en la sede de la OMS en Ginebra el primer desafío, que estuvo destinado a promover una campaña mundial para disminuir las infecciones nosocomiales bajo el lema "Una atención limpia es una atención más segura".

Según datos de la misma OMS en 2007, se calcula que, si médicos y enfermeras se lavaran las manos regularmente durante su jornada de trabajo, se evitarían cada día en todo el mundo 1,4 millones de casos de infecciones adquiridas en hospitales y otros centros sanitarios. Incluso en los países desarrollados, entre el 5 y el 10% de los pacientes hospitalizados se infectan durante su estadía, mientras que en algunos países no desarrollados las cifras ascienden hasta un 25%. Aún no contamos con datos sobre los resultados de esta campaña, en la cual se esperaba una reducción no menor a 30% en la tasa de infecciones nosocomiales¹⁵; Para la prestación adecuada de la seguridad del paciente se tiene que contar con un personal de enfermería competente como lo indica la Dra. C. Omayda Urbina Laza. Las acciones que desarrollar por los enfermeros para el mantenimiento de la seguridad del paciente están dadas por:

1. Unidad del paciente ordenado. Se refiere a que el cuarto del paciente o el área se encuentre sólo con el material y equipo necesario y en orden, así como sus artículos personales.
2. Ayuda para subir y bajar de la cama. El paciente en la terapia postquirúrgica generalmente se encuentra en condiciones de suplicia total o ayuda para la satisfacción de sus necesidades, debido al uso de fármacos o dispositivos que lo limitan, por lo cual la enfermera debe asistirlo continuamente para evitar riesgos.
3. Necesidades del paciente cubiertas. Se refiere a las necesidades básicas tales como oxigenación, alimentación, eliminación, comunicación y confort que son ámbito del cuidado enfermero y pueden ser cubiertas dentro de sus posibilidades.
4. Identificación del paciente según lo establecido.
5. Mantenimiento de una comunicación asertiva con familiares y miembros del equipo de salud.

¹⁵ Cernadas., D. J. (2009). La OMS y su iniciativa "Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente". The WHO and its "World Alliance for Patient Safety" initiative. *Archivos Argentinos de Pediatría*. Vol. 107, PP. 385-386.

http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752009000500001

6. Cumplimiento de las normas higiénico-epidemiológicas del servicio para la protección del paciente de agentes externos.

A partir de lo antes expuesto se concluye que el conocimiento de los principales aspectos que son causas de errores asociados al cuidado, es de vital importancia al dar la posibilidad de actuar en consecuencia para minimizar la ocurrencia de los mismos, así como al relacionar las competencias genéricas con las acciones de enfermería para el mantenimiento de la seguridad del paciente, se evidencia que la responsabilidad profesional está implícita en el acto del cuidado, lo que demanda una formación de enfermeros con una visión científica de la profesión, preocupados por el bien de la humanidad, capaces de brindar cuidados oportunos, de calidad y libres de riesgo¹⁶.

El estudio de la cultura de la seguridad del paciente para Fajardo- Dolci es actualmente un tema obligado que puede facilitar la retroalimentación de los sistemas de salud, con la posibilidad de implantar medidas de mejora basadas en la determinación de problemas concretos. Se realizó un estudio transversal y descriptivo mediante una encuesta sobre la cultura para la seguridad del paciente a 300 asistentes al Simposio Conamed 2009, de los que 174 tenían trato directo o indirecto con pacientes, que corresponden a 58.6% de los asistentes. Los restantes 126 no se incluyeron en el estudio debido a que no eran personal de salud.

Como instrumentos y mediciones agruparon las siguientes 12 subescalas:

1. Frecuencia de los eventos reportados.
2. Percepción global de seguridad.
3. Expectativas y acciones del jefe para promover la seguridad.
4. Aprendizaje organizacional.
5. Trabajo en equipo dentro de la unidad hospitalaria.
6. Apertura en la comunicación.
7. Trabajo en equipo entre unidades hospitalarias.
8. Cambios de turno y rotación en el hospital.
9. Asignación de personal.
10. Apoyo del hospital en la seguridad del paciente.
11. Retroalimentación y comunicación acerca del error.
12. Respuesta de no castigo al error.

¹⁶ Laza., D. C. (2011). Competencias de Enfermería para la seguridad del paciente. Nursing competences for patient' safety. *Revista Cubana de Enfermería*. Vol. 27, PP. 239-247. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192011000300008

Los resultados obtenidos permiten identificar la percepción que tienen los profesionales de la salud sobre los diferentes temas relacionados con la cultura de la seguridad de los pacientes, entre los que se incluye el reporte de incidentes, actitudes para el trabajo de equipo, comunicación y coordinación entre los equipos de trabajo, entre otros temas no menos relevantes y estrechamente asociados con el proceso de educación médica relacionada con el desarrollo de la cultura de seguridad¹⁷.

Para Miriam Estepa del Árbol, “la seguridad del paciente constituye un componente clave de la calidad asistencial que en los últimos años ha alcanzado gran relevancia. El diseño empleado es el de un estudio de revisión bibliográfica. Posteriormente, se establecieron los criterios de inclusión y exclusión, los criterios de inclusión son artículos que trataran sobre la seguridad del paciente en el ámbito sanitario, estudios de investigación que reportaran resultados sobre la implantación de algún programa de seguridad del paciente, artículos originales, con disponibilidad en texto completo, la fecha de publicación entre 2005 y 2015 (modificable en caso requerido). En inglés o español y que haya sido revisado por expertos. Los criterios de exclusión fueron artículos que no presentaban resultados, sin estructura científica y/o revisiones bibliográficas.

Con respecto a la identificación de pacientes, sólo se encontraron 2 estudios que evaluaban este tipo de medida. Ambos mostraban un alto grado de implantación, cercano al 100% en diferentes servicios hospitalarios y al 85% en el área de urgencias. No obstante, unos de estos estudios reflejan que los profesionales sólo comprueban la pulsera antes de procedimientos como administración de medicación, extracciones sanguíneas o intervenciones quirúrgicas en un 20-30% de los casos. El uso correcto de esta medida se ha mostrado útil para reducir los EA asociados a una mala identificación, pero necesita la implicación de los profesionales. Unas prácticas profesionales seguras suponen la comprobación de los datos del paciente antes de cada técnica, especialmente de aquellas de gran impacto. Finalmente indicar que es imprescindible la implicación de los profesionales sanitarios y muy especialmente los de enfermería, pues son ellos los que más contacto directo tiene con los pacientes¹⁸.

¹⁷ Fajardo-Dolci, G., & Rodríguez-Suárez. (2010). Cultura sobre seguridad del paciente en profesionales de la salud. *Cirugía y Cirujanos*. Vol. 78, PP. 527-532.
<http://www.redalyc.org/pdf/662/66220323010.pdf>

¹⁸ Miriam Estepa del Árbol, M. C. (2016). Eficacia de los programas de seguridad del paciente. *Facultad de Medicina y Enfermería de Córdoba. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. España*. Vol. 19.
<http://www.revistaseden.org/imprimir.aspx?idArticulo=4424170094097098093424170>

Por otra parte, el escenario laboral para los profesionales de la salud ha sufrido importantes cambios en los últimos años, quizás debido a las nuevas reglas del mercado, a los efectos de la globalización económica y a las nuevas tendencias de los modelos de gestión y administración en salud. Uno de esos cambios es la disminución del poder adquisitivo de los profesionales de la salud, lo cual conlleva a que para mantener su nivel de vida y de ingresos, y estar en capacidad de responder a las obligaciones económicas y necesidades impuestas por la sociedad, estos profesionales laboran más horas de las recomendadas y estipuladas¹⁹.

En la investigación aclara también que, Entre los aspectos estudiados se incluye la carga laboral expresada en horas/por semana. El estudio muestra que la mayoría de los profesionales de las diferentes especialidades médicas laboran en promedio entre 46-50 horas a la semana, pero con un rango muy amplio que varía desde menos de 30 horas a la semana hasta más de 65 horas. Con un importante porcentaje de médicos especialistas, 40% que laboran más de 50 horas a la semana y 10% que laboran más de 65 horas a la semana.

Si errar es humano, realizar gestión clínica en seguridad lo es también; entendida ésta como un proceso planeado y sistemático para reducir y/o eliminar la posibilidad que ocurran fallas o errores y que afecten al paciente y su familia en el proceso de atención. Es necesario enfocar todos los esfuerzos administrativos y asistenciales en pro de la seguridad en la atención de salud que busque minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso o de mitigar sus consecuencias. Los eventos adversos en la prestación de servicios en salud están siendo considerados como una causa importante de morbilidad y mortalidad general, al ubicarse dentro de las diez primeras causas en países industrializados, generando detrimento patrimonial en las instituciones e incrementando riesgos de demandas jurídicas a los actores, EPS e IPS, del sistema de seguridad social en salud. Es necesario entonces, diseñar, ejecutar y evaluar Modelos de Atención Segura, para contribuir al mejoramiento de la calidad en la prestación del servicio²⁰.

Un estudio realizado por la Revista latinoamericana hace referencia a que el objetivo es conocer las barreras y oportunidades que los profesionales de enfermería detectan en su práctica clínica para el pleno desarrollo de la cultura de la seguridad

^{19,14} Rivera, J. C. (2012). Sobrecarga laboral en los profesionales de la salud y su relación con la seguridad del paciente: la fatiga resultante de la sobrecarga en el trabajo produce un deterioro del rendimiento humano, el cual puede verse reflejado en errores de omisión y EA. *Revista Médico Legal.*, PP. 6.

<http://go.galegroup.com.proxy.bidig.areandina.edu.co:2048/ps/i.do?p=IFME&sw=w&u=fuaa&v=2.1&it=r&id=GALE%7CA307524648&asid=d362918fce4043908225368b23cbb61b.&authCount=1>

²⁰ Herrera, J. U. (2011). Recomendaciones para la implementación de herramientas en programas de atención segura en instituciones prestadoras de salud (IPS). *Archivos de medicina.* Vol. 11, PP. 169.

<http://go.galegroup.com.proxy.bidig.areandina.edu.co:2048/ps/i.do?p=IFME&sw=w&u=fuaa&v=2.1&it=r&id=GALE%7CA355152406&asid=61e1a0c7105330bf6157fe9d850526fe.&authCount=1>

del paciente e identificar posibles líneas de investigación futuras. Se trata de un estudio cualitativo basado en la técnica Delphi modificada sobre un grupo compuesto por 19 profesionales de enfermería del ámbito docente y asistencial, tanto de atención primaria como especializada. Se encontró que las debilidades y amenazas giran alrededor de cinco categorías: profesión; organización e infraestructura; indicadores; comunicación y cultura de seguridad; y, formación en seguridad. Las oportunidades para mejorar la seguridad comprenden seis categorías: cambio organizacional; fomento de la cultura de seguridad, formación y desarrollo profesional; relación con los pacientes, investigación; y, planificación estratégica. Se concluye que existe la necesidad de trabajar para mejorar la seguridad y que la enfermería debe asumir ese liderazgo²¹.

Cabe agregar, que existen factores que pueden afectar la seguridad del paciente a través de una investigación realizada en el Hostal Provincial y en el Hospital Pediátrico. Se realizó un estudio descriptivo, la encuesta aplicada, para evaluar factores que afectan la seguridad del paciente fue adecuada. La técnica de componentes principales permitió valorar la importancia de cada pregunta con relación a las posibles afectaciones a la seguridad del paciente, las variables de respuesta se agruparon en seis constructos con 62,1 % de varianza explicada. Las encuestas arrojaron que las afectaciones del ambiente laboral, el nivel general de interconexión y comunicación, el nivel de gestión del conocimiento, la capacidad de enfrentar imprevistos, la capacidad técnica, el cansancio y la pérdida de concentración podrían afectar la seguridad del paciente²².

La percepción de la cultura de la seguridad de los pacientes por personal de enfermería según Hortensia Castañeda “Identificar las áreas de fortaleza y oportunidad de mejora continua, percibidas por el personal de enfermería en relación con la cultura de seguridad en la atención de los pacientes en un Hospital General del Sistema de Salud, en Tampico, Tamaulipas, México. Las dimensiones percibidas como fortalezas son el trabajo en equipo en la unidad/ servicio y aprendizaje organizacional. Las dimensiones percibidas hacia la mejora continua fueron: dotación de personal, respuesta no punitiva a los errores, apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente, percepción de seguridad, problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades y franqueza de la comunicación. El clima de seguridad fue evaluado con una media de 7,35. El

²¹ Que, Á. A. (2010). Fortalezas y amenazas en torno a la seguridad del paciente según la opinión de los profesionales de enfermería. *Revista Latinoamericana*. Vol. 18, PP. 339-45. <https://pdfs.semanticscholar.org/42be/a7d772ceaa253b71830a1085ac94a0514cdf.pdf>

²² Betancourt, D. J. (2011). Factores que pueden afectar la seguridad del paciente... *Revista archivo médico de Camagüey*. Vol. 15, PP. 936-945. http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1025-02552011000600002&script=sci_arttext&lng=en

mayor porcentaje no reporta eventos adversos asociados a la atención para la salud”²³.

La 55ª Asamblea Mundial de la Salud, habiendo examinado el informe «Calidad de la atención: seguridad del paciente»; Preocupada porque la incidencia de eventos adversos está poniendo en peligro la calidad de la atención, además de ser una causa importante y evitable de sufrimiento humano y de imponer un elevado tributo en pérdidas financieras y en costos de oportunidad para los servicios de salud; Observando que puede mejorarse notablemente el desempeño de los sistemas de salud en los Estados Miembros evitando los eventos adversos en particular y mejorando la seguridad del paciente y la calidad de la atención de salud en general; Reconociendo la necesidad de promover la seguridad del paciente como uno de los principios fundamentales de los sistemas de salud²⁴.

Un estudio realizado en Bogotá hace referencia a una “mirada actual de la cultura de seguridad del paciente donde se documentó a partir del año 2000 con la publicación del libro *Errar es humano*, del Instituto de Medicina de la Academia Nacional de Ciencias de los Estados Unidos de América, con el cual se produjo un profundo impacto mundial, pues concluyó que cada año ocurren entre 44.000 y 98.000 muertes como resultado de los errores en los procesos de atención en los hospitales de Norteamérica²⁵.

De acuerdo a la cultura de la seguridad del paciente en la atención sanitaria es “describir las características de la literatura científica sobre la seguridad de los pacientes en relación con la gestión de la seguridad y la cultura de la organización, mediante la revisión de artículos, mediante un estudio descriptivo del tipo bibliométrico, que es un método accesible para el análisis cuantitativo de la producción científica sobre un tema en particular, Se analizaron 106 publicaciones en el período de siete años, 2006 - 2012. Varios temas son evidentes, 22 estudios (20,8%) abordaron los errores médicos, 17 (16%) la calidad de la atención, 13 (12,3%), errores de medicación, 13 (12,3%), gestión de riesgos, 12 (11,3%) la actitud del profesional frente a conductas de seguridad, nueve (8,5%) cultura de seguridad, cuatro (3,8%) indicadores de riesgo, cuatro (3,8%) el liderazgo de enfermería, tres (2 8%) la capacitación en servicio, tres (2,8%) comunicación, tres

²³ Castañeda-Hidalgo, H. (2013). PERCEPCIÓN DE LA CULTURA DE LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES POR PERSONAL DE ENFERMERÍA. *Ciencia y enfermería*. Vol. 19, PP. 77-88.

http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532013000200008&script=sci_arttext&tIng=en

²⁴ Salud, O. P. (2002). Calidad de la atención: seguridad del paciente. *55a Asamblea Mundial de la Salud WHA 55.18*.

<http://www1.paho.org/Spanish/AD/THS/EV/blood-4ta-resolucion.pdf>

²⁵ Ramírez, O. J. (2011). Una mirada actual de la cultura de seguridad del paciente. *Avances de enfermería, Bogotá*. Vol. 29, PP. 363-374.

<https://search.proquest.com/openview/57358a88312aa3a06b5671e24309f69b/1?pq-origsite=gscholar&cbl=2035746>

(2,8%) recursos humanos y financieros en salud, dos (1,9%) registro electrónico y uno (0,9%) la normalización de terminologías y conceptos. Este estudio tiene como objetivo despertar la construcción del conocimiento sobre seguridad del paciente y las actitudes de los profesionales en lo que se refiere a la cultura organizacional revelan claramente la falta de comunicación y gestión de riesgos, del registro electrónico eficaz, de la falta de estandarización de la terminología relacionada con los eventos adversos, de la preocupación del liderazgo con el crecimiento institucional, con actitudes proactivas frente al error y la necesidad de capacitación en el servicio. Actuar para el alcance de la cultura de seguridad de las organizaciones requiere un cambio del pensamiento, uso de registros adecuados y conocimiento de los errores actuales²⁶.

Un estudio realizado por Elizabeth Villarreal en relación con la seguridad de los pacientes. Un compromiso de todos para un cuidado de calidad. Contempló que la seguridad de los pacientes se constituye en una prioridad en la gestión de calidad del cuidado que se brinda. De ahí la importancia de reflexionar sobre la magnitud que tiene el problema de eventos adversos, para prevenir su ocurrencia y progresar en acciones que garanticen una práctica segura. En 1991 el resultado del Harvard Medical Practice Study indicó que un 4% de los pacientes sufre algún tipo de daño en el hospital; el 70% de eventos adversos produce incapacidad temporal y el 14% de los incidentes son mortales. En 1999, la publicación Toerris human: building a safer health system, del Instituto de Medicina de Estados Unidos de América, aporta más información al respecto²⁷.

La investigación realizada por Casasín en relación con la administración de medicamentos afirma que, “Algunos reportes científicos establecen entre 1 y 10% de ingresos hospitalarios debido a errores en la medicación²⁸.”

En los países tercermundistas y en los que tienen economías en transición (países de Europa del Este) Hungría, Polonia, Rusia, etc., existen pruebas de que la probabilidad en la aparición de eventos adversos son ocasionadas por el mal estado de las infraestructuras, de los equipos, la calidad de los medicamentos y la irregularidad en el suministro, las deficiencias en la eliminación de desechos y en el control de las infecciones, la deficiente actuación del personal por falta de

²⁶ Camargo Tobías, G. (2014). Cultura de la seguridad del paciente en la atención sanitaria: un estudio bibliométrico. *Enfermería global*. PP. 336-348.
<http://bidig.areandina.edu.co/index.php/generales-y-multidisciplinarias-proquest>

²⁷ Cantillo, E. V. (2007). Seguridad de los pacientes. Un compromiso de todos para un cuidado de calidad. *Salud Aníarte*. Vol. 23, PP.112-119.
<http://bidig.areandina.edu.co/index.php/generales-y-multidisciplinarias-proquest>

²⁸ Casasín, T. (2006). Calidad en la administración de medicamentos en el hospital: análisis observacional directo. *Elsevier. Nursing Editorial Española*. Vol. 24, PP. 56-61.
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212538206711037>

motivación o conocimientos insuficientes o número insuficiente y por la falta grave de recursos para cubrir los costos de funcionamiento esenciales²⁹.

Estudios realizados por Tuesca-Molina sobre el síndrome de desgaste profesional en enfermeras(os), hace referencia a que Las enfermeras(os) estamos directamente implicadas(os) en la provisión de un ambiente seguro, en el cual las personas puedan desenvolverse sin sufrir daños y en el que perciban una sensación de seguridad. No debemos olvidar que el paciente hospitalizado experimenta una dualidad en tanto que el hospital se convierte en el control de la situación de salud que le aqueja, pero la separación familiar y el cumplimiento de normas que rigen a las instituciones de salud le representan sentimientos de inseguridad³⁰.

De acuerdo con la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente La investigación encaminada a promover la seguridad del paciente está aún en sus comienzos. Incluso en los países donde se han realizado progresos, la infraestructura y la financiación disponible son relativamente escasas en relación con la magnitud del problema. Esto dificulta la formación de los equipos de investigación multidisciplinarios y la infraestructura necesaria para producir el conocimiento indispensable para respaldar la mejora de la seguridad de la atención³¹.

Según la investigación hecha por Jean Mateau, las intervenciones de atención de salud persiguen el beneficio del público, hay un elemento de riesgo de que se produzcan errores y casos adversos por la compleja combinación de procesos, tecnologías y factores humanos relacionados con los cuidados de salud. El caso adverso es un caso que resulta en un daño no intencionado al paciente y está relacionado con la atención y/o los servicios dispensados al paciente más bien que con el estado subyacente del paciente³².

²⁹ SALUD, 5. A. (2002). Calidad de la atención: seguridad del paciente. *ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD*.

<http://www.bienestar.unal.edu.co/wp-content/uploads/2016/11/Calidad-de-la-atencion-Seguridad-del-paciente.pdf>

³⁰ Tuesca-Molina, R. (2006). Síndrome de desgaste profesional en enfermeras/os del área metropolitana de Barranquilla. *Revista Científica Salud Aníñarte*. Vol. 22.

<http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/viewArticle/4088/5695>

³¹ Salud, O. M. (2008). Alianza Mundial para la seguridad del paciente, La Investigación en Seguridad del Paciente. *Organización Mundial de la Salud*.

http://www.who.int/patientsafety/information_centre/documents/ps_research_brochure_es.pdf

³² Jean-Marteau. (2010). Seguridad de los pacientes. *Declaración de posición*. *International Council of Nurses*.

Investigaciones realizadas sobre encuestas exploratorias de seguridad a los pacientes aclara que los diversos actores de la salud (sistemas y profesionales de la salud, pacientes y sus familias) han iniciado propuestas conjuntas para generar cambios en la atención a la salud, en una coparticipación inédita enfocada a reducir los errores prevenibles y ofrecer una atención médica más segura. Una de las propuestas, es la encabezada por la OMS, quien en el 2004 lanzó la Alianza Mundial por la Seguridad de los Pacientes, cuyo fin es la prevención de los eventos adversos. Con el objetivo de identificar si los médicos internos de pregrado conocen los conceptos básicos acerca de la Seguridad del Paciente, Se encontró que los internos encuestados desconocen en su mayoría los conceptos básicos explorados, como ejemplo, apenas 19% identificó adecuadamente el concepto seguridad del paciente. Se considera necesario desarrollar una intervención educativa que permita que la atención médica tenga implícito un enfoque basado en la seguridad de los pacientes³³.

Una investigación realizada por Adela Alba en relación con los errores de enfermería en la atención hospitalaria, aclara aspectos de prevención en los errores:

El conocimiento y la práctica clínica.

Resolver problemas estructurales.

Estandarización de los procesos.

Identificar a los profesionales que intervienen.

Que el material de consumo sea suficiente.

Disponer de un proceso para el mantenimiento del equipo.

Los procedimientos clínicos.

Infraestructura hospitalaria³⁴.

En una investigación realizada en México, existen factores que intervienen en la garantía de seguridad del paciente como son: La capacidad instalada en las instituciones, la provisión de recursos, la cualificación de sus recursos humanos; así como factores

http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/position_statements/D05_Seguridad_pacientes-Sp.pdf

³³ Campos-Castolo, E. M. (2010). Encuesta exploratoria sobre seguridad de los pacientes en médicos internos de pregrado. *Revista CONAMED*. Vol. 15, PP. 116-124.
<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3393236.pdf>

³⁴ Alba-Leonel, A. (2011). Errores de enfermería en la atención hospitalaria. *Rev Enfermo Instó Mex Seguro Soc*. Vol. 19, PP. 149-154.
<http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2011/eim113g.pdf>

subjetivos y poco estudiados que influyen en los momentos críticos tales como: La fatiga, insatisfacción, saturación, falta de protocolos y procedimientos entre otros; varios de estos factores están implícitos en el trabajo cotidiano del personal de enfermería al proporcionar un ambiente seguro en el cual las personas puedan desenvolverse sin sufrir daños y que tengan una sensación de seguridad³⁵.

De acuerdo con la investigación realizada Dra. Nélide Fernández Busso hace referencia a que los programas de garantía de calidad se desarrollan en las instituciones de salud, por motivos éticos, económicos, de efectividad y seguridad de los pacientes. Este último reconoce el hecho que las intervenciones médicas pueden producir daños y, por lo tanto, la calidad es la resultante favorable de dos fuerzas opuestas, siempre presentes: los beneficios y los riesgos³⁶.

La teoría en relación con las propuestas para la prevención y reducción de los eventos adversos publicado en los archivos de pediatría por J. M. Ceriani Cernadas afirma que se debe trabajar en cuatros aspectos:

Aceptar que somos falibles y nos podemos equivocar.

Aplicar sistemas para detectar todos los errores y sus causas.

Diseñar sistemas de cuidado tendientes a reducir la probabilidad de errores.

Reconocer tempranamente los problemas emocionales en los que cuidan a los pacientes³⁷.

Un estudio realizado por el Dr. Jorge Alfonso Pérez Castro hace énfasis en que uno de los puntos álgidos de este tema, "la seguridad del paciente, es la aceptación tácita de un cambio en la atención médica al centrar ésta en el paciente y así darle un valor superlativo al principio de "primero no hacer daño", lo que conlleva a la aceptación de que la atención médica *per se* implica un riesgo, que se ha calculado en diversos estudios, que va desde un 3 a 14% de los pacientes hospitalizados, lo cual, desde luego, no está bien y es contra esas cifras -las de cada sistema de salud

³⁵ Salinas, J. F. (2012). Percepción de enfermería acerca de la Cultura de la Seguridad del Paciente. *Desarrollo Científico Enfermería*. Vol. 20. <http://www.index-f.com/dce/20pdf/20-122.pdf>

³⁶ Busso, D. N. (2004). Los eventos adversos y la calidad de atención. *Arch. argent. pediatr.* PP. 402. http://www.seguridaddelpacienteyenfermero.com/docs/articulos/articulo_03.pdf

³⁷ Cernadas, J. M. (2001). El error en medicina: Reflexiones acerca de sus causas y sobre la necesidad de una actitud más crítica en nuestra profesión. *arch. argent. pediat*, PP. 522. www.cba.gov.ar/wp-content/4p96humuzp/2012/08/sal_sepa_erroresmedicina2.pdf

y hospital- que estamos luchando, en pleno conocimiento de que no se van a lograr borrar todos los errores, pero sí se pueden disminuir en forma considerable³⁸.

Con el fin de brindarle a los profesionales en salud educación con respecto a la seguridad al paciente se buscan miles de alternativas, para que profundicen en un acercamiento y continuidad de sus labores en pro de la calidad de vida.

De acuerdo con la comisión europea, las consecuencias de una práctica insegura incluyen un sin fin de efectos: que pueden ser desde los más leves, que inclusive pueden pasar inadvertidos tanto para el personal como para los propios pacientes, o bien estos pueden ser tan graves que pueden terminar en lesiones, discapacidad o muerte del paciente. La atención a la salud se ha tornado insegura, lo que refleja un aumento de riesgos innecesarios a los pacientes. Se estima que uno de cada 10 pacientes que vive en países industrializados sufren eventos adversos mientras recibe cuidados de salud. Quizá, parte de la solución a este problema, sería la inclusión de contenidos curriculares específicos sobre calidad del cuidado y seguridad del paciente desde los primeros semestres de la formación profesional. Considerando así a la enseñanza como una estrategia a mediano plazo para promover cambios hacia una cultura por la calidad de los cuidados de enfermería a favor de la seguridad de los pacientes³⁹.

Se tienen finalmente de estudios las recomendaciones para la prestación de seguridad al paciente según lo indica grupos de trabajos sobre seguridad de pacientes.

La cultura de la seguridad de los pacientes necesita educación y formación; la educación y la formación necesitan una cultura de la seguridad de los pacientes

La educación y la formación en materia de seguridad de los pacientes:

Deben introducirse e implementar en los planes de estudios de los trabajadores y gestores del ámbito sanitario en todos los Estados miembros;

Deben estar presentes en todos los niveles de aprendizaje y desarrollo de los profesionales asistenciales y de gestión

³⁸ Vázquez, J. A. (2011). Por qué la seguridad del paciente en la Revista Cirujano General. *Cirujano General*. Vol. 33, PP. 143-145.

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-00992011000300001

³⁹ Zarza-Arizmendi, M. e. (2008). El Currículum de Enfermería y la seguridad del paciente. *Rev. CONAMED*. Vol. 13, PP. 33-37.

<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3626464.pdf>

Deben basarse en el proyecto europeo previo y en el trabajo de la OMS de creación y desarrollo de planes de estudios;

Deben encontrar maneras constructivas, viables y efectivas de incluir la perspectiva de los pacientes al desarrollar los planes de estudios sobre la seguridad de estos; Ha de recurrirse a planes de estudios adaptables a cada país: no debe tratarse de programas estáticos⁴⁰.

⁴⁰ Europea., G. d. (2009). Conclusiones y recomendaciones claves sobre educación y formación en materia de seguridad de los pacientes en toda Europa... *Comisión Europea*. https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/patient_safety/docs/guidelines_psqcwg_education_training_es.pdf

2 MARCO INSTITUCIONAL

4.2.1 INFORMACIÓN GENERAL DE LA INSTITUCIÓN



4.2.2 DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

VISIÓN: Nos vemos como una institución reconocida como modelo en el sector salud por la excelencia en la prestación de los servicios de salud de primer nivel de complejidad.

MISIÓN: Somos una institución prestadora de servicios de salud que brinda atención integral de primer nivel de complejidad ambulatorio, comprometidos con la calidad y calidez y seguridad hacia nuestros usuarios.

VALORES CORPORATIVOS

INTEGRIDAD: Contamos con personal honesto, recto y confiable.

SEGURIDAD: Todos nuestros servicios incluyen acciones encaminados a la minimización y prevención del riesgo.

CALIDAD: Contamos con procesos orientados al mejoramiento continuo de la atención en salud acorde con la normatividad legal vigente.

CALIDEZ: Nuestro personal está debidamente identificado con la atención fundamentada en el respeto a la dignidad humana, caracterizado por la amabilidad, la cordialidad, la agilidad y la tolerancia.

TRABAJO EN EQUIPO: Concebimos el logro de los objetivos institucionales basados en la cooperación y liderazgo individual.

POLÍTICA DE CALIDAD

La IPS SAN SEBASTIÁN LTDA. Garantiza la calidad en la atención al paciente, familia y todos sus trabajadores, independiente de su forma de contratación o vinculación, incluyendo los contratistas y subcontratistas en un ambiente de trabajo seguro y saludable, en todos sus centros de trabajo. Basado en la mejora continua e integrando los procesos de gestión de calidad, Ambiental, Seguridad y Salud en el trabajo. A través de la humanización en la prestación del servicio, estandarización de los procesos y procedimientos para la atención segura.

La IPS SAN SEBASTIÁN LTDA. asume la responsabilidad de promover un ambiente de trabajo sano y seguro. A través de una cultura preventiva y de auto cuidado, en la intervención de las condiciones de trabajo que puedan causar accidentes o enfermedades laborales, cumpliendo los requisitos legales aplicables, vinculando a las partes interesadas en el Sistema de Gestión de la Seguridad y la Salud en el trabajo, destinando los recursos humanos, físicos y financieros necesarios para la gestión de la salud y la seguridad.

4.2.3 PORTAFOLIO DE SERVICIOS

- Consulta Ambulatorio Medicina General
- Consulta Médica No programada
- Consulta odontológica
- Consulta Psicología de Programas
- Consulta Nutrición Programas
- Toma de muestras de Laboratorio
- Programas de Promoción y Prevención
- Servicio de Vacunación
- Servicio de Citología Vaginal
- Consulta Puerperio y Recién Nacido
- Programa del Joven - Jóvenes Saludables
- Salud Oral
- Programa del Adulto Mayor
- Programa Prevención Cáncer Ca mama
- Programa Prevención Cáncer Ca cérvix
- Tamizaje Visual
- Remisión Oftalmología
- Planificación Familiar
- Programa Prenatal
- Crecimiento y Desarrollo
- Programa Crónicos HTA – DM - Mixtos
- Plataforma de Servicios

4.3 MARCO REFERENCIAL

4.3.1 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. Según Gosbee la ingeniería de factores humanos es la disciplina relacionada con la comprensión de las características humanas y cómo los humanos interactúan con el mundo que les rodea y la aplicación del conocimiento al diseño de sistemas que son seguros, eficientes y cómodos. Sin una comprensión completa de los factores humanos, la tendencia es centrarse en las fallas humanas como la principal fuente de error, y centrar la atención en la automatización de las tareas para evitar errores. Varios problemas con este enfoque son evidentes.

Por otro lado, está la cultura organizacional propuesta desde el inicio de la formación académica en las academias de salud, proponiendo una asignatura optativa sobre seguridad del paciente.⁴¹ Según la OMS define seguridad del paciente es un principio fundamental de la atención sanitaria. En la cual hay un cierto grado de peligrosidad inherente a cada paso del proceso de atención de salud.

Los eventos adversos pueden estar en relación con problemas de la práctica clínica, de los productos, de los procedimientos o del sistema. La mejora de la seguridad del paciente requiere por parte de todo el sistema un esfuerzo complejo que abarca una amplia gama de acciones dirigidas hacia la mejora del desempeño; la gestión de la seguridad y los riesgos ambientales, incluido el control de las infecciones; el uso seguro de los medicamentos, y la seguridad de los equipos, de la práctica clínica y del entorno en el que se presta la atención sanitaria.⁴² Fue necesario la implementación de La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente fue puesta en marcha por el Director General de la Organización Mundial de la Salud en octubre de 2004. Creada con el propósito de coordinar, difundir y acelerar las mejoras en materia de seguridad del paciente en todo el mundo, la Alianza es un medio que propicia la colaboración internacional y la acción de los Estados Miembros, la Secretaría de la OMS; expertos, usuarios y grupos de profesionales y

⁴¹ R. Ladenheim, D. Macchiavello, M. milberg. (2017). Revista De Calidad Asistencial, VOL., 32. SECA
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1134282X17300556?via%3Dihub>

⁴² OMS, Conceptos y Definición de Seguridad del Paciente, (2012), OMS.
http://www.who.int/topics/patient_safety/es/

de la industria. Su creación destaca la importancia internacional de la cuestión de la seguridad del paciente.⁴³

4.3.2 CALIDAD:

Grado en el que un conjunto de características inherentes cumple con la necesidad o expectativa establecida, generalmente implícita y obligatoria⁴⁴, la calidad es aquella cualidad de las cosas que son de excelente creación, fabricación o procedencia, Calidad describe lo que es bueno, por definición, todo lo que es de calidad supone un buen desempeño. Todo lo que posee un cualitativo de calidad supone que ha pasado por una serie de pruebas o referencias las cuales dan la garantía de que es óptimo. Sin embargo, esta es la definición directa, producto de la generalización de lo bueno y bonito que la sociedad ha categorizado, la mirada indirecta nos arroja una definición más general. La calidad es aquella condición del producto ya realizado la cual nos indica que tan bueno o malo puede ser.⁴⁵

La calidad empresarial consiste en tener presente siempre las expectativas de los clientes, para poder satisfacerlas al máximo e incluso superarlas, a la vez que se introduce en las organizaciones una mejora continua para poder cumplir siempre los requisitos establecidos. En la actualidad, un buen concepto de calidad empresarial es aquel que tiene en cuenta no solo la calidad empresarial es aquel que tiene en cuenta no solo la calidad en los productos y procesos, sino también en el servicio, teniendo en cuenta las necesidades de los clientes.⁴⁶

4.3.3 ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD:

La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país. Es el núcleo del sistema de salud del país y forma parte integral del desarrollo

43

44 NTISO, Concepto, calidad, norma ISO 9001.

https://www.calidadintegral.com/iso_9000.php

45 conceptos, (2013) definición de calidad.

<http://conceptodefinicion.de/calidad/>

46 Francisco Javier Llorens montes; maría del mar fuentes fuentes, gestión de la calidad empresarial: fundamentos e implementación, (2005)

<https://www.casadellibro.com/libro-gestion-de-la-calidad-empresarial-fundamentos-e-implantacion/9788436819786/1046723>

socioeconómico general de la comunidad⁴⁷, la Declaración de Alma-Ata definió la atención primaria de salud como un conjunto de valores rectores para el desarrollo sanitario, un conjunto de principios para la organización de servicios de salud y una variedad de criterios para abordar las necesidades sanitarias prioritarias y los determinantes fundamentales de la salud. La atención primaria de salud daba cabida a soluciones creadas por las comunidades y que contaban con la adhesión y el apoyo de ellas. Ante todo, la atención primaria de salud ofrecía una forma de organizar toda la atención de salud, desde los hogares hasta los hospitales, en la que la prevención era tan importante como la curación y en la que se invertían recursos de modo racional en los distintos niveles de atención.⁴⁸

4.3.4 PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

Está relacionada con la garantía al acceso a los servicios de salud, el mejoramiento permanente de la calidad de la atención en salud, y la búsqueda y generación de eficiencia en la prestación de los servicios de salud a la población colombiana⁴⁹. Por otro lado, la Prestación de Servicios de Salud en Colombia se encuentra reglamentada por la política nacional de prestación de servicios de salud, obedeciendo a la ley 1122 de 2007 y sus decretos reglamentarios, cuyo principal objetivo es garantizar el acceso y la calidad de los servicios, optimizar el uso de los recursos, promover los enfoques de atención centrada en el usuario y lograr la sostenibilidad financiera de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Públicas⁵⁰.

4.3.5 SALUD LABORAL

La salud laboral es el concepto básico relacionado con las condiciones de trabajo y salud del trabajador, con el objetivo de alcanzar el máximo bienestar físico,

⁴⁷ OMS, (2008). Atención primaria en salud. Organización Mundial de la Salud.
http://www.who.int/topics/primary_health_care/es/

⁴⁸ OMS, Margaret Chan. (2008). Regreso de Alma-Ata. Organización Mundial de la Salud
<http://www.who.int/dg/20080915/es/>

⁴⁹ DNP, D. N. (2016). Prestación de Servicios de Salud. *Departamento Nacional de Planeación DNP*.
<https://www.dnp.gov.co/programas/desarrollo-social/subdireccion-de-salud/Paginas/prestacion-de-servicios-de-salud.aspx>

⁵⁰ MNPS, (2015) Prestación de Servicios de Salud, Ministerios De Salud y Protección Social.
<https://www.minsalud.gov.co/salud/PServicios/Paginas/Prestacion-servicios-home.aspx>

emocional, y psíquico del trabajador⁵¹. La salud laboral se construye en un medio ambiente de trabajo adecuado, con condiciones de trabajo justas, donde los trabajadores puedan desarrollar una actividad con dignidad y donde sea posible su participación para la mejora de las condiciones de salud y seguridad⁵², propende por evitar el daño en la salud constituye una obligación empresarial en trabajar para dicho propósito se cumpla así, la normatividad de prevención establece derechos de trabajadores.

4.3.6 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 intencionales⁵³.

Las fallas de atención en la salud pueden ser de acción o de omisión:

- **Las fallas de acción:** es la ejecución de los procesos incorrectos.
- **Las fallas de omisión:** es la no ejecución de los procesos correctos.

4.3.7 RIESGOS

El riesgo se define como la combinación de la probabilidad de que se produzca un evento y sus consecuencias negativas. Los factores que lo componen son la amenaza y la vulnerabilidad⁵⁴; el riesgo es la exposición a una situación donde hay una posibilidad de sufrir un daño o la posibilidad de estar en una situación de peligro, es una vulnerabilidad o amenaza a que ocurra un evento y sus efectos sean negativos y que alguien o algo puedan verse afectados por dicho riesgo, el

⁵¹ Salud, C. d. (2010). Información sobre conceptos de salud y hábitos saludables. Salud laboral. *Conceptos de Salud*.
<https://conceptosdesalud.wordpress.com/2010/08/09/salud-laboral/>

⁵² Salud Laboral, Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud, Conceptos, ISTAS.
<http://www.istas.net/web/index.asp?idpagina=1233>

⁵³ En Colombia. (1978-2017). Modelo conceptual y definiciones básicas de la política de seguridad del paciente. *En Colombia*.
<https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/academedicina/va-81/respuestadelministerio1/>

⁵⁴ Niño, C. I. (2016). Definición del riesgo. *CIIFEN*.
http://www.ciifen.org/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=84&Itemid=336&lang=es

riesgo se considera una condición en la que se encuentra una desventaja frente a algo más, bien sea por ubicación o posición, además de ser susceptible a una amenaza sin importar cuál sea, el riesgo y peligro no es lo mismo, el riesgo se basa en una posibilidad de resultar afectado y el peligro no es lo mismo, se basa en la probabilidad de resultar afectado.⁵⁵

4.3.8 EVENTO ADVERSO

“Daño no intencionado al paciente, operador o medio ambiente que ocurre como consecuencia de la utilización de un dispositivo médico”⁵⁶.

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 determinado⁵⁷.

- EVENTO ADVERSO NO PREVENIBLE:

Resultado no deseado, no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial⁵⁸.

En el evento adverso se generan las consecuencias finales de procesos defectuosos mediante el modelo explicativo, denominado **QUESO SUIZO**.

Para James Reason, las organizaciones establecen de forma natural las barreras para impedir que las amenazas exteriores al sistema puedan llegar a causar daño. Estas barreras que se van construyendo dentro del proceso son imaginadas por el autor como láminas de queso suizo con agujeros. Estos corresponden a los errores activos y errores latentes que existen en cualquier proceso, y que continuamente se

⁵⁵ general, definiciones, (2014), concepto de definiciones.
<http://conceptodefinicion.de/riesgo/>

⁵⁶ Alimentos), I. (. (2012). Incidentes adversos. *INVIMA (Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos)*.
<https://www.invima.gov.co/component/content/article?id=769:incidentes-adversos>

⁵⁷ Municipal, A. d. (2011). Conceptos claves. *Alcaldía de Santiago de Cali. Secretaría de Salud Pública Municipal*.

⁵⁸ Seguridad Paciente/Comités/2_comite_5_dic_11_definiciones.pdf
http://calisaludable.cali.gov.co/seg_social/2012

están abriendo, cerrando y cambiando de ubicación. Cuando se alinean hacen que la amenaza se materialice, produciendo daños.

Los prevencionistas de riesgos pueden evaluar los errores latentes de los procesos, cuyo diseño si no es revisado y corregido, habilitaría la entrada de elementos patógenos al sistema. De esta forma, se crean condiciones latentes que tienen dos tipos de efectos adversos:

a) Pueden transformarse en errores por las condiciones adversas dentro del lugar de trabajo, como el estrés provocado por la presión del tiempo, falta de recursos, utilización de equipamiento inadecuado, fatiga e inexperiencia de las personas, etc.

b) Puede crear huecos o debilidades perdurables en las defensas, que normalmente son alarmas e indicadores no confiables, procedimientos impracticables, deficiencias constructivas de las estructuras y de un diseño inadecuado.

Las condiciones latentes, como lo sugiere el término, pueden estar inactivas dentro del sistema por muchos años antes de que se combinen con los errores activos de las personas y factores desencadenantes locales para crear la oportunidad de un accidente. A diferencia de los errores activos, cuyas formas de presentarse son difíciles de prever, estas pueden ser identificadas y corregidas antes de un evento perjudicial⁵⁹.

El mejor modelo explicativo acerca de la ocurrencia del evento adverso, y es el que utilizaremos en este documento, es del queso suizo: para que se produzca un daño, es necesario que se alineen las diferentes fallas en los diferentes procesos, a semejanza de los orificios de un queso: cuando alguno de ellos no lo hace, el daño no se produce. Igualmente se produce una falla en uno de los procesos está puede acentuar las fallas existentes en otros procesos a manera de un efecto dominó.

Por esa razón, es fundamental la búsqueda de las causas que originaron el evento adverso: el análisis causal, análisis de la ruta causal o de la causa raíz, de tal manera que se puedan definir e identificar las barreras de seguridad. En el análisis del incidente o del evento adverso sucedido es necesario considerar la ocurrencia de fallas en los procesos de atención para identificar las barreras de seguridad que deberán prevenir o neutralizar la ocurrencia del evento.

4.3.9 INCIDENTE

Potencial daño no intencionado al paciente, que ocurre como consecuencia de la utilización de un dispositivo médico, el cual pudo haber llevado a la muerte o al

⁵⁹ Lazo, R. (2012). Modelo del Queso Suizo: combatiendo errores latentes. *Revista HSEC*. <http://www.emb.cl/hsec/articulo.mvc?xid=964&edi=42&xit=modelo-del-queso-suizo-combatiendo-errores-latentes>

deterioro de la salud del paciente, pero por causa del azar o intervención no genero un desenlace adverso.⁶⁰ Es un suceso repentino no deseado que ocurre por las mismas causas que se presentan los accidentes, sólo que por cuestiones del azar no desencadena lesiones en las personas, daños a la propiedad, al proceso o al ambiente⁶¹. Un incidente es una alerta que es necesario atender, es la oportunidad para identificar y controlar las causas básicas que lo generaron, antes de que ocurra un nuevo accidente.⁶²

4.3.10 ERROR MÉDICO

El error médico es cualquier falla ocurrida durante la atención de salud que haya causado algún tipo de daño al paciente, y cuyo origen puede relacionarse con la organización e implementación del servicio, a través de múltiples y complejos mecanismos⁶³. Error, Concepto equivocado, juicio falso, acción desacertada. Diferencia entre un valor medido o calculado y el valor real, equivocación de buena fe. Hay una gran cantidad de términos utilizados como sinónimos, que en parte evitan la carga de responsabilidad o culpabilidad que frecuentemente se asocia al término error médico: reacciones adversas, complicaciones del cuidado, eventos adversos, eventos adversos prevenibles, eventos adversos potenciales, eventos centinela, eventos serios reportables, consecuencias no intencionales, resultados no terapéuticos, evento desfavorable⁶⁴.

4.3.11 ERRORES DE MEDICACIÓN

Cualquier incidente prevenible que pueda causar daño al paciente o dé lugar a una utilización inapropiada de los medicamentos, cuando éstos están bajo el control de los profesionales sanitarios o del paciente o consumidor. Estos incidentes pueden estar relacionados con la práctica profesional, con los procedimientos o con los sistemas, incluyendo fallos en la prescripción, comunicación, etiquetado, envasado,

⁶⁰ Resolución Numero 004816 noviembre 27 de 2008.institucion nacional de vigilancia de medicamento y alimentos.

<https://www.invima.gov.co/component/content/article.html?id=769:incidentes-adversos>

⁶¹ SURA. (s.f.). Accidentes e incidentes de trabajo, importancia de la investigación de ambos. SURA. <https://www.arlsura.com/index.php/component/content/article/59-centro-de-documentacion-anterior/gestion-de-la-salud-ocupacional-/326--sp-27016>

⁶² SURA. (s.f) accidentes e incidentes del trabajo, importancia de la investigación de ambos. SURA <https://www.arlsura.com/index.php/component/content/article/59-centro-de-documentacion-anterior/gestion-de-la-salud-ocupacional-/326--sp-27016>

⁶³ Alvarado-Guevara, A. T. (2009). Errores médicos. *Acta Médica Costarricense. Vol. 51*. <http://www.scielo.sa.cr/pdf/amc/v51n1/3941.pdf>

⁶⁴ MENA N PATRICIA. Error médico y eventos adversos. *Rev. chil. pediatr.* [Internet]. 2008 jun [citado 2018 Mar 16]; 79(3): 319-326. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062008000300012&lng=es.

denominación, preparación, dispensación, distribución, administración, educación, seguimiento y utilización⁶⁵. Un error de medicación se define como cualquier acontecimiento evitable en el que la dosis de medicamento que recibe el paciente difiere de la recetada por el prescriptor o de la que establecen las políticas y procedimientos del hospital. Estos errores pueden hacer fracasar el tratamiento y producir reacciones adversas al medicamento, además de suponer un derroche de recursos. Se ha calculado que los errores de medicación producen 7000 muertes al año en los EE. UU.⁶⁶

4.3.12 CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Está relacionada con las creencias y actitudes que asumen las personas en su práctica para garantizar que no experimentará daño innecesario o potencial asociado a la atención en salud⁶⁷.

4.3.13 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 consecuencias⁶⁸.

La política de seguridad debe procurar establecer en forma clara los propósitos de su formulación, que pueden ser:

- Instituir una cultura de seguridad del paciente: Justa, educativa, y no punitiva, pero que no fomente la irresponsabilidad.
- Reducir la incidencia de incidentes y eventos adversos.
- Fomentar un entorno seguro para la atención.

Educar, capacitar, entrenar, y motivar al personal para la seguridad del paciente.

⁶⁵ medicamentos, i. p. (2015). sistema de notificación y aprendizaje de errores de medicación. *instituto para el uso seguro de los medicamentos*.

<http://www.ismp-espana.org/estaticos/view/19>

⁶⁶ OMS, portal de información-medicamentos esenciales y productos de salud, concepto de error de medicación.

<http://apps.who.int/medicinedocs/es/d/js8121s/7.2.html#js8121s.7.2>

⁶⁷ Ramírez, o. g. (2011). cultura de seguridad del paciente por personal de enfermería en Bogotá, Colombia. *ciencia y enfermería*.

http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0717-95532011000300009

⁶⁸, ¹⁷social, m. d. (2008). lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente en la república de Colombia. *ministerio de la protección social*.

https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/lists/bibliotecadigital/ride/de/ca/lineamientos_implementacion_politica_seguridad_del_paciente.pdf

Además de lo anterior debe dar lineamientos claros de cómo implementarla, por consiguiente, se debe abordar los siguientes temas.

- La creación de un sistema de reporte de incidentes y eventos adversos.
- Garantizar la confidencialidad de los análisis.
- Estrategias organizacionales para su operación, equipo de trabajo, componente del sistema de calidad, mecanismos de difusión, capacitación, entrenamiento.
- Homologar en la institución los conceptos y definiciones claves.
- Integración con otras políticas y procesos institucionales: Calidad, talento humano, recursos físicos, tecnológicos.
- Como construir una alianza con el paciente y su familia.²⁰

4.3.14 ACCIONES DE REDUCCIÓN DE RIESGOS

La seguridad del paciente ha sido la palabra de moda para numerosas iniciativas en la última década, pero gran parte de la atención se centró en la atención hospitalaria, donde el riesgo de errores de medicación, caídas, infecciones iatrogénicas, cirugía en el lugar equivocado y otros incidentes de daños al paciente es alto.

La creación de una cultura de seguridad del paciente no se realiza mediante una lista de verificación, aunque es importante evaluar los sistemas de su oficina a la luz de los riesgos (consulte "Evaluación de la práctica" en el recuadro Recursos adicionales). En una cultura de seguridad del paciente, las personas entienden que los defectos subyacentes del sistema, no los individuos, son la fuente de la mayoría de los errores. El desarrollo de sistemas bien diseñados para la atención segura del paciente requiere un enfoque de equipo en el cual la asignación de la culpa no tenga cabida. En consecuencia, la confianza y el respeto mutuo son componentes esenciales de una cultura de seguridad del paciente.

Dado que la mira central de esta investigación se basa en diversos autores que plasman en sus investigaciones la política de seguridad al paciente, donde realizan procesos de investigación con el fin de identificar aquellos factores de incidencia que se llevan a cabo dentro de instituciones prestadoras de servicios de salud basándose en evidencias científicas con el fin de minimizar factores de riesgo que alteran la atención en la salud al paciente y a sus familiares.

Investigación realizada por el Ministerio de Salud y Protección social afirma que "La seguridad del paciente es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención en salud o de mitigar sus consecuencias.

4.3.15 POBLACIÓN

La población hace referencia al conjunto de personas que viven en una comunidad o área geográfica determinada y cuyo número se calcula a instancias de una evaluación estadística. Por otra parte, en términos biológicos, una población será el conjunto de individuos pertenecientes a una misma especie y que habitan en una zona geográfica determinada. Aunque claro, el uso más popular de la población es aquel que dice que población es un conjunto de personas que habitan el planeta tierra o cualquier división de ella. Cuando la población integrada excluyente por los humanos será la demografía la disciplina que se encargue de su estudio estadístico, generalmente este tipo de estudios esta ordenado por las leyes de probabilidad y las conclusiones pueden no ser generales y aplica a todos los⁶⁹.

4.3.16 CONOCIMIENTO

El conocimiento es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje, a través de la introspección. En el sentido más amplio del término, se trata de la posesión de múltiples datos interrelacionados que, al ser tomados por si solos, poseen un menor valor cualitativo. Tiene su origen en la percepción sensorial, después llega al entendimiento y concluye finalmente en la razón. Se dice que el conocimiento es una relación entre un sujeto y un objetivo.⁷⁰ En forma simplificada el resultado de proceso de aprendizaje.⁷¹

⁶⁹ ABC, Definiciones ABC.

<https://www.definicionabc.com/general/poblacion.php>

⁷⁰ PÉREZ, JPP. (2008), Definición del Conocimiento.

<https://definicion.de/conocimiento/>

⁷¹ PÉREZ, JPP, (2008), Definición del Conocimiento.

<https://definicion.de/conocimiento/>

4.4 MARCO CONCEPTUAL

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.

CALIDAD:

Se entiende como la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios

ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD:

Se define como el conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población.

PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:

Está relacionada con la garantía al acceso a los servicios de salud, el mejoramiento permanente de la calidad de la atención en salud, y la búsqueda y generación de eficiencia en la prestación de los servicios de salud a la población colombiana.

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.

Las fallas de atención en la salud pueden ser de acción o de omisión:

1. **Las fallas de acción:** es la ejecución de los procesos incorrectos.
2. **Las fallas de omisión:** es la no ejecución de los procesos correctos.

CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE:

Está relacionada con las creencias y actitudes que asumen las personas en su práctica para garantizar que no experimentará daño innecesario o potencial asociado a la atención en salud.

SALUD LABORAL:

La salud laboral es el concepto básico relacionado con las condiciones de trabajo y salud del trabajador, con el objetivo de alcanzar el máximo bienestar físico, emocional, y psíquico del trabajador.

RIESGO:

El riesgo es la exposición a una situación donde hay una posibilidad de sufrir un daño o la posibilidad de estar en una situación de peligro, es una vulnerabilidad o amenaza a que ocurra un evento y sus efectos sean negativos.

EVENTO ADVERSO:

Daño no intencionado al paciente, operador o medio ambiente que ocurre como consecuencia de la utilización de un dispositivo médico.

INCIDENTE:

Potencial daño no intencionado al paciente, que ocurre como consecuencia de la utilización de un dispositivo médico, el cual puede haber llevado a la muerte o al deterioro de la salud del paciente, pero por causa del azar o intervención no genero un desenlace adverso.

POBLACIÓN:

La población hace referencia al conjunto de personas que viven en una comunidad o área geográfica determinada y cuyo número se calcula a instancias de una evaluación estadística.

4.4.1 PALABRAS CLAVE

Seguridad del paciente, conocimiento, población, caracterización sociodemográfica, atención en salud, riesgo, salud laboral, evento adverso, fallas de la atención en salud, incidente. (DeCS)

calidad, conocimiento. (MeSH)

4.5 MARCO JURÍDICO, LEGAL O NORMATIVO

4.5.1 NORMOGRAMA

NORMA	AÑO	OBJETIVO DE LA NORMA
1. Constitución Política de Colombia	1991	Es la actual constitución de la República de Colombia. Fue promulgada en la Gaceta Constitucional número 114 del jueves 4 de julio de 1991, y también se le conoce como la Constitución de los Derechos Humanos.
2. 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.
3. 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.
4. Ley 100 Se crea el SGSSS	1993	Por la cual se establece el Sistema General Seguridad Social en Salud
5. Decreto 1043 Manual Único de procedimientos de habilitación	2006	Establece las condiciones que deben cumplir los prestadores de servicio de salud par a habilitar servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad.
6. 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.
7. 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

8. Ley 1122 ajuste al Sistema Seguridad Social en Salud	2007	Prioridad al mejoramiento en la prestación del servicio, programas de Salud Pública, funciones de vigilancia y control, funcionamiento de redes para la prestación de servicios.
9. Decreto 1011 Sistema Obligatorio Garantía Calidad	2006	Tiene como objetivo proveer de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios.

5 DISEÑO METODOLÓGICO

5.1 TIPO DE ESTUDIO

Cuantitativo, observacional descriptivo.

5.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

La población está conformada por 33 funcionarios del área asistencial y administrativo de la IPS San Sebastián de 1 nivel de la ciudad de Pereira.

5.3 MARCO MUESTRAL

Listado de colaboradores obtenido de oficina de gestión humana de Institución IPS San Sebastián Pereira.

5.4 UNIDAD DE ANÁLISIS

Cada uno de los trabajadores de la institución IPS San Sebastián de Pereira.

5.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Ser funcionario vinculado laboralmente mediante contrato laboral, en la IPS San Sebastián en el primer trimestre del 2018.

- Contar con el consentimiento institucional e informado para cada de los encuestados anexos 5 y 6.

5.6 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Este trabajo no contempla criterios de exclusión por el tiempo de realización.

5.8 PLAN DE ANÁLISIS

5.8.1 RECOLECCIÓN DE DATOS

Se diseñó encuesta de evaluación que fue validada por 3 asesores expertos: 1 médico auditor, 2 enfermeras auditoras.

5.8.2 TABULACIÓN DE LA INFORMACIÓN

El equipo investigador a través de Epi Info 7.2 la cual se alimentó con los instrumentos elaborados por el grupo.

5.8.3 ANÁLISIS DE RESULTADOS

Se aplicó estadística descriptiva, medida de tendencia central y dispersión, prueba de valor de P y SHE2.

5.8.4 DIFUSIÓN DE RESULTADOS

Los resultados de la investigación se expondrán por medio de socialización al personal de la Institución investigada.

5.9 COMPROMISO DEL INVESTIGADOR

5.9.1 COMPROMISO BIOÉTICO

Los aspectos bioéticos del presente trabajo de investigación están regidos por las normas y parámetros éticos universales establecidos y referidos a través de la Resolución 008430 del 04 de octubre de 1993, expedida por el entonces Ministerio de Salud de la República de Colombia para investigación en Ciencias de la Salud.

Consentimiento informado Institucional ver anexo 5

Consentimiento informado ver anexo 6

5.9.2 COMPROMISO MEDIOAMBIENTAL

Los investigadores se comprometen a salvaguardar las normas medioambientales Nacionales e Internacionales, cuidando el entorno, haciendo mínimo uso de papel y utilizando medios magnéticos para la información.

5.10 RESPONSABILIDAD SOCIAL

Este trabajo beneficiará al personal del área de la salud y a los usuarios de la IPS San Sebastián y a la Institución aportando información importante a los trabajadores sobre la Política Seguridad del paciente a través de aplicación de la encuesta de conocimiento, previo a la socialización del tema y posterior elaboración del plan de mejoramiento con el fin de realizar seguimiento a través de estrategias de:

- Acompañamiento al personal de la Institución
- Formación de personas
- Responsabilidad
- Cuidado de pacientes y familia
- Respeto con los usuarios, empleados y la Institución.

5.11 ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

5.11.1 CRONOGRAMA DE TRABAJO

Ver anexo 7

5.11.2 PRESUPUESTO

Ver anexo 8

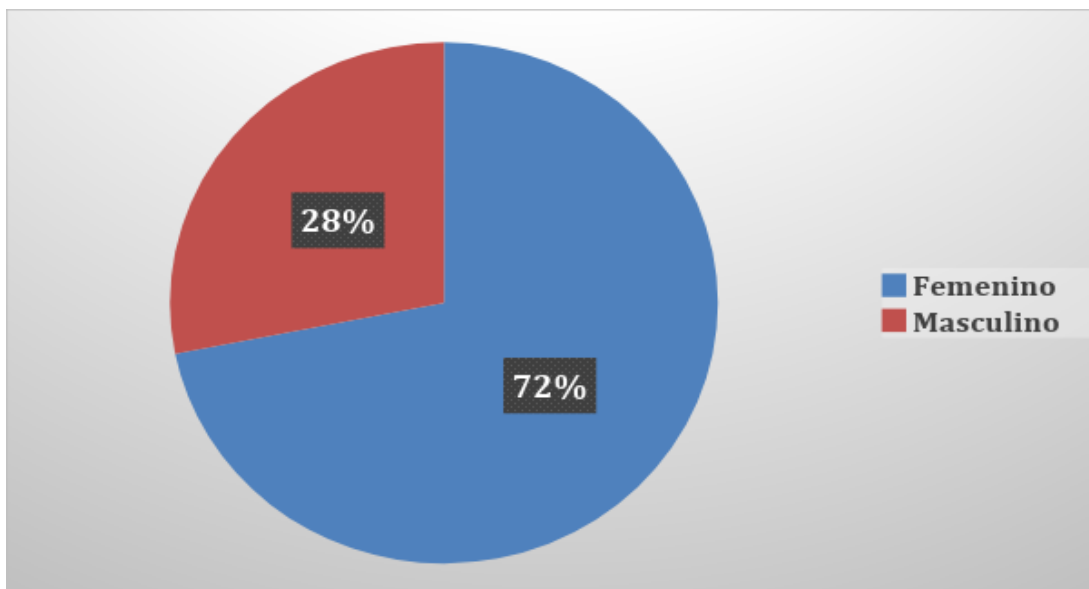
6 ANÁLISIS RESULTADOS

6.1 DESCRIPCIÓN VARIABLE SOCIODEMOGRÁFICAS

ILUSTRACIÓN SEGÚN EDAD DE POBLACIÓN

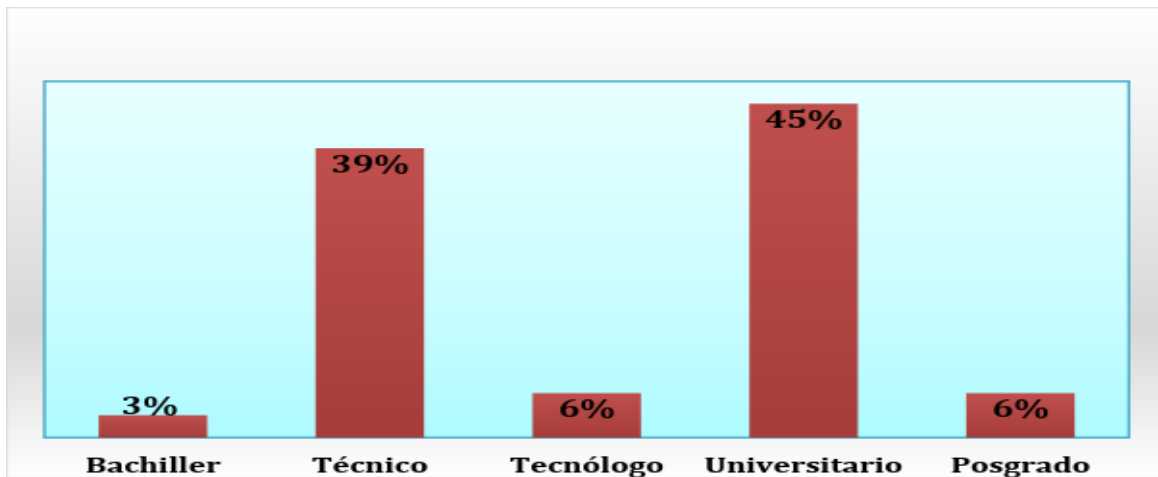
Se obtiene como resultado que la población caracterizada corresponde a edad máxima de 56, mínima 18 con desviación estándar 9%.

1 CARACTERIZACIÓN DEMOGRÁFICA SEGÚN GÉNERO EN LA IPS SAN SEBASTIÁN, 2018



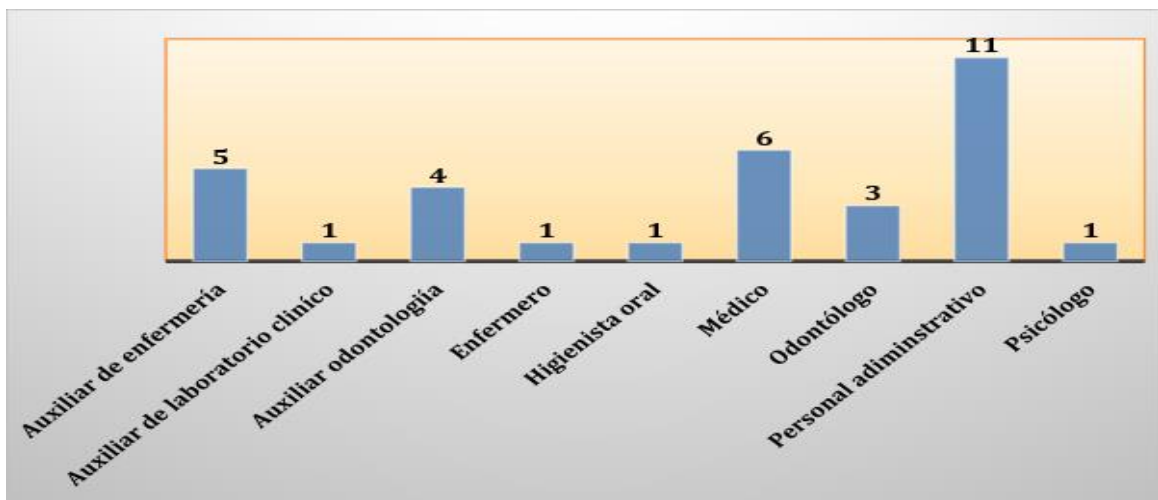
Se observa que mayor porcentaje de población de sexo femenino, teniendo así una relación por cada 3 mujeres hay 1 hombre laborando en la institución.

2 CARACTERIZACIÓN SEGÚN NIVEL EDUCATIVO EN EL PERSONAL DE LA IPS SAN SEBASTIÁN DE PEREIRA, 2018



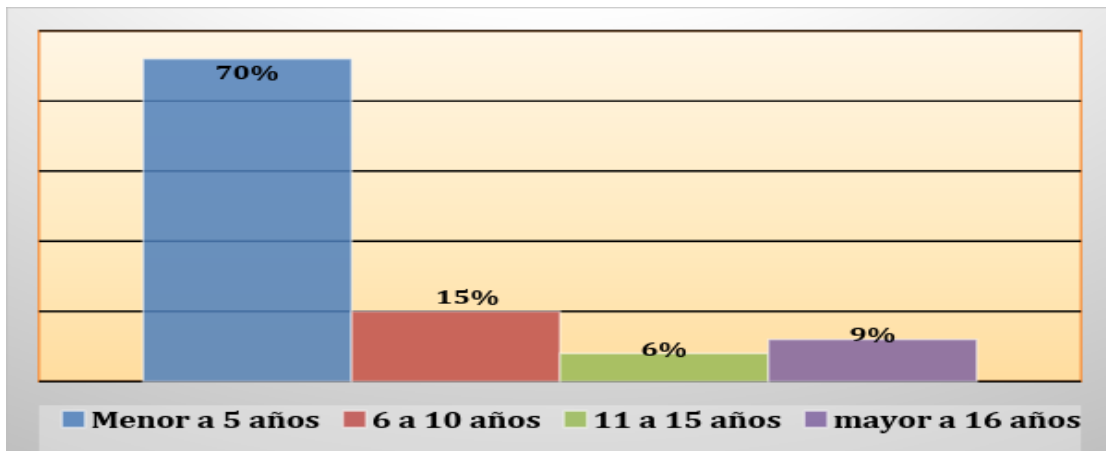
Se observa que el nivel académico universitario es el de mayor prevalencia con el 45%, y 39% del personal técnico teniendo así un porcentaje del 84% para personal calificado; siendo una población técnico-profesional con la que cuenta la IPS para brindar atención a su población con calidad, y con un menor porcentaje del 3% nivel educativo bachillerato.

3 CARACTERIZACIÓN SEGÚN CARGO EN LA IPS SAN SEBASTIÁN DE PEREIRA, 2018



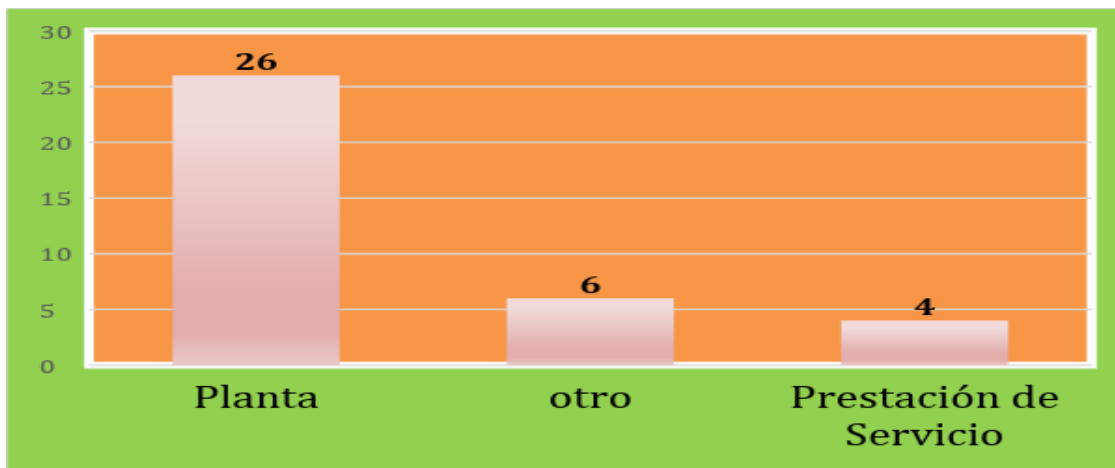
Se observa que predomina el personal asistencial en la Institución con relación al personal administrativo.

4 CARACTERIZACIÓN DEMOGRÁFICA SEGÚN TIEMPO DE VINCULACIÓN EN LOS FUNCIONARIOS EN LA IPS SAN SEBASTIÁN, 2018



Se observa la población caracterizada prevalece el tiempo de vinculación menor a 5 años, frecuencia mínima de 6% que corresponde al intervalo de tiempo de 11 a 15 años.

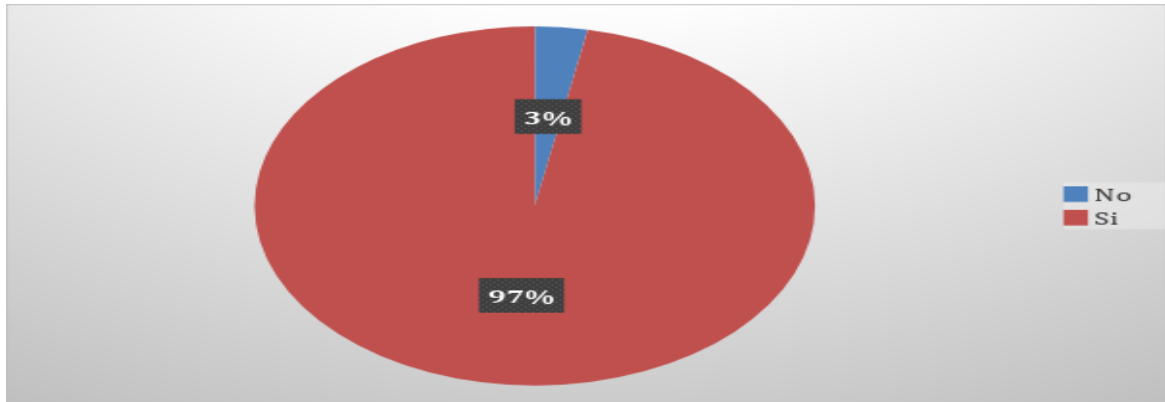
5 CARACTERIZACIÓN DEMOGRÁFICA SEGÚN EL TIPO DE VINCULACIÓN DEL PERSONAL A LA IPS SAN SEBASTIÁN DE PEREIRA, 2018



En relación con el tipo de vinculación a la IPS San Sebastián encontramos que es de mayor prevalencia el vínculo laboral de planta; en relación con el tiempo de vinculación del personal podemos concluir que el personal con mayor tiempo de vinculación está relacionado directamente con el personal con contratación de planta, es por eso que se evidencia una alta rotación del personal teniendo por ello una vinculación inferior a cinco años con la entidad del personal; con otros tipos de contratación.

6.2 DESCRIPCIÓN VARIABLE DE CONOCIMIENTO

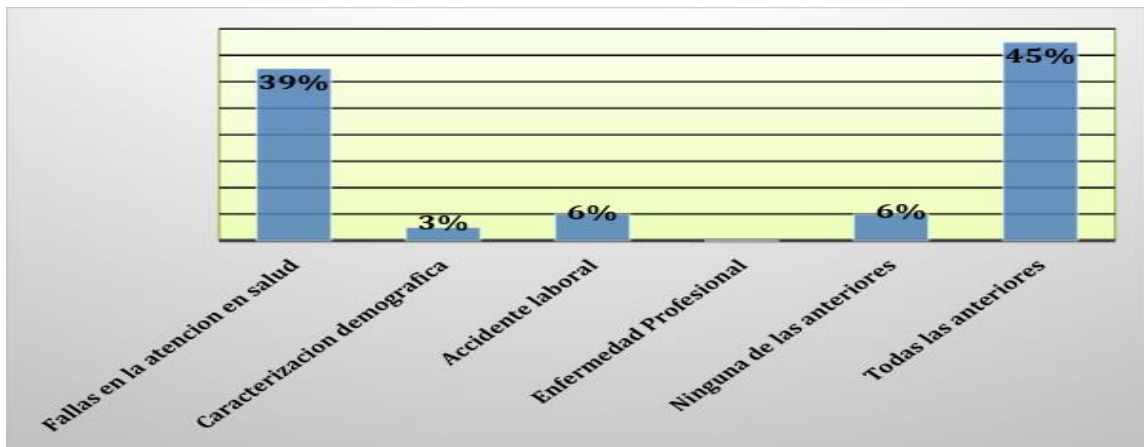
6 IDENTIFICAR GRADO DE CONOCIMIENTO LOS FUNCIONARIOS CONOCEN SI LA IPS SAN SEBASTIÁN CUENTA CON POLÍTICA SEGURIDAD DEL PACIENTE, 2018



Hay un predominio de la población trabajadora de la IPS que manifiestan conocer la política de seguridad del paciente que implementa la Institución.

El 100% de la población caracterizada considera que el compromiso y apoyo de la alta gerencia es una actividad que promueve la Seguridad del Paciente.

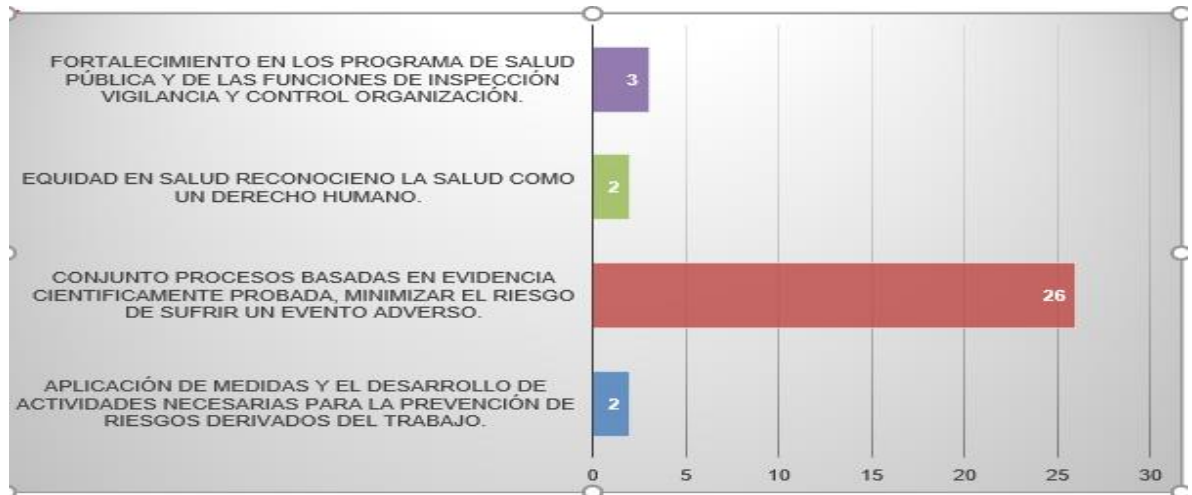
7 IDENTIFICAR SI LOS FUNCIONARIOS CONOCEN LOS CONCEPTOS QUE INTEGRAN LA POLÍTICA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA IPS SAN SEBASTIÁN, 2018



Se evidencia que un porcentaje menor al 50% de los funcionarios identifican los conceptos que integran la Política Seguridad del paciente de la Institución.

El 100% de la población considera que se debe reportar todos los eventos y/o incidentes atribuibles a fallas en la atención en Salud.

8 GRADO DE CONOCIMIENTO DE LOS FUNCIONARIOS SEGÚN LA DEFINICIÓN DE LA POLÍTICA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA IPS SAN SEBASTIÁN, 2018



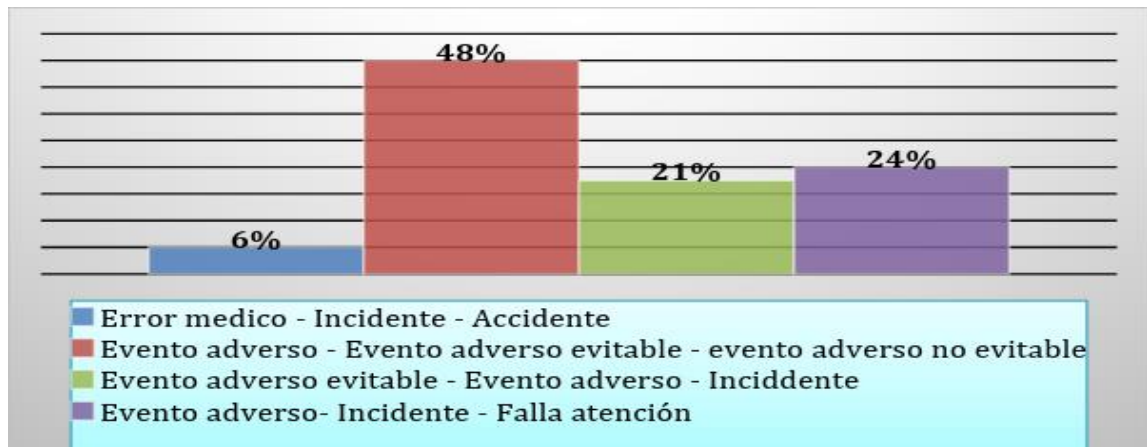
Se evidencia un gran porcentaje de la población evaluada, conocen que la definición de Seguridad del paciente.

9 IDENTIFICAR SI LOS FUNCIONARIOS CONOCEN LA DEFINICIÓN DEL EVENTO ADVERSO COMO EL DAÑO NO INTENCIONAL COMO CONSECUENCIA DE LA ATENCIÓN EN SALUD EN IPS SAN SEBASTIÁN, 2018



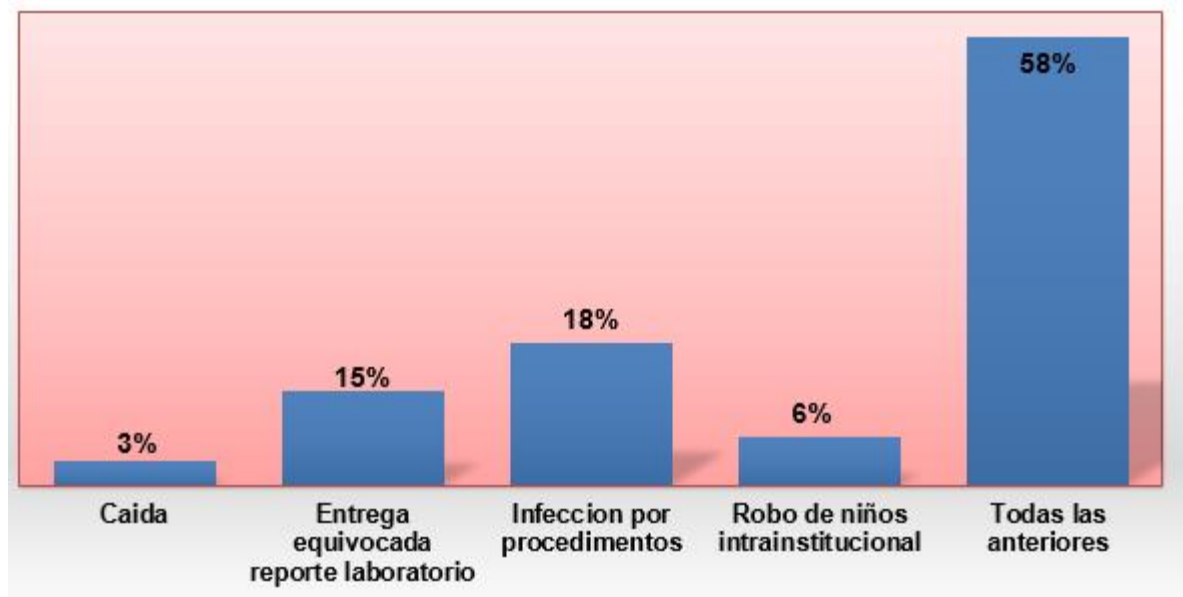
Se evidencia que el 50% del personal de la IPS San Sebastián de Pereira tienen conocimiento de la definición de que es un evento adverso.

10 IDENTIFICAR SI LOS FUNCIONARIOS CONOCEN LA CLASIFICACIÓN DEL EVENTO ADVERSO EN LA IPS SAN SEBASTIÁN, 2018



se evidencia que un porcentaje inferior al 50% del personal tienen conocimiento sobre la clasificación del evento adverso.

11 IDENTIFICAR SI LOS FUNCIONARIOS DE LA IPS SAN SEBASTIÁN CONOCEN LOS EVENTOS ADVERSOS QUE INTEGRAN LA POLÍTICA SEGURIDAD DEL PACIENTE, 2018



Se logra identificar que solo el 58% de los funcionarios, identifican cuales son los eventos adversos; según la política de seguridad del paciente en la IPS San Sebastián de Pereira.

12 IDENTIFICAR FACTORES CONTRIBUTIVOS, QUE PREDISPONEN A ACCIONES INSEGURAS EN LA IPS SAN SEBASTIÁN, 2018



El 64% de los encuestados considera que el cumplimiento de indicadores no es un factor contributivo que predispone a acciones inseguras en la prestación de servicios de salud.

6.3 PLAN DE MEJORAMIENTO DE ACUERDO A LOS HALLAZGOS

Descripción del Hallazgo	¿Qué? Acciones de mejoramiento	¿Cómo? Descripción de la acción de mejora	Cumplimiento Indicadores de la acción de mejora	Meta de la acción	¿Quién? Responsable de la acción	¿Cuándo? Fecha de ejecución	Próximo seguimiento
No se cuenta con la completa difusión de la Política seguridad del Paciente	Realizar socialización a todo el personal sobre la Política Seguridad del Pacientes con todos sus colaboradores	Permite dar cumplimiento con los lineamientos legales donde exige cobertura mayor al 50% del personal debe conocer sobre la Política	% población evaluada / total funcionarios	>=80 %	Enfermera Calidad / Coordinadores de áreas	11 abril 2018 11 abril 2018	3 meses
No se cuenta con la metodología de análisis de eventos adversos	Diseñar análisis metodológico de eventos adversos	Mejora la identificación de posibles eventos y/o incidentes adversos el análisis y plan de mejoramiento	% eventos adversos analizados / total eventos adversos presentados	>=80 %	Enfermera Calidad / Coordinadores de áreas	01 mayo 2018	3 meses
Reforzar rondas de Seguridad aplicando listas de chequeo por parte de las Coordinadoras de Áreas	Realizar rondas de seguridad en todas las áreas de la Institución	Permite tener control sobre procesos y procedimientos que se realizan en la Institución y realizar acciones de mejora con respectivo seguimiento	% rondas seguridad realizadas / total rondas seguridad programadas	>=80 %	Enfermera Calidad / Coordinadores de áreas	01 mayo 2018	3 meses

6.4 DISCUSIÓN

Según las investigaciones de Míguez, "La seguridad del paciente es un factor esencial de la calidad asistencial y desde la publicación del informe "Error es humano" es objeto de atención general.

La OMS creó en octubre de 2004 una iniciativa especial denominada Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente (World Alliance for Patient Safety en su denominación en inglés) con el deseo de establecer las políticas necesarias para mejorar la seguridad de los pacientes. La Alianza definió los programas a realizar y los encaró como desafíos globales a desarrollar en todo el mundo. En octubre de 2005, un año después de creada la iniciativa, se lanzó en la sede de la OMS en Ginebra el primer desafío, que estuvo destinado a promover una campaña mundial para disminuir las infecciones nosocomiales bajo el lema "Una atención limpia es una atención más segura".

Según los resultados de este estudio en la IPS San Sebastián los funcionarios han sido capacitados y orientados sobre la política de seguridad del paciente que se cumple en la entidad. Funcionarios administrativos y asistenciales reciben capacitaciones sobre la atención al usuario y de los posibles accidentes e incidentes que se puedan presentar a la hora de la prestación del servicio, En la IPS predominan los eventos adversos como mayores incidentes no intencionados a la hora de prestarle el servicio a los pacientes, ya que no son directamente fallas del personal asistencial, si no, fallas que se presentan por cualquier eventualidad que se presente; ejemplo, causar malestar o alergias a un paciente al aplicar algún medicamento.

Por otro lado, cabe resaltar que en el ambiente que se presenta en una Institución Prestadora de Salud, se encuentran muchas circunstancias que pueden ocasionar incidentes o eventos a los pacientes, dichas circunstancias muchas veces son imperceptibles para los funcionarios de la institución, dando como resultado, eventos adversos e incidentes para los pacientes, de igual manera es importante implementar estrategias factibles de realizar de acuerdo con el nivel de complejidad y recursos de las empresas como las que se entregan en el presente trabajo. Se espera que se hagan las auditorias periódicas y sistemáticas para evaluar el verdadero impacto en la satisfacción de los usuarios con la prestación del servicio, socialización de la Política Seguridad del paciente en los funcionarios, mejorando la

calidad en la atención de los usuarios reflejado en la disminución del riesgo y la satisfacción del cliente y su familia.

La IPS San Sebastián Pereira como entidad que apunta a la acreditación debe implementar estas estrategias que impacten el modelo de atención y que se reflejen en disminución de costos por posibles demandas por mala atención. Una vez intervenidos los objetivos se debe seguir con el ciclo PHVA, de tal forma que se evalúe de nuevo las necesidades y expectativas de los clientes internos y externos y el cumplimiento de los objetivos institucionales relacionados con la calidad en la prestación de los servicios, se debe enfocar la atención de acuerdo con los criterios de valor, riesgo y costo.

6.5 LOGROS

Se logró recaudar satisfactoriamente las encuestas al personal de la IPS SAN SEBASTIÁN, identificando bajo grado sobre la política de seguridad del paciente, donde los encuestados colaboraron sin ninguna dificultad, dado primero el consentimiento de la institución y de cada uno de los encuestados logrando un buen resultado.

Los objetivos propuestos fueron alcanzados sin contratiempos, fueron los resultados que se esperaban obtener.

De acuerdo con los resultados obtenidos se puede evidenciar que la política de seguridad en el trabajo adoptada por la IPS San Sebastián de Pereira es clara y ayuda a los funcionarios a minimizar los riesgos de los pacientes en la atención.

6.6 DIFICULTADES

Al momento de realizar las encuestas fue un poco dispendioso ya que algunos trabajadores se encontraban en vacaciones, tenían horarios diferentes y por supuesto sus labores diarias, por estos motivos al momento de realizar las encuestas se demoran más los resultados, pero al final son satisfactorios.

7 CONCLUSIONES

1. La IPS San Sebastián Pereira en su compromiso de acuerdo con la plataforma estratégica establecerá y adoptará estrategias encaminadas a la socialización de la política de seguridad del paciente, con el fin de brindar atención segura a los usuarios y así mantener un clima laboral adecuado para sus clientes internos y externos.
2. Se observa que la mayoría del personal encuestado conoce la Política de Seguridad del Paciente. Los funcionarios que dicen conocer la política saben que no aplicar dicha política es una de las fallas en la atención en salud, como son: fallas en la atención en Salud que se presentan en la entidad que se pueden prevenir acatando las políticas que la entidad adopta.
3. Entre la población encuestada de los trabajadores de la IPS, se evidenció que el 45% del personal es población universitaria, y el 37% corresponde a personal técnico, conformando a sí un grupo multidisciplinario para brindar atención requerida a la población objeto de la IPS.
4. Se concluye durante la realización de aplicación del instrumento que el personal asistencial y administrativo tienen conocimiento sobre la Política de seguridad del paciente, en la IPS San Sebastián de Pereira, evidenciando que el 97% del personal de la institución conocen que es la política de seguridad de paciente.
5. Se logró identificar una alta rotación en el personal de la institución constituyendo un 70 % de la población con un tiempo inferior o igual a 5 años en la institución, por consiguiente, hay poca adherencia a los procesos.
6. Se espera que se hagan las auditorías periódicas y sistemáticas para evaluar el verdadero impacto en la satisfacción de los usuarios con la prestación del servicio, socialización de la Política Seguridad del paciente en los funcionarios, mejorando la calidad en la atención de los usuarios reflejado en la disminución del riesgo y la satisfacción del cliente y su familia.

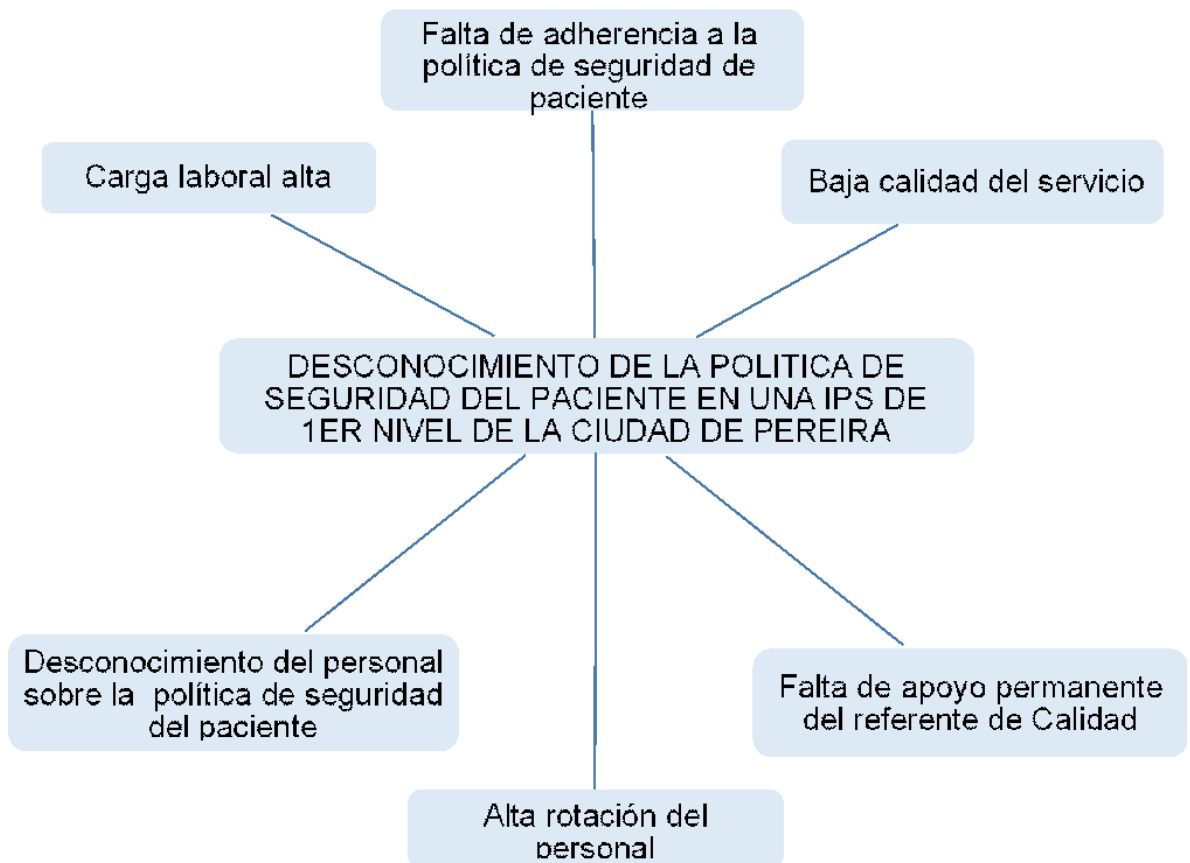
8. RECOMENDACIONES

Se recomienda a la gerente y al personal de calidad de la institución:

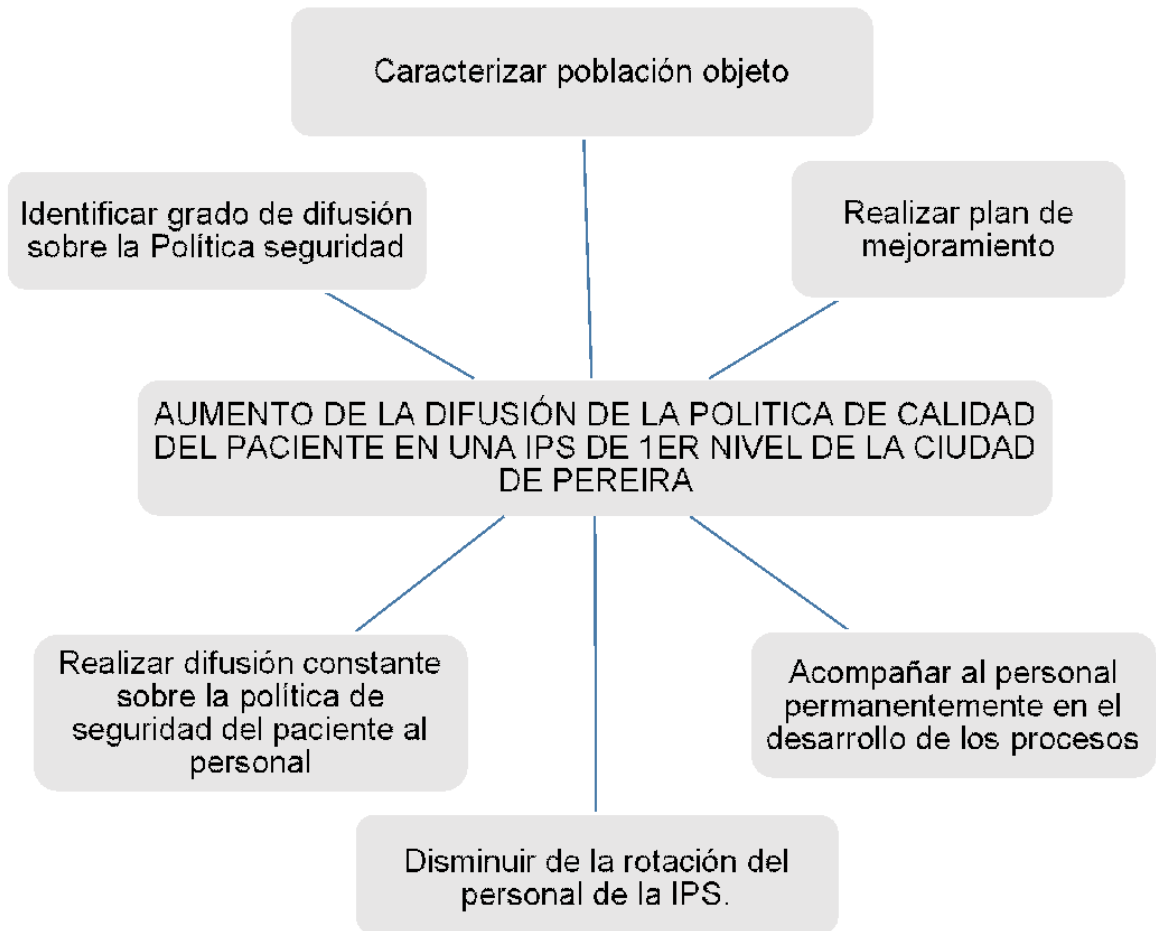
- Capacitar todo el personal sobre la Política de seguridad del paciente adaptado por la IPS San Sebastián.
- Realizar seguimiento a casos reportados como eventos adversos e incidentes, relacionadas con fallas en la prestación de servicio de Salud.
- Dar a conocer a todo el personal de la IPS san Sebastián los eventos adversos que se presentan en la institución, para que así todo el personal tenga conocimiento de esta.
- Sensibilizar a los funcionarios de la Institución sobre la importancia de realizar procesos seguros teniendo en cuenta todos los espacios de sensibilización de resultados y política.

8 ANEXOS

1 ANEXO ÁRBOL DE PROBLEMAS



2 ANEXO ÁRBOL DE PROBLEMAS



3 ANEXO. MATRIZ DE OBJETIVOS, CONCEPTOS, VARIABLES E INDICADORES.

OBJETIVOS	CONCEPTOS	DEFINICIÓN	VARIABLES	DEFINICIÓN	INDICADORES
Caracterizar socio-demográficamente la población de estudio.	Caracterización población	Ciencia que estudia las poblaciones humanas, su dimensión, estructura, evolución y características generales.	Edad	Mención al tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo	% por intervalo de edades
			Género	Identidad sexual de los seres vivos	% hombres y mujeres
			Nivel escolaridad	Nivel educativo alcanzado	% por nivel escolaridad
			Cargo que desempeña	Rangos en que se agrupan las personas integradas en una institución. Dichos rangos pueden definir funciones jerárquicas, administrativas, operativas	% por estrato social
			Tipo de vinculación	La vinculación puede asociarse a la relación, la asociación o la unión. Dos personas o cosas están vinculadas cuando comparten algún tipo de nexo y existe algo en común.	% por tipo vinculación
			Tiempo de vinculación en la	Tiempo transcurrido entre la firma del contrato laboral y la terminación de este.	% por tiempo de vinculación

				Empres a		
Definir grado conocimien to	Con ocim iento	Significad o		Grado muy alto -Grado alto -Grado medio -Grado bajo	Contesta adecuadamente las preguntas aplicada en la encuesta.	% Grado Conocimient o
Diseñar plan de mejoramie nto pertinente ante los eventos presentado s	Mejo ra conti nua	Conjunto de procedimi entos diseñada s a organizar y corregir falencias encontrad as en el sistema interno de control		NA	NA	No aplica

4 ANEXO. INSTRUMENTO

INSTRUMENTO DE VERIFICACIÓN, GRADO DE CONOCIMIENTO SOBRE POLÍTICA SEGURIDAD DEL PACIENTE			
FECHA:			
NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN: IPS SAN SEBASTIÁN LTDA.			
NOMBRE DEL PROFESIONAL:			
PUNTOS PARA EVALUAR			
CATEGORÍAS	PREGUNTAS DE LA ENCUESTA	RESPUESTAS	
CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS POBLACIÓN A ESTUDIO (Marque con una x la opción corresponda)	EN QUE RANGO DE EDAD SE ENCUENTRA	Edad	
	GÉNERO	Femenino	
		Masculino	
		Indeterminado	
	NIVEL EDUCATIVO ALCANZADO	Técnico	
		Tecnólogo	
		Universitario	
		Posgrado	
		Maestría	
	CARGO QUE DESEMPEÑA EN LA INSTITUCIÓN	Doctorado	
		Personal Administrativo	
		Auxiliar Laboratorio clínico	
		Auxiliar Odontología	
	Auxiliar Enfermería		

		Higienista Oral		
		Enfermero		
		Psicólogo		
		Nutricionista		
		Médico		
		Odontólogo		
		Bacteriólogo		
	TIPO DE VINCULACIÓN	Planta		
		Prestación de Servicios		
		Otro		
	TIEMPO DE VINCULACIÓN A LA EMPRESA	Menor a 5 años		
		6 a 10 años		
		11 a 15 años		
Mayor a 16 años				
IDENTIFICAR GRADO DE CONOCIMIENTO SOBRE LA POLÍTICA SEGURIDAD DEL PACIENTE DE LA INSTITUCIÓN	1. LA INSTITUCIÓN CUENTA CON EL PROGRAMA POLÍTICA SEGURIDAD DEL PACIENTE			
	SI: _____			
	NO: _____			
	2. LA INSTITUCIÓN REALIZA CAPACITACIONES QUE PROMUEVEN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE			
	SI: _____			
	NO: _____			
	3. CUAL DE ESTAS ACTIVIDADES CONSIDERA PROMUEVEN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE (Única respuesta)			
	A)	Registrar el cumplimiento de citas	D)	Compromiso y apoyo de la alta gerencia para apoyar estrategias del programa Seguridad del paciente
	B)	Cobro de copagos y cuotas moderadoras	E)	Definir horarios de entrega de resultados

4. CUAL DE ESTOS CONCEPTOS INTEGRAN LA POLÍTICA SEGURIDAD DEL PACIENTE (Única respuesta)			
A)	Fallas en la atención en salud	D)	Enfermedad profesional
B)	Caracterización demográfica	E)	Todas las anteriores
C)	Accidente laboral	F)	Ninguna de las anteriores
5. CUANDO SE PRESENTA UNA FALLA EN LA ATENCIÓN EN LOS SERVICIOS DE SALUD, CONSIDERA QUE: (Única respuesta)			
A)	Se debe reportar el evento si se presenta una lesión grave en el paciente	C)	Se debe reportar el evento si se presenta una lesión leve en el paciente
B)	Se debe reportar el evento si se presenta una lesión moderada	D)	Se debe reportar todos los eventos y/o incidentes atribuibles a fallas en la atención en Salud
6. QUE ES SEGURIDAD DEL PACIENTE (Única respuesta)			
A)	Fortalecimiento en los programas de salud pública, y de las funciones de inspección, vigilancia y control, organización.	C)	Aplicación de medidas y el desarrollo de actividades necesarias para la prevención de riesgos derivados del trabajo.
B)	Conjunto de elementos estructurales, procesos, basadas en evidencia científicamente probada, que propenden minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención.	D)	Equidad en Salud, reconociendo la salud como un derecho humano.
7. EL DAÑO NO INTENCIONADO AL PACIENTE, OPERADOR O MEDIO AMBIENTE QUE OCURRE COMO CONSECUENCIA DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO SALUD, ES? (Única respuesta)			
A)	Incidente	C)	Evento Adverso
B)	Accidente	D)	Error Médico

8. LOS EVENTOS ADVERSOS SE CLASIFICACIÓN EN: (Única respuesta)			
A)	- Evento Adverso - Incidente - Falla atención	C)	- Error Médico - Incidente - Accidente
B)	- Evento Adverso - Evento Adverso evitable - Evento Adverso No evitable	D)	- Evento Adverso Evitable - Evento adverso - Incidente
9. SEÑALE CUAL DE LOS SIGUIENTES ES UN EVENTO ADVERSO: (Única respuesta)			
A)	Entrega equivocada reportes laboratorio	D)	Robo de niños interinstitucionalmente
B)	Infecciones por procedimientos	E)	Caídas
C)	Todas las anteriores	F)	Ninguna de las anteriores
10. ENTRE LOS FACTORES CONTRIBUTIVOS QUE PREDISPONEN ACCIONES INSEGURAS EN LA PRESTACIÓN SERVICIOS SALUD SE ENCUENTRA, EXCEPTO: (Única Respuesta)			
A)	Cumplimiento indicador	C)	Equipo de trabajo
B)	Organización y Gerencia	D)	Ambiente
OBSERVACIONES: Escriba una o más temas considera debe incluirse incluir en la implementación del Programa Política Seguridad del paciente.			

5 ANEXO. CONSENTIMIENTO INSTITUCIONAL.



IPS SAN SEBASTIAN LTDA
NIT 8160031374

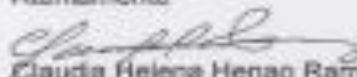
Pereira, 9 noviembre de 2017

Dr Diego Carmona
Director Programa Auditoria en Salud
Fundación Universitaria del Área Andina

Por medio de la presente hago constar que autorizo que las estudiantes Lina María Patiño Vargas identificada CC 42146743, Yuleth Amauris Peña Montoya identificada con CC 1088255240, Inés Vanessa Castro Amaya identificada con CC 1088002027 del programa de Auditoria en Salud de la Fundación Universitaria de Área Andina, han sido aceptadas por en nuestra Institución, para realizar el desarrollo del proyecto de grado en el Tema Política Seguridad del Paciente.

Quedo atenta para cualquier aclaración o duda.

Atentamente


Claudia Helena Henao Ramirez
Gerente IPS San Sebastián
Pereira, Risaralda

6 ANEXO CONSENTIMIENTO INFORMADO



Consentimiento Informado - Encuesta Política Seguridad del Paciente

Fecha (AAAA/MM/DD): ____/____/____
Nombres y Apellidos Afiliado _____
Tipo de Identificación: _____ Número: _____
Nombres Institución donde labora _____
NIT Institución: _____
Profesión: _____
EPS Asignada: _____
Nombre del representante legal: _____

Consentimiento

Declaro que he recibido información sobre el propósito y beneficio de la aplicación de la encuesta sobre la Política de Seguridad del paciente, su interpretación, sus limitaciones y sus riesgos, se me ha brindado consejería y asesoría por un profesional de la salud y de acuerdo a los resultados también recibiré consejería post-prueba según la resolución 8430 de 1993. Entiendo que la aplicación de la prueba es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento antes de que se aplique al prueba (Pre test). Fui informado(a) de las medidas que se tomarán para proteger la confidencialidad de los resultados y mi información personal según la Ley Estatutaria 1581 del 2012. Por lo anterior y de manera LIBRE Y VOLUNTARIA he decidido:

Si acepto realizar la encuesta: _____

No acepto realizar la encuesta: _____

Firma Profesional

Firma Encuestador

7 ANEXO. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Conceptos	Definición	Variables	Definición	Categorías o su variable	Nivel de medición	Indicadores	Pregunta
Caracterización demográfica	Ciencia que estudia las poblaciones humanas, su dimensión, estructura, evolución y características generales.	Edad	Mención al tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo	Edad	Ordinal	Frecuencia según edad	En que rango de edad que se encuentran los encuestados: 25 a 34 – 35 a 44 - 45 a 54 – 55 a 65 años.
		Género	Identidad sexual de los seres vivos	- Femenino - Masculino - Indeterminado	Nominal	% hombres y mujeres	Género de los encuestados: Femenino – Masculino – Indeterminado
		Nivel escolaridad	Nivel educativo alcanzado	Primaria Secundaria Universitario Postgrado Magister Doctorado	Nominal	Frecuencia de acuerdo al estrato socioeconómico	Nivel educativo alcanzado: Técnico – Tecnológico – Universitario – Postgrado – Maestría - Doctorado.

			Conocimiento especializado y formal que suele adquirirse tras una formación terciaria o universitaria	Auxiliares Higienista oral Enfermero Médico Odontólogo Bacteriólogo	No minimal	Clasificación por estrato social	Cargo que desempeña en la Institución: -Auxiliar toma muestras laboratorio -Auxiliar odontología -Auxiliar enfermería -Higienista oral -Enfermero -Médico -Odontólogo -Bacteriólogo
Identificar grado de conocimiento	El tener algo por verdadero es un suceso de nuestro entendimiento, y puede basarse en fundamentos objetivos, pero requiere también causas subjetivas en el psiquismo del que formula el juicio.	Clasificar el grado de conocimiento en la Población Objeto	Aquella que será beneficiada con el proyecto. Se identificará a partir de la población de referencia, población perteneciente a grupo de estudio.	Grado muy alto -Grado alto -Grado medio -Grado bajo	No minimal	Puntaje 9 – 10 Muy alto Puntaje 6 – 8 Alto Puntaje 3 – 5 Medio Puntaje 0 – 2 Bajo	1. Considera que la Institución Cuenta con el Programa Política Seguridad del paciente 2. La institución realiza capacitaciones que promueven la seguridad del paciente. 3.Cuál de estas actividades considera promueven la

							<p>seguridad del paciente.</p> <p>4.Cuál de estos conceptos integran la política seguridad del paciente.</p> <p>5.Cuando se presenta una falla en la atención en los servicios de salud, considera que:</p> <p>6. Que es seguridad del paciente.</p> <p>7. El daño no intencionado al paciente, operador o medio ambiente que ocurre como consecuencia de la prestación del servicio salud, es?</p> <p>8.Los eventos adversos se clasificación en:</p>
--	--	--	--	--	--	--	--

							<p>9. Señale cuál de los siguientes es un evento adverso:</p> <p>10. Entre los factores contributivos que predisponen acciones inseguras en la prestación servicios salud se encuentra, excepto:</p>
Diseñar plan de mejoramiento	Conjunto de procedimientos diseñadas a organizar y corregir falencias encontradas en el sistema interno de control					Plan de mejoramiento	

9 ANEXO, PRESUPUESTO

TALENTO HUMANO				VALOR TOTAL
Ítem	Unida d	Cantida d	Valor unitario	
Asesores (2)	Hora	10	60.000	1.200.00 0
Investigadores (3)	Hora	150	8.000	3.600.00 0
Digitador (1)	Hora	200	10.000	240.000
Asesor externo (1)	Hora	48	50.000	2.400.00 0
TOTAL, TALENTO HUMANO				7.440.00 0
RECURSOS FÍSICOS				
Fotocopias				50.000
Otros				50.000
Pasajes				200.000
Viáticos				60.000
TOTAL, RECURSOS FÍSICOS				360.000
GRAN TOTAL				7.800.00 0

BIBLIOGRAFÍA

Alba-Leonel, A. (2011). Errores de enfermería en la atención hospitalaria. *Rev. Enfermo Instó Mex Seguro Soc. Vol. 19*, PP. 149-154.

<http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2011/eim113g.pdf>

Betancourt, D. J. (2011). Factores que pueden afectar la seguridad del paciente. *Revista archivo médico de Camagüey. Vol. 15*, PP. 936-945.

http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1025-02552011000600002&script=sci_arttext&tlng=en

Busso, D. N. (2004). Los eventos adversos y la calidad de atención. *Arch.argent. pediatr.*, PP. 402.

http://www.seguridaddelpacienteyenfermero.com/docs/articulos/articulo_03.pdf

Cernadas, J. M. (2001). El error en medicina: Reflexiones acerca de sus causas y sobre la necesidad de una actitud más crítica en nuestra profesión... *Arch.argent. pediatr.*, PP. 522.

www.cba.gov.ar/wp-content/4p96humuzp/2012/08/sal_sepa_erroresmedicina2.pdf

Cernadas., D. J. (2009). La OMS y su iniciativa "Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente".

The WHO and its "World Alliance for Patient Safety" initiative... *Archivos Argentinos de Pediatría. Vol. 107*, PP. 385-386.

http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752009000500001

Castañeda-Hidalgo, H. (2013). PERCEPCIÓN DE LA CULTURA DE LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES POR PERSONAL DE ENFERMERÍA. *Ciencia y enfermería. Vol. 19*, PP. 77-88.

http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532013000200008&script=sci_arttext&tlng=en

Camargo Tobías, G. (2014). Cultura de la seguridad del paciente en la atención sanitaria: un estudio bibliométrico... *Enfermería global.*, PP. 336-348.

<http://bidig.areandina.edu.co/index.php/generales-y-multidisciplinarias-proquest>

Cantillo, E. V. (2007). Seguridad de los pacientes. Un compromiso de todos para un cuidado de calidad... *Salud Uninorte*. Vol. 23, PP.112-119.

<http://bidig.areandina.edu.co/index.php/generales-y-multidisciplinarias-proquest>

Casasín, T. (2006). Calidad en la administración de medicamentos en el hospital: análisis observacional directo. *Elsevier. Nursing Editorial Española*. Vol. 24, PP. 56-61.

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212538206711037>

Campos-Castelo, E. M. (2010). Encuesta exploratoria sobre seguridad de los pacientes en médicos internos de pregrado... *Revista CONAMED*. Vol. 15, PP. 116-124.

<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3393236.pdf>

Colombia, C. d. (1993). Ley 100 de 13 de diciembre de 1993. *Congreso de Colombia. Preámbulo*.

<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=5248>

Europea., G. d. (2009). Conclusiones y recomendaciones claves sobre educación y formación en materia de seguridad de los pacientes en toda Europa... *Comisión Europea*.

https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/patient_safety/docs/guidelines_psqcw_g_education_training_es.pdf

Fajardo-Dolci, G. (2010). Seguridad del Paciente... *Cirugía y Cirujanos*. Vol. 78, PP. 379-380.

<http://www.redalyc.org/pdf/662/66220238001.pdf>

Fajardo., B. N. (2005). Calidad de la atención de salud. Error médico y seguridad del paciente... *Revista Cubana de Salud Pública*. Vol. 31, PP. 0-0.

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662005000300010

Fajardo-Dolci, G., & Rodríguez-Suárez. (2010). Cultura sobre seguridad del paciente en profesionales de la salud... *Cirugía y Cirujanos*. Vol. 78, PP. 527-532.

<http://www.redalyc.org/pdf/662/66220323010.pdf>

Gestión del riesgo en el Sistema de Gestión de Calidad | ISO 9001. 2015

<https://www2.deloitte.com/co/es/pages/risk/articles/gestionriesgoisoart.html>

Herrera, J. U. (2011). Recomendaciones para la implementación de herramientas en programas de atención segura en instituciones prestadoras de salud (IPS). *Archivos de medicina*. Vol. 11, PP. 169.

<http://go.galegroup.com.proxy.bidig.areandina.edu.co:2048/ps/i.do?p=IFME&sw=w&u=fuaa&v=2.1&it=r&id=GALE%7CA355152406&asid=61e1a0c7105330bf6157fe9d850526fe.&authCount=1>

J.M. Aranaza, y. C. (2011). Seguridad del Paciente y Calidad Asistencial. *Revista de Calidad Asistencial*. Vol. 26, PP. 1

<http://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-seguridad-del-paciente-calidad-asistencial-S1134282X11001606?redirectNew=true>

Jean-Marteau. (2010). Seguridad de los pacientes... *Declaración de posición. International Council of Nurses*.

http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/position_statements/D05_Seguridad_pacientes-Sp.pdf

Laza., D. C. (2011). Competencias de Enfermería para la seguridad del paciente. Nursing competences for patient' safety... *Revista Cubana de Enfermería*. Vol. 27, PP. 239-247.

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192011000300008

Míguez, A. M. (2007). Seguridad del Paciente. Patient safety. *Anales de Medicina Interna*. Vol. 24, PP. 602-606.

http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-71992007001200010&script=sci_arttext&tlng=pt

Miriam Estepa del Árbol, M. C. (2016). Eficacia de los programas de seguridad del paciente... *Facultad de Medicina y Enfermería de Córdoba. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. España*. Vol. 19.

<http://www.revistaseden.org/imprimir.aspx?idArticulo=4424170094097098093424170>

Nacional, N. (2007). Ley 1122 de 2007. *Nivel Nacional*.

<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=22600>

(OMS), O. M. (2004). Seguridad del Paciente. *Organización Mundial de la Salud (OMS)*.

<http://www.who.int/patientsafety/es/>

Pérez Castro-y Vázquez, J. A. (2011). ¿La seguridad del paciente es un nuevo paradigma en la atención médica? *Cirugía y Cirujanos*. Vol. 79, PP. 303-304.

<http://www.redalyc.org/pdf/662/66221384001.pdf>

Ques, Á. A. (2010). Fortalezas y amenazas en torno a la seguridad del paciente según la opinión de los profesionales de enfermería. *Revista Latinoamericana*. Vol. 18, PP. 339-45.

<https://pdfs.semanticscholar.org/42be/a7d772ceaa253b71830a1085ac94a0514cdf.pdf>

Rojas-Mirquez., Á. M.-C. (2012.). La seguridad del paciente: un componente de las políticas de salud que hay que fortalecer en América Latina... *Revista Panamericana de Salud Pública*. Vol. 31, PP. 531-532.

http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892012000600014

Román., M. C. (2006). La Seguridad del Paciente, una responsabilidad en el acto del cuidado... *Revista Cubana Enfermería*. Vol. 22, PP. 0-0.

http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03192006000300007&script=sci_arttext&tlng=en

Rivera, J. C. (2012). Sobrecarga laboral en los profesionales de la salud y su relación con la seguridad del paciente: la fatiga resultante de la sobrecarga en el trabajo produce un deterioro del rendimiento humano, el cual puede verse reflejado en errores de omisión y EA. *Revista Médico Legal.*, PP. 6.

<http://go.galegroup.com.proxy.bidig.areandina.edu.co:2048/ps/i.do?p=IFME&sw=w&u=fuaa&v=2.1&it=r&id=GALE%7CA307524648&asid=d362918fce4043908225368b23cbb61b.&authCount=1>

Rivera, J. C. (2012). EA. *Revista Médico Legal.*, PP. 6.

<http://go.galegroup.com.proxy.bidig.areandina.edu.co:2048/ps/i.do?p=IFME&sw=w&u=fuaa&v=2.1&it=r&id=GALE%7CA307524648&asid=d362918fce4043908225368b23cbb61b.&authCount=1>

Ramírez, O. J. (2011). Una mirada actual de la cultura de seguridad del paciente... *Avances de enfermería, Bogotá*. Vol. 29, PP. 363-374.

<https://search.proquest.com/openview/57358a88312aa3a06b5671e24309f69b/1?q-origsite=gscholar&cbl=2035746>

Salud, O. P. (2002). Calidad de la atención: seguridad del paciente... *55a Asamblea Mundial de la Salud WHA 55.18*.

<http://www1.paho.org/Spanish/AD/THS/EV/blood-4ta-resolucion.pdf>

SALUD, 5. A. (2002). Calidad de la atención: seguridad del paciente. *ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD*.

<http://www.bienestar.unal.edu.co/wp-content/uploads/2016/11/Calidad-de-la-atencion-Seguridad-del-paciente.pdf>

Salud, O. M. (2008). Alianza Mundial para la seguridad del paciente, La Investigación en Seguridad del Paciente. *Organización Mundial de la Salud*.

http://www.who.int/patientsafety/information_centre/documents/ps_research_brochure_es.pdf

Salinas, J. F. (2012). Percepción de enfermería acerca de la Cultura de la Seguridad del Paciente. *Desarrollo Científico Enfermería*. Vol. 20.

<http://www.index-f.com/dce/20pdf/20-122.pdf>

Salud, M. d. (1996). Resolución Número 4445 de 1996. *Ministerio de Salud*.

<http://www.sociedadescientificas.com/userfiles/file/RESOLUCIONES/RESOLUCION%25204445%2520DE%25201996%20sds.pdf>

Salud, M. d. (2002). Resolución Número 1474 de 2002. *Ministerio de Salud*.

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCION%20C3%93N%201474%20DE%202002.pdf

Salud, M. d. (2002). Decreto 2309 de 2002 (octubre 15). *Ministerio de Salud*.

<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=6829>

SALUD, 5. A. (2006). Seguridad del Paciente. *Organización Mundial de la Salud*.

http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA59/A59_22-sp.pdf

Social, M. d. (2006). Decreto 1011 del 2006 (abril 3). *Ministerio de Protección Social*.

<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=19975>

Social, M. d. (2006). Resolución 001043 De 2006 (Abril3). *Ministerio de Protección Social*.

<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=20268>

Social, M. d. (2006). Resolución 001446 De 2006. *Ministerio de Protección Social*.
<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=20267>

Social, M. d. (2008). LINEAMIENTOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA REPÚBLICA DE COLOMBIA. *Ministerio de la Protección Social*.

https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/LINEAMIENTOS_IMPLEMENTACION_POLITICA_SEGURIDAD_DEL_PACIENTE.pdf

Social, M. d. (2013). Resolución Número 1441 de 2013. *Ministerio de Salud y Protección Social*.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-1441-de-2013.pdf>

Social, M. d. (2014). Resolución Número 2003 del 2014. *Ministerio de Salud y Protección Social*.

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%202003%20de%202014.pdf

Social., M. d. (2008). Política de Seguridad del Paciente. *Ministerio de Salud y Protección Social*, PP. 1-2

<https://www.minsalud.gov.co/salud/PServicios/Paginas/Seguridad-del-Paciente.aspx>

Tuesca-Molina, R. (2006). Síndrome de desgaste profesional en enfermeras/os del área metropolitana de Barranquilla. *Revista Científica Salud Aníñarte*. Vol. 22.

<http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/viewArticle/4088/5695>

Vázquez, J. A. (2011). Por qué la seguridad del paciente en la Revista Cirujano General. *Cirujano General*. Vol. 33, PP. 143-145.

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-00992011000300001

Zarza-Arizmendi, M. e. (2008). El Currículum de Enfermería y la seguridad del paciente. *Rev. CONAMED*. Vol. 13, PP. 33-37.
<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3626464.pdf>

