

INVESTIGACIÓN II

RICHARD ROMAN MARIN

JESSICA PABON CAMPO

LAURA CRISTINA QUINTERO

JUAN DAVID VASQUEZ



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE MANIZALES

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESPECIALIZACIÓN EN ADMINISTRACIÓN DE LA SALUD

POPAYÁN-CAUCA

2016

TABLA DE CONTENIDO

| | PAG. |
|---|-----------|
| 1. CONTEXTUALIZACIÓN DEL TRABAJO..... | 7 |
| 1.1 Introducción..... | 7 |
| 1.2 Descripción del problema..... | 10 |
| 1.2.1 Pregunta de Investigación..... | 11 |
| 1.3 Antecedentes..... | 11 |
| 1.4 Hipótesis..... | 21 |
| 1.5 Justificación..... | 22 |
| 1.6 Objetivos..... | 24 |
| 1.6.1 Objetivo General..... | 24 |
| 1.6.2 Objetivos Específicos..... | 24 |
| 2. CONTEXTUALIZACIÓN TEÓRICA (MARCO TEÓRICO)..... | 25 |
| 2.1 Cultura..... | 25 |
| 2.1.1 Cultura de Seguridad..... | 25 |
| 2.2 Historia Seguridad del Paciente..... | 26 |
| 2.3 Normatividad..... | 27 |
| 2.4 Aspectos generales de la política de seguridad del paciente..... | 31 |
| 2.4.1 Objetivos de la política de seguridad del paciente..... | 34 |
| 2.4.2 Concepto de Evento Adverso..... | 35 |
| 2.4.2.1 Clasificación de Eventos Adverso..... | 36 |

| | |
|---|-----------|
| 2.4.2.1.1. <i>Según Severidad</i> | 36 |
| 2.4.2.1.2 <i>Según Prevención</i> | 37 |
| 2.4.2.1.3. <i>Seguimiento al Riesgo</i> | 38 |
| 2.4.2.1.4. <i>Componentes del Riesgo</i> | 38 |
| 2.4.2.1.5. <i>Clasificación del Riesgo</i> | 38 |
| 2.4.2.1.6. <i>Identificación de riesgos</i> | 39 |
| | |
| 3. CONTEXTUALIZACIÓN METODOLÓGICA | 42 |
| 3.1 Contextualización..... | 42 |
| 3.1.1 Delimitación de la Población..... | 42 |
| 3.1.2 Criterios de Inclusión y exclusión..... | 43 |
| 3.2 Direccionamiento Estratégico..... | 43 |
| 3.2.1 ¿Quiénes somos? | 43 |
| 3.2.2 Valores Corporativos..... | 44 |
| 3.2.3 Estructura Organizacional..... | 46 |
| 3.2.4 Misión Y Visión..... | 47 |
| 3.2.5 Portafolio de Servicios..... | 48 |
| 3.3 Técnicas y plan de recolección de la información..... | 49 |
| 3.4 Aspectos éticos..... | 49 |
| 3.5 Cronograma de Actividades..... | 51 |
| | |
| 4. RESULTADOS Y ANALISIS | 52 |
| 4.1 Resultados y Análisis Área Administrativa..... | 52 |
| 4.2 Resultados y Análisis Área Asistencial..... | 62 |

| | |
|--------------------------------|-----------|
| 5. Conclusiones..... | 75 |
| 6. Recomendaciones..... | 77 |
| 7. Glosario..... | 79 |
| 8. Bibliografía..... | 81 |

Lista de Tablas

Tabla 1. Población objeto de estudio

Tabla 2. *Asistencial:* Tiempo en la Institución

Tabla 3. Cronograma de Actividades

Tabla 4. *Asistencial:* Horas trabajadas

Tabla 5. *Asistencial:* Cargo

Tabla 6. *Asistencial:* Tipo de Contrato

Tabla 7. *Asistencial:* Interacción con pacientes

Tabla 8. *Asistencial:* Tiempo en el cargo

Lista de Gráficos

Grafica 1. *Administrativa:* Interacción con pacientes del personal administrativo

Grafica 2. *Administrativa:* Área de Trabajo

Grafica 3. *Administrativa:* Jefe Inmediato

Grafica 4. *Administrativa:* Comunicación

Grafica 5. *Administrativa:* Institución

Grafica 6. *Administrativa:* Institución

Grafico 7. *Administrativa:* Institución

Grafica 8. *Administrativa:* Grado de Seguridad del Paciente

Grafica 9. *Asistencial:* Área de Trabajo

Grafica 10. *Asistencial:* Jefe inmediato

Grafica 11. *Asistencial:* Comunicación

Grafica 12. *Asistencial:* Frecuencia de Eventos Adversos

Grafica 13. *Asistencial:* Grado de seguridad del paciente

Grafica 14. *Asistencial:* Su institución

Grafica 15. *Asistencial:* Número de eventos adversos

Grafica 16. *Asistencial:* Atención Segura

1. CONTEXTUALIZACIÓN DEL TRABAJO

1.1 Introducción

La seguridad del paciente es un problema de salud pública en el mundo, que afecta tanto a países desarrollados como a países en vía de desarrollo y donde los riesgos se producen en todos los niveles de atención. Este, dejó de ser un problema solo del gobierno y paso hacer también de las organizaciones internacionales las cuales han desarrollado iniciativas para apoyar estrategias tanto nacionales como internacionales que contribuyan a la mejora de la seguridad de los pacientes en todo el mundo.

La organización Mundial de la Salud (OMS) decidió formar una alianza con otros líderes mundiales de salud con el fin de reducir el número enfermedades, lesiones y muertes que ocurren como consecuencia de errores en la atención en salud.

La calidad en la atención en salud, es un pilar fundamental en las instituciones de prestación de servicios de salud IPS, ya que hoy se está conociendo su importancia a través de los sistemas de salud de todo el mundo, implementando diversas formas de control de calidad en salud.

En Colombia actualmente se desarrollan e implementan Políticas de Seguridad del Paciente, derivadas del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud , que pretende “prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y de ser posible eliminar la ocurrencia de Eventos adversos para contar con instituciones seguras y competitivas internacionalmente”¹

¹ Lineamientos de la Implementación de la Política de Seguridad del Paciente. Ministerio de la Protección Social. 2008.

La idea de Sergio Luengas, en el artículo “Modelo para gestionar la seguridad del paciente en las instituciones de salud”, plantea que sin cultura de seguridad difícilmente puede haber procesos seguros, cuando describe el Modelo de Gestión de Seguridad del Paciente propuesto para las instituciones de salud. En este, la cultura deseada se define como un ambiente en que se habla libremente y sin prevención de los errores, se aprende de ellos, nunca se personalizan y se castiga el ocultamiento. Este patrón de comportamiento no se da de manera natural. De hecho, la experiencia muestra que la cultura espontánea tiende a ser exactamente la opuesta, es decir, una en que los errores se personalizan y ocultan por miedo al castigo, y no se aprende de ellos.

El direccionamiento estratégico debe definir los propósitos organizacionales vitales y la cultura requerida para lograrlos. Esta, a su vez, tiene que gestionarse mediante herramientas concretas y específicas.

Es importante destacar que el conjunto de las normas que respaldan el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Colombia, evidencian el interés del Estado en pro del mejoramiento de la calidad de los servicios de salud, este coincide con la toma de conciencia por parte de las instituciones de la importancia que tiene hoy en rendir cuentas ante el usuario y la sociedad sobre las condiciones internas de operación de las mismas, con base en criterios que expresen en su conjunto, el nivel de desempeño esperable por parte de una institución de salud.

El presente trabajo está compuesto por los siguientes temas:

- **CONTEXTUALIZACIÓN DEL TRABAJO**, en este apartado se define tanto el problema de investigación como los objetivos que se esperan alcanzar con la realización del trabajo.

- **CONTEXTUALIZACIÓN TEÓRICA**, en este capítulo se reúne información documental para confeccionar el diseño metodológico de la investigación, el cual nos proporcionará un conocimiento profundo de la teoría que le da significado a la investigación.
- **CONTEXTUALIZACIÓN METODOLÓGICA**, en este capítulo se presenta la planeación para la ejecución del trabajo, se especifican los medios utilizados para la recolección de la información (encuestas, observaciones etc.)
- **BIBLIOGRAFÍA**, en este capítulo se especifican todas las fuentes tanto bibliográficas como las referencias electrónicas utilizadas para la realización del trabajo.

1.2 Descripción del problema

En los 80's en los centros sanitarios se comienzan a desarrollar sistemas de prevención de riesgos (riskmanagement), encaminados inicialmente a evitar las demandas judiciales, aunque progresivamente se han ido enfocando a cuestiones relacionadas con la seguridad del paciente. El interés mundial surgió en 1999 a partir de un estudio llevado a cabo por el Instituto de Medicina de USA, llamado "Errar es Humano" en el cual investigaron los errores médicos ocurridos en pacientes hospitalizados, concluyendo que entre 44.000 a 98.000 personas mueren al año como resultado de errores que se suceden en el proceso de atención. Estas cifras situaron a la mortalidad por errores médicos en los EUA en los primeros sitios, incluso por encima de la mortalidad producida por accidentes de tránsito, cáncer o SIDA.²

El tema de seguridad del paciente, se enfrenta a dificultades como la generación de la cultura del reporte pero sigue siendo común en Colombia la negación y el encubrimiento, la conciencia de sistemas es limitada al igual que la capacidad de rediseñar los procesos.

Nuestro país asume el reto de generar cultura de seguridad del paciente, para contribuir a rescatar la autonomía profesional evitando condenas por responsabilidad civil y penal.

Construir una cultura de seguridad del paciente requiere reconocer como principal elemento la calidad asistencial y, por tanto, integrarla en la misión y objetivos de las organizaciones, en sus indicadores y en la elaboración de proyectos y formas de trabajo.

Dado que el sistema único de habilitación busca controlar el riesgo asociado a la prestación del servicio de salud y controla las condiciones en que se ofrecen los servicios fundamentales, y es así que la seguridad del paciente enfatiza en el registro, análisis y prevención de los fallos de la atención prestada por los servicios de salud, y aunque los diferentes entes de regulación

² Kohn; Corrigan; et.al, 1999.

buscan mejorar la manera de alcanzar el propósito hacia el cual está dirigida la buena práctica, todavía es general la falta de sensibilización respecto del seguimiento a riesgos.

El riesgo es inherente a la prestación del servicio, y la falta de un seguimiento y evaluación continua de este, puede poner en peligro la seguridad del usuario del servicio de salud, es por esto que el Sistema Único de Habilitación busca controlar el riesgo asociado a la prestación del servicio de salud, así como las condiciones en que se ofrecen los mismos.

1.2.1 Pregunta de investigación

¿Cuál es la cultura de seguridad del paciente existente en la IPS Pronacer a nivel nacional?

1.3 Antecedentes

Se encontraron estudios realizados para identificar cual es la cultura que existe en Las Instituciones Prestadoras de Servicios En Salud los cuales concluyeron:

- El estudio fue realizado por las enfermeras Olga Gómez Ramírez, Wendy Arenas Gutiérrez, Lizeth González Vega, Jennifer Garzón Salamanca, Erika Mateus Galeano y Amparo Soto Gámez de la Universidad Nacional de Colombia. El estudio se llevó a cabo en instituciones de tercer nivel en Bogotá, durante el primer semestre del 2009 donde el objetivo era Caracterizar la cultura de seguridad del paciente referida por el personal de enfermería.

Conclusión: La caracterización de la cultura de seguridad del paciente referida por el personal de enfermería, en instituciones de tercer nivel en Bogotá, permitió evidenciar los valores y creencias de un recurso humano valioso e indispensable en el cuidado de la salud de las personas, por medio de la percepción de dicho personal acerca de las diferentes dimensiones sugeridas por el instrumento Hospital Survey on Patient Safety Culture Versión Española, lo que genera un importante aporte para el abordaje de las intervenciones institucionales en pro del mejoramiento de la calidad de la atención en salud.

Los siguientes aspectos que hacen parte de la cultura de seguridad y se destacan como relevantes en la percepción de los participantes: la comunicación oportuna, efectiva y de calidad dentro de los miembros del equipo de salud para la identificación de oportunidades de mejora en la correcta atención del paciente. Así mismo la retroalimentación de los errores en la atención y de sus respectivas alternativas de solución, además de prevenir futuros eventos adversos en el cuidado del paciente, permite entablar una relación de confianza y compromiso dentro del equipo de salud encargado del mismo.

Los hallazgos actuales y previos en cultura de seguridad del paciente constituyen un aporte disciplinar importante, pues primero documentan y, luego, respaldan las acciones que en este campo se llevan a cabo en la práctica clínica, y además son el primer paso hacia la construcción unificada de parámetros de actuación ante situaciones específicas de la práctica de enfermería respecto de la seguridad del paciente, lo que permite el fortalecimiento de los equipos de enfermería a modo individual e interdisciplinar, y sin duda se pone de relieve en la calidad y seguridad de la atención.

- Estudio realizado por María Tatiana Espinal García, Luz María Yepes Gil y Luis Fernando García Gómez de la Universidad CES Facultad De Medicina de la ciudad de Medellín año 2010 con el fin de hacer una revisión bibliográfica de los aspectos más importantes y actualizados relacionados con la seguridad del paciente, con el fin de concretar conceptos que permitan ser aplicados a las labores de la atención en salud para mejorar la calidad del servicio.

Conclusión: La seguridad del paciente es un tópico de la atención en salud que ha venido tomando fuerza e importancia en los últimos Años en todas las instituciones de salud a nivel nacional e internacional como parte de la cultura organizacional que lleva a la prestación de servicios con estándares de calidad cada vez más altos.

La cultura de seguridad del paciente propone un enfoque sistémico e integral para abordar la presentación de eventos adversos que consiste en identificar todas las causas de los errores, analizarlas, darles una solución y crear mecanismos para evitar que se repitan. También propone el manejo de los eventos adversos no de forma punitiva sino constructiva y educativa, para retroalimentar al personal de la organización e introducir las mejoras a los procesos que lleven a aumentar los índices de calidad en la atención.

El objetivo del trabajo en seguridad del paciente es minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso durante la atención en salud; maximizar su identificación, reaccionar adecuadamente cuando ocurra y mitigar sus consecuencias.

Tal como sucede en todo proceso nuevo de mejoras, se debe dedicarle el tiempo necesario para alcanzar el objetivo de la seguridad; demostrar la capacidad de trabajar con expertos en el área cuando lo requieran y la flexibilidad para incorporar nuevas

estrategias en el transcurso del proceso con el objeto de mantener vigentes los avances que se obtengan.

Para lograr preservar la seguridad en todo momento, es necesario que se convierta en una cualidad intrínseca de las operaciones diarias de las organizaciones. Brindar al paciente una atención con calidad implica que todas las acciones que se llevan a cabo para lograr seguridad en la atención se enmarquen dentro del direccionamiento estratégico de la Organización y hagan parte integral de su quehacer diario.

El problema principal que impide que las medidas para mejorar la seguridad del paciente se implemente con suficiente celeridad o den el resultado esperado es la renuncia de algunos elementos del personal a efectuar cambios. Esto da por resultado la falta de camaradería y obstaculiza la adecuada integración del equipo de trabajo. El valor del ejemplo, donde un miembro del equipo que aporte su mayor esfuerzo y cuidado al emprender las acciones de seguridad, tendrá por lo menos un seguidor, el cual genera un clima de seguridad, dentro de la organización hospitalaria que con el tiempo, crecerá y se perfeccionará.

Las instituciones de salud deben apuntar a un recurso humano con las siguientes características: tener líderes dispuestos a solucionar el problema, estandarizar los procesos para disminuir la variabilidad, educar al personal y a los cuidadores con respecto a sus responsabilidades, utilizar sistemas de imposición cuando sea conveniente, monitorear las mediciones para determinar el progreso.

Una atención segura y de calidad, libre de errores y de eventos adversos, y cumpliendo con los estándares establecidos, evidentemente es menos costosa; la inversión que se destina a la calidad y la seguridad nunca será pérdida, contrario a lo que ocurre con los

costos de no calidad, que siempre traerán más gastos para remediar el error y disminuirán el prestigio y la oportunidad de reconocimiento de las instituciones.

La seguridad del paciente es una prioridad mundial, diversas entidades y organizaciones trabajan en el tema liderados por la Organización Mundial de la Salud a través de la Alianza para la Seguridad del Paciente, con logros importantes e impactantes en la calidad de la atención en salud dados por la unificación de términos y conceptos de seguridad, generación de estrategias de atención limpia y segura que se han difundido por todo el mundo, capacitación del personal asistencial, participación activa del paciente y la familia en las acciones de seguridad y en su cuidado, promoción de la investigación.

Colombia acogió las políticas mundiales sobre seguridad del paciente a través de la implementación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en la Atención en salud por parte del Ministerio de la Protección Social. Con este sistema se busca ofrecer herramientas para que las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud tengan procesos de atención seguros, que protejan al paciente de riesgos evitables. Sin embargo, las instituciones que en el país se pusieron en la tarea de implementar correctamente, y sin vicios de corrupción ni intereses particulares, todos los lineamientos de calidad, ya están acreditadas tanto nacional como internacionalmente y trabajan constantemente en el mejoramiento de sus procesos. El resultado salta a la vista: instituciones prestigiosas y reconocidas a nivel mundial donde los pacientes locales de otros países acuden buscando un servicio que se presta con excelencia y dejando al país como un centro de referencia y vanguardia de servicios de salud de alta complejidad y con los mayores estándares de calidad.

- Estudio aplicado por Carmen Gloria Alarcón y el Doctor Armando Ortiz en el Hospital Padre Hurtado de Santiago de Chile con el fin de realizar un análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el Hospital.

Conclusión: Éste es el primer Estudio de Percepción de la Seguridad Clínica efectuado en el Hospital Padre Hurtado, cuyos resultados permiten tener una información de base para medir el impacto del desarrollo del Programa de Gestión de Riesgo Clínico y Seguridad de la Institución, cuya implementación se inició desde el año 2007.

Según la metodología del Estudio, se identifica como una importante fortaleza la percepción del Trabajo de Equipo al interior de las áreas incluida en el estudio, cualidad que debe ser promovida y considerada en el mejoramiento de la Seguridad Clínica.

Como debilidades se identificó la importante percepción de los profesionales encuestados a cerca de una respuesta punitiva frente al reporte de los Eventos Adversos (EA) y la inadecuada Dotación de personal que impedirían desarrollar la atención sanitaria de manera segura. De acuerdo a esto, las Propuestas de intervención serían las siguientes:

Fomentar la notificación interna y discusión en equipo de los errores que pudieran ocurrir. La clara actitud positiva para aprender de ellos, es una Fortaleza que debe ser aprovechada.

Tratar los problemas de seguridad del paciente como un problema de equipo, no individual. Enfocar el análisis con énfasis en los factores sistémicos más que en los personales y avanzar en estrategias cada vez menos punitivas frente a la identificación de EA.

La buena percepción de la importancia de mejorar la interrelación entre las Unidades debe ser aprovechada y cimentar las estrategias tendientes a mejorar la seguridad en el trabajo de equipo.

Prestar atención prioritaria a la racionalidad de la dotación y organización del personal y los ritmos de trabajo a que se pueden ver sometidos.

Mostrar una actitud más claramente proactiva hacia la seguridad del paciente por parte de las Gerencias y la Dirección.

La realización de un nuevo Estudio en un plazo de aproximadamente 3 años, permitirá evaluar el impacto de las estrategias implementadas por la Institución para el desarrollo de una Cultura de Seguridad. Es posible evaluar además, la posibilidad de hacer extensivo este estudio al personal técnico paramédico del Hospital.

Alcanzar una Cultura de Seguridad significa un largo camino de iniciativas coordinadas no sólo para establecer las mejores prácticas clínicas y los sistemas de barreras más efectivos, sino también de hacer cada vez más partícipe al propio paciente sobre su seguridad y asumir en equipo el riesgo que con lleva la atención, intentando aprender de la experiencia obtenida en la Gestión del Riesgo Clínico implementada en el Hospital tendiendo a conseguir “hacer todas las cosas bien, todo el tiempo, a todos los pacientes”

- Estudio realizado por estudiantes de la Universidad Católica De Manizales del posgrado de Administración en Servicios de salud Diana Carolina Castillo Solís, Tulio Mario Tello Britto y Yamileth Rosero Castillo quienes estudiaron la cultura de la seguridad del paciente del personal asistencial en una IPS de baja complejidad de YUMBO, VALLE en el año 2014.

Conclusión: La caracterización de la cultura de seguridad del paciente referida por el personal asistencial del hospital la Buena Esperanza de Yumbo, permitió evidenciar los valores y creencias de un recurso humano valioso e indispensable en el cuidado de la salud de las personas, por medio de la percepción de dicho personal acerca de las diferentes dimensiones sugeridas por el instrumento Hospital Survey on Patient Safety Culture , lo que genera un importante aporte para el abordaje de las intervenciones institucionales en pro del mejoramiento de la calidad de la atención en salud.

En aquellas oportunidades de mejora se encuentra la relación con la cantidad de personal que desarrolla actividades en las diferentes áreas donde dependiendo de la cantidad de tareas se distribuyen de la mejor manera para cumplir el objetivo enfocado a la satisfacción y seguridad del usuario en los tiempos establecidos para las mismas, el personal que participa en el desarrollo de las actividades recibe inducciones de forma rápida para cumplir con los objetivos asignadas para así contribuir a la disminución de errores que coloquen en riesgo la seguridad del paciente.

En el hospital teniendo en cuenta su nivel y tamaño, se percibe la necesidad de mejorar la coordinación entre unidades y servicios y por tanto diseñar estrategias que promuevan al trabajo en equipo entre todas las unidades y de esta manera cultivar una actitud proactiva hacia la seguridad del paciente por parte de la dirección.

La medición del clima de seguridad institucional en relación a las dimensiones que resulten problemáticas, debería aplicarse al menos semestral la encuesta, particularmente en los procesos en los que se hayan puesto en marcha actividades concretas para intentar mejorar algún proceso, atendiendo a las prioridades que han indicado la medición o dimensión trazadora.

En relación con la supervisión de cada jefe de área se identifica que ocasionalmente resalta el cumplimiento de las actividades desarrolladas según los procedimientos establecidos, donde eventualmente tiene en cuenta las sugerencias que realiza el personal para optimizar la seguridad de los pacientes sin salirse de los procedimientos establecidos en relación con la seguridad de los pacientes.

Los siguientes aspectos que hacen parte de la cultura de seguridad y se destacan como relevantes en la percepción de los participantes: la comunicación oportuna, efectiva y de calidad dentro de los miembros del equipo de salud para la identificación de oportunidades de mejora en la correcta atención del paciente. Así mismo la retroalimentación de los errores en la atención y de sus respectivas alternativas de solución, además de prevenir futuros eventos adversos en el cuidado del paciente, permite entablar una relación de confianza y compromiso dentro del equipo de salud encargado del mismo.

En la presente investigación se encuentra que el personal reporta entre 1 y eventos adversos en un 45%, seguido del 37% que no reporta a diferencia al estudio del padre hurtado quien aplicó el mismo instrumento en un hospital de España en el año 2010 donde arroja que el 41% de los encuestados no reportan los eventos presentados y el 32% reportan entre 1 y 2 eventos adversos.

El personal encuestado en el hospital percibe que empieza a visualizarse una cultura en la que los errores conducen a cambios positivos y en la que se evalúa la efectividad de las acciones implementadas similar a los resultados del estudio del padre hurtado donde los encuestados consideran que el Hospital tiende a la mejoría continua, y un alto porcentaje

reconoce la implementación de medidas para evitar que se repitan los Eventos adversos cuando ocurre algún fallo.

Encontramos que en relación a la respuesta no punitiva a los errores el personal tiene la sensación que los errores y la notificación de eventos se utilizaran en su contra y que los errores constaran en la hoja de vida, a comparación del estudio del padre hurtado donde los encuestados tiene una de una política punitiva frente a los Eventos adversos, y que un alto porcentaje del 74% teme que los errores notificados sean considerados en sus antecedentes personales. Este ítem se considera la debilidad más importante para la seguridad clínica de la Institución.

El personal percibe que hay deficiencias en cuanto a la seguridad de paciente dentro de la institución, pero de manera paralela empiezan hacer conciencia de la notificación del trabajo en equipo.

El personal empieza a identificar que hacer conciencia sobre la seguridad del paciente, es la manera más correcta de disminuir el aumento de eventos adversos.

El análisis de este estudio contribuye a la planeación e implementación de los programas donde se encuentren puntuaciones más bajas.

Se identificó una importante fortaleza en relación a la percepción de la dotación del personal en relaciona a la cantidad de personas que ejecutan las actividades al interior de las áreas incluidas en el estudio, cualidad que se debe resaltar como seguridad institucional.

1.4 Hipótesis

En este estudio buscamos identificar cual es la cultura de seguridad del paciente que existe en PRONACER IPS a nivel nacional, por parte de todo el personal tanto asistencial como administrativo. El estudio que aquí presentamos busca acercarse a las realidades culturales de la IPS que inciden en la cultura de la seguridad del paciente y en la gestión en algunos de sus servicios. El resultado de este estudio permite identificar y analizar los riesgos, proponer estrategias de mejora, orientar la toma de decisiones y emprender planes de acción para rediseñar los procedimientos susceptibles de error.

1.5 Justificación

En el caso de los prestadores de servicios de salud, la gestión del riesgo se ha enfocado hacia el tema de la seguridad del paciente básicamente en relación a la prevención de errores y de eventos adversos, uno de los propósitos de la institución, es que la gestión de la organización minimice la presentación en los pacientes de eventos negativos durante la atención, generando lesiones o daño por causa de la atención recibida y que podrían haberse evitado.

La OMS en la 55ª Asamblea Mundial de la Salud de Ginebra (2002), aprobó la resolución WHA55.18 en la que se insta a los estados miembros a prestar «la mayor atención posible al problema de la seguridad del paciente», y a establecer y consolidar «sistemas de base científica, necesarios para mejorar la seguridad del paciente y la calidad de la atención de la salud, en particular la vigilancia de los medicamentos, el equipo médico y la tecnología»³

En 2004 se puso en marcha la Alianza Internacional para la Seguridad de los Pacientes, promovida por la OMS, promoviendo medidas tendientes a reducir enfermedades, lesiones y muerte de los pacientes. Esta Alianza buscaba estandarizar en los hospitales y en los sistemas de salud, prácticas que brinden mayor seguridad con reducción de los riesgos de presentación de eventos que ocasionen daños reversibles o irreversibles, secuelas e incluso la muerte, y que no tengan relación directa con las causas por las cuales ingresó el paciente.

En 2005, la Comisión Europea emitió la declaración «Patient Security: Making it happen»⁴, que promueve entre otros, la sistematización de estándares y buenas prácticas en seguridad de pacientes. En ese mismo año el Consejo Europeo emitió la Declaración de Varsovia sobre la Seguridad de los Pacientes, aconsejando a los países desarrollar la cultura de seguridad del

³ Thomas EJ, Studdert DM, Burstin HR et al. Incidence and types of adverse events and negligent care in Utah and Colorado. Med Care 2000

⁴ Luxemburg Declaration of Patient Safety. 2005.

paciente y establecer sistemas de información para la toma de decisiones. En el año 2007, la OMS lanzó "Nueve soluciones para la seguridad del paciente", a fin de ayudar a reducir los daños relacionados con la atención sanitaria en todo el mundo. Estas soluciones se basan en intervenciones y acciones que han reducido los problemas relacionados con la seguridad del paciente en algunos países.

La cultura de seguridad de los pacientes es un “conjunto de valores, actitudes, percepciones, competencias y objetivos, tanto individuales como de grupo, para disminuir los riesgos y daños al paciente”⁵. Es por ello que es de suma importancia conocer cuál es la cultura de seguridad del paciente existente en la IPS Pronacer, pues esta cultura se convierte en un requisito esencial para evitar en lo posible la aparición de incidentes y eventos adversos, aprender de los errores de forma proactiva y rediseñar los procesos de manera que los errores no se vuelvan a producir.

⁵ Seguridad del Paciente con el uso del Medicamento: Evidencias y estrategias prácticas. 2015

1.6 Objetivos

1.6.1 General

- Determinar la percepción de cultura de la seguridad del paciente en PRONACER MEDICINA DIAGNOSTICA IPS SAS.

1.6.2. Específicos

- Realizar la caracterización del talento humano participante en la medición de la cultura de seguridad del paciente de PRONACER MEDICINA DIAGNOSTICA IPS SAS.
- Determinar el grado de avance de las características esenciales de la cultura de seguridad del paciente (clima, actitud, comunicación, oportunidad en reporte, prácticas interdisciplinarias) de PRONACER MEDICINA DIAGNOSTICA IPS SAS
- Establecer el grado general de percepción en seguridad del paciente de PRONACER MEDICINA DIAGNOSTICA IPS SAS
- Establecer la frecuencia de eventos o errores reportados relacionados con seguridad del paciente de PRONACER MEDICINA DIAGNOSTICA IPS SAS

2 CONTEXTUALIZACIÓN TEÓRICA

(MARCO TEORICO)

2.1 Cultura

La Cultura es un “conjunto de conocimientos, costumbres y grado de desarrollo a través del cual se expresa un grupo social en un momento determinado, es decir, *es la forma cómo un grupo de personas hace las cosas*, y esta puede cambiar según el espacio y el tiempo, por tanto no es constante”⁶

La cultura también se define en las ciencias sociales como un conjunto de ideas, comportamientos, símbolos y prácticas sociales, aprendidos de generación en generación a través de la vida en sociedad. Sería el patrimonio social de la humanidad o, específicamente, una variante particular del patrimonio social. La principal característica de la cultura es que el mecanismo de adaptación, que es la capacidad que tienen los individuos para responder al medio de acuerdo con cambios de hábitos.

La cultura es un concepto que está en constante evolución, porque con el tiempo se ve influenciada por nuevas formas de pensamiento inherentes en el desarrollo humano.

2.1.2. Cultura de seguridad

El concepto de cultura de seguridad nace en los años 80 vinculado fundamentalmente a los accidentes mayores y en concreto al accidente nuclear de Chernobyl, pasando a ser denominado

⁶ Promoción de la Cultura de Seguridad del Paciente. Ministerio de la Protección Social.

cultura preventiva cuando con el tiempo se amplía al conjunto de riesgos y adopta una dimensión global.

El planteamiento surge al comprobar la falibilidad de los sistemas de gestión de la seguridad en empresas de alto riesgo, después de grandes inversiones realizadas en su definición, implantación y desarrollo, estos sistemas no son capaces de garantizar la seguridad y se producen accidentes catastróficos.

El concepto de cultura de seguridad se entiende como la capacidad global de una organización para garantizar el funcionamiento eficaz de sus sistemas de gestión de seguridad y salud que busca continuamente reducir al mínimo el daño; la ausencia de esta capacidad aumenta la posibilidad de fallos del sistema.

2.2 Historia Seguridad del Paciente

La literatura publicada en referencia a la Seguridad del Paciente muestra un problema de tal magnitud que ha llevado a algunos autores a considerarlo como la nueva epidemia del siglo 21 y exhorta a todas las instituciones de salud a trabajar en pro de la seguridad de la atención.

A partir de los años 50 y 60 del siglo pasado, algunos estudios mencionan el término evento adverso, como un resultado clínico que es adverso al esperado y que es causado por el cuidado asistencial. El estudio de mala práctica médica de la Universidad de Harvard reportó en 1991 que aproximadamente 100.000 pacientes mueren cada año como producto de este fenómeno. Otras investigaciones en Australia, Nueva Zelanda, y el Reino Unido e Irlanda del Norte han corroborado la magnitud del problema.

El informe “To err is human: building a safer health system”⁷ del Instituto de Medicina de los Estados Unidos de América, puso el problema en la agenda de los políticos de ese país y del resto del mundo. Hoy, otros países, como Canadá, Dinamarca, los Países Bajos, Suecia, España y México entre otros, estudian seriamente el problema. A raíz de estos estudios y en el ámbito de la investigación, ha surgido una serie de conceptos encaminados al entendimiento y comprensión del problema, al igual que su clasificación y relación con el error humano. Esto ha llevado a que los sistemas de salud de diferentes países en el mundo entero estén tratando de fortalecer la práctica médica para hacerla más segura con lo cual se minimice la probabilidad de que al mismo tiempo que se busca beneficiar al paciente, se le produzca una lesión. Simultáneamente organismos multilaterales internacionales han puesto al problema de seguridad de la atención en el tope de sus prioridades para promover efectivamente la salud y calidad de vida de la población.

Aun cuando no se trata de un fenómeno nuevo, las evidencias científicas han obligado a los veedores en salud a tomar decisiones y a establecer políticas relacionadas con la identificación, prevención, medición y evaluación de lo que comúnmente se ha conocido como errores de la práctica médica que requieren terminología y lenguaje claro para ser analizados e intervenidos .

2.3 Normatividad

En la actualidad Colombia cuenta con una política Nacional de seguridad del paciente, liderada por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, cuyo objetivo es “prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir, y de ser posible, eliminar la ocurrencia de eventos adversos para contar con instituciones seguras y

⁷ Linda Kohn, Janet M. Corrigan, Molla S. Donaldson. 2000.

competitivas internacionalmente”⁸. Así el Ministerio de la Salud y Protección Social expidió en junio de 2008 **LOS LINEAMIENTOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE**, que es transversal a los cuatro componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud (SOGCS): Habilitación, PAMEC, Acreditación, Sistema de Información para la Calidad.

Como parte de ésta el Ministerio de la Salud y la Protección Social, por medio de la Unidad Sectorial de Normalización, desarrolló un documento que recoge las prácticas más relevantes desarrolladas en el ámbito de la Seguridad del Paciente con la Guía Técnica *Buenas prácticas para la seguridad del paciente* en la atención en salud aprobada el 04 de Marzo de 2010, cuya orientación es brindar a las instituciones directrices técnicas para la operativización e implementación práctica de los mencionados lineamientos en sus procesos asistenciales.

Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud⁹

Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SOGCS). 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.

⁸ Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente. Ministerio de la Protección Social. 2008.

⁹ Decreto 1011 de 2006.

El SOGC está conformado por cuatro subsistemas denominados componentes que son:

1. El Sistema Único de Habilitación (SUH)¹⁰: Es el conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el Sistema, los cuales buscan dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios y son de obligatorio cumplimiento por parte de los Prestadores de Servicios de Salud y las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios. Para este sistema se aplican el Decreto 903 de 2014, la Resolución 2082 de 2014, la Resolución 3960 de 2008 entre otras.
2. La Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud (PAMEC)¹¹: Es el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto de la calidad esperada de la atención de salud que reciben los usuarios.
3. El Sistema único de Acreditación (SUA)¹²: Es el conjunto de procesos, procedimientos y herramientas de implementación voluntaria y periódica por parte de las entidades, los cuales están destinados a comprobar el cumplimiento gradual de niveles de calidad superiores a los requisitos mínimos obligatorios, para la atención en salud, bajo la dirección del Estado y la inspección, vigilancia y control de la Superintendencia Nacional de Salud.

¹⁰ Decreto 1011 de 2006. Título 3. Capítulo 1. Artículo 6.

¹¹ Decreto 1011 de 2006. Título 3. Capítulo 1. Artículo 2

¹² Decreto 903 de 2014. Artículo 5.

4. El Sistema de Información para la Calidad (SIC)¹³: El Ministerio de la Protección Social diseñará e implementará un "Sistema de Información para la Calidad" con el objeto de estimular la competencia por calidad entre los agentes del sector que al mismo tiempo, permita orientar a los usuarios en el conocimiento de las características del sistema, en el ejercicio de sus derechos y deberes y en los niveles de calidad de los Prestadores de Servicios de Salud y de las EAPB, de manera que puedan tomar decisiones informadas en el momento de ejercer los derechos que para ellos contempla el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Estos componentes se interrelacionan de manera continua y el cumplimiento de los estándares de Habilitación y la implementación del Programa de Auditoría para el mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, son un pre-requisito para presentarse a la Acreditación en Salud ante ICONTEC, (Instituto Colombiano de Normas Técnicas), como organismo Nacional de Acreditación en Salud. El cumplimiento de estos requisitos debe ser certificado por la Dirección Territorial de Salud correspondiente.

Este sistema se le aplica a los Prestadores de Servicios de Salud, las Entidades Promotoras de Salud, del régimen subsidiado y del régimen contributivo, las Entidades Adaptadas, las Empresas de Medicina Prepagada y a las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, que se encuentren dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud).

¹³ Decreto 1011 de 2006. Título 4. Artículo 45.

2.4 Aspectos generales de la política de seguridad del paciente

*Seguridad*¹⁴: Puede definirse como el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias, según consenso de expertos nacionales en el Centro de Gestión Hospitalaria, basado en la normatividad pre-existente sobre seguridad del paciente en la República de Colombia.

*Seguridad del Paciente*¹⁵: Es una preocupación pública que ha recibido atención sustancial. Propone las estrategias para mejorar el sistema de la salud y la seguridad del paciente, declarada un componente fundamental de la calidad del cuidado. Los pacientes pueden ser especialmente vulnerables a lesiones durante este período porque pueden tener debilidades funcionales y porque la discontinuidad puede ocurrir en la interface del cuidado agudo y del cuidado ambulatorio. La seguridad del paciente es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propende por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención en salud o de mitigar sus consecuencias.

Es importante recordar, que la política de seguridad del paciente expedida en junio de 2008 es transversal a los cuatro componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad. 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

^{14 15} Herramientas para promover la estrategia de la seguridad del paciente en el Sistema Obligatorio de la Garantía de Calidad en la Atención en Salud. Ministerio de la Protección Social. 2007.

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 propuesto.

Colombia impulsa una Política de Seguridad del Paciente, liderada por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, cuyo objetivo es prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y de ser posible eliminar la ocurrencia de Eventos adversos para contar con instituciones seguras y competitivas internacionalmente.

La medicina colombiana ha alcanzado niveles importantes de desarrollo, obteniendo amplio reconocimiento por parte de nuestros ciudadanos e incluso a nivel internacional; prueba de ello son los niveles alcanzados en los programas de trasplantes de órganos y tejidos, en manejo del paciente neonatal en programas de madre canguro o en los temas relacionados con la investigación científica, entre muchos otros.

Sin embargo, los avances científicos de la medicina también pueden acompañarse de riesgos adicionales, sin que necesariamente eso signifique que haya habido una intención de hacer daño por parte de los trabajadores de la salud, más bien hay desconocimiento de los factores que generan las situaciones mórbidas. Ejemplo de ello son las experiencias de Florence Nigthingale, en las cuales se disminuyeron las tasas de mortalidad de los pacientes atendidos en el Barrack Hospital del 32% al 2%, o las experiencias de Semmelweis en Viena con similares resultados. Aunque en ambos casos las altas tasas de mortalidad eran atribuibles a la atención en salud brindada, no encarnaban ninguna intención de hacer daño sino el desconocimiento de la existencia de unos factores de riesgo, una vez detectados e intervenidos, permitieron incrementar la efectividad de la atención en salud.

Los sistemas de prestación de servicios de salud son complejos; por lo mismo, son sistemas de alto riesgo: el ejercicio de la medicina ha pasado de ser simple, poco efectivo y relativamente

seguro a ser complejo, efectivo y potencialmente peligroso, si no existen los adecuados controles. Los procesos de atención en salud han llegado a ser altamente complejos, incorporando tecnologías y técnicas cada vez más elaboradas. Sucede entonces, que en una atención en salud sencilla, pueden concurrir múltiples y variados procesos. Para obtener un resultado efectivo en el mejoramiento de la salud del enfermo se hace necesario que cada proceso que interviene se realice en forma adecuada y coordinada con los demás. En sistemas tan complejos, algunos de esos procesos pueden salir mal, por causas no siempre atribuibles a la negligencia de un individuo en particular, sino más bien explicables por la concurrencia de errores de planeación o de ejecución durante el desarrollo de los procesos de atención en salud, impactando negativamente en el paciente y generando, en ocasiones, los llamados eventos adversos.

Para que un sistema de Atención en Salud sea seguro es necesario la participación responsable de los diversos actores involucrados en él. Cuando ocurre un evento adverso, el paciente sufre daño y el profesional de la salud también pues en muchas ocasiones se señala como culpable a este sin detenerse a analizar que no ha habido intención de dañar ni la cadena de procesos de la atención en salud que al fallar han facilitado la ocurrencia de tales situaciones. La Seguridad del Paciente implica la evaluación permanente y proactiva de los riesgos asociados a la atención en salud para diseñar e implantar de manera constante las barreras de seguridad necesarias.

2.4.1 Objetivos de la política de seguridad del paciente¹⁶

- Direccionar las políticas institucionales y el diseño de los procesos de atención en salud hacia la promoción de una atención en salud segura
- Disminuir el riesgo en la atención en salud brindada a los pacientes.
- Prevenir la ocurrencia de eventos adversos en los procesos de atención en salud mediante el despliegue de metodologías científicamente probadas y la adopción de herramientas prácticas que mejoren las barreras de seguridad y establezcan un entorno seguro de la atención en salud.
- Coordinar los diferentes actores del sistema hacia mejoras en la calidad de la atención, que se evidencien en la obtención de resultados tangibles y medibles.
- Homologar la terminología a utilizar en el país.
- Educar a los pacientes y sus familias en el conocimiento y abordaje de los factores que pueden potencialmente incidir en mejorar la seguridad de los procesos de atención de que son sujetos.
- Difundir en la opinión pública y los medios de comunicación los principios de la política de seguridad del paciente
- Articular y coordinar con los principios, los objetivos y las estrategias de la seguridad del paciente a los diferentes organismos de vigilancia y control del sistema

¹⁶ Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente. Ministerio de la Protección Social. 2008.

2.4.2 Concepto de Evento Adverso

Un evento adverso - y sus homólogos- se podría definir entonces como cualquier lesión no intencional causada por el manejo médico, más que por el proceso de enfermedad, que produce demora en el alta, estancia prolongada o discapacidad, y que puede amenazar la vida o causar la muerte del paciente.¹⁷

Dentro de las definiciones de evento adverso, se relaciona con frecuencia la no intencionalidad, la discapacidad y la relación causal de la lesión con la atención; por lo tanto, cualquier signo no intencionado, desfavorable, temporal o permanente relacionado con cualquier procedimiento en él.

El denominado Suceso Adverso o Efecto Adverso¹⁸ se define como una lesión o una complicación que prolonga la estancia hospitalaria, que precisa procedimientos diagnósticos o terapéuticos adicionales, o que está relacionado con fallecimientos o incapacidad al alta hospitalaria, causado por una intervención médica durante el proceso de una enfermedad; entendiéndose por intervención médica aquella atención realizada por el personal de salud que tiene acceso autorizado para realizar procedimientos sobre el paciente.

A partir de lo anterior, la complicación, que es un acontecimiento ligado a factores intrínsecos del paciente, también se podría definir como un suceso adverso que muestra una situación no esperada en términos de la práctica clínica, cuya causalidad podría estar cuestionada en el manejo operacional o calidad del servicio, el cual requiere reportarse a los administradores y ser analizado.

^{17 18} Herramientas para promover la estrategia de la seguridad del paciente en el Sistema Obligatorio de la Garantía de Calidad en la Atención en Salud. Ministerio de la Protección Social. 2007.

2.4.2.1 Clasificación de los Eventos Adversos

Los eventos adversos han sido clasificados de diversa manera en la amplia literatura internacional revisada. Las clasificaciones incluyen, entre otras, la causa básica u origen del evento, la severidad, la discapacidad resultante, el componente de la atención donde se origina y el momento de la aparición del evento con respecto al tiempo.

Respecto a la naturaleza u origen de los Eventos Adversos se clasifican en operatorio o no operatorio, su relación con medicamentos y la clase de medicamento, el tipo de complicación, sitio de atención, tipo de error general o específico que llevó al evento y, finalmente, de acuerdo a la edad. Por otra parte, según el momento de su presentación puede ser clasificado como originado en el período previo a la hospitalización, durante la hospitalización o en el período posterior a la hospitalización.

2.4.2.1.1 Según Severidad¹⁹

Como severos y no severos. Se considera que un *evento reportable* severo es aquel que produce la muerte o deja una discapacidad mayor a seis meses.

Un evento adverso puede tener varios grados de intensidad o de severidad (por ejemplo, un dolor de cabeza secundario a punción lumbar puede ser grave, moderado o leve) la lesión o daño puede estar relacionada a la discapacidad con el tiempo, según la publicación se definen según severidad del evento adverso:

¹⁹ Herramientas para promover la estrategia de la seguridad del paciente en el Sistema Obligatorio de la Garantía de Calidad en la Atención en Salud. Ministerio de la Protección Social. 2007

Efecto Adverso Grave: Aquel que ocasiona muerte o incapacidad residual al alta hospitalaria o que requirió intervención quirúrgica.

Efecto Adverso Moderado: Aquel que ocasiona prolongación de la estancia hospitalaria al menos de 1 día de duración.

Efecto Adverso Leve: Aquel que ocasiona lesión o complicación sin prolongación de la estancia hospitalaria.

2.4.2.1.2 Según Prevención²⁰

Un evento adverso se podría describir como prevenible, si está asociado a los procesos de atención, y no prevenible, a los factores intrínsecos.

Prevenible: Resultado no deseado, causado de forma no intencional, que se habría evitado mediante la adecuada utilización de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado

No Prevenible: Resultado no deseado, causado de forma no intencional, que se presenta a pesar de la adecuada utilización de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado: Complicación

²⁰ Herramientas para promover la estrategia de la seguridad del paciente en el Sistema Obligatorio de la Garantía de Calidad en la Atención en Salud. Ministerio de la Protección Social. 2007

2.4.2.1.3 Seguimiento al Riesgo

2.4.2.1.4 Componentes del Riesgo

- Fuente de riesgo o peligro
- Evento o incidente
- Consecuencia
- Causa (Qué y porqué)
- Controles y su eficacia
- Cuando y donde

2.4.2.1.5 Clasificación del Riesgo

Durante el proceso de identificación se sugiere realizar clasificación el riesgo:

Riesgo estratégico: se asocia con la forma en que se administra la entidad. El manejo del riesgo estratégico se enfoca a asuntos globales relacionados con la misión y el cumplimiento de los objetivos estratégicos, definición de políticas, diseño y conceptualización de la entidad por parte de la alta gerencia.

Riesgos operativos: comprende los riesgos relacionados tanto con la parte operativa como técnica de la entidad, incluye riesgos provenientes de deficiencias en los sistemas de

información, en la definición de los procesos, en la estructura de la entidad, la desarticulación entre dependencias.

Riesgos financieros: se relacionan con el manejo de los recursos de la entidad que incluye, la ejecución presupuestal, la elaboración de los estados financieros, los pagos, manejos de excedentes de tesorería y el manejo sobre los bienes de cada entidad

Riesgos de cumplimiento: se asocian con la capacidad de la entidad para cumplir con los requisitos legales, contractuales, de ética pública y en general con su compromiso ante la comunidad.

Riesgo de tecnología: se asocian con la capacidad de la entidad para que la tecnología disponible satisfaga las necesidades actuales y futuras de la entidad y soporte el cumplimiento de la misión.

2.4.2.1.6 Identificación de riesgos

Riesgos relacionados con el acceso

- Mala identificación del usuario.
- Inconvenientes para la comunicación.
- Dificultad en el transporte.
- Dirección herrada
- Domicilio lejano

Riesgos relacionados con la oportunidad

- Falta de citas.
- Demora en la atención.

- Dilatación en la remisión.

Riesgos administrativos relacionados con infraestructura y equipos

- Mala señalización y demarcación de áreas.
- Escaleras sin antideslizantes ni pasamanos.
- Iluminación deficiente.
- Defectuosas instalaciones eléctricas.
- Mala ubicación de equipos.
- Fallas en el funcionamiento de equipos.

Riesgos asistenciales relacionados con la atención

- Mala identificación.
- Accidentes biológicos.
- Contacto con sustancias irritativas locales.
- Manejo inadecuado de residuos hospitalarios.
- Formulación incompleta e inadecuada.
- Pérdida de la privacidad.

Riesgos inherentes al servicio que se presta.

- Complicaciones anestésicas.
- Toxicidad de los anestésicos.
- Reacciones cardíacas.
- Reacciones respiratoria.
- Complicaciones post operatorias.

- Complicaciones transfusionales.
- Complicaciones terapéuticas.
- Reacciones medicamentosas.
- Reacciones anestésica.

3 CONTEXTUALIZACIÓN METODOLÓGICA

3.1 Contextualización

3.1.1 Delimitación de la Población

A continuación evidenciamos un cuadro donde se encuentran las sedes de PRONACER MEDICINA DIAGNOSTICA IPS SAS con su respectivo talento humano.

| Departamento | Talento Humano |
|------------------|----------------|
| Caquetá | 6 |
| Cauca | 22 |
| Huila | 8 |
| Nariño | 4 |
| Quindío | 4 |
| Risaralda | 8 |
| Santander | 7 |
| Valle | 5 |
| TOTAL: | 64 |

Tabla 1. Población objeto de estudio. Fuente: elaboración propia

La población objeto de estudio está constituida por el número total de trabajadores a nivel nacional de PRONACER MEDICINA DIAGNOSTICA IPS SAS, 25 Médicos Especialistas (Médicos Materno Fetales y Ginecólogos), 9 Auxiliares de enfermería, 5 Auxiliares Contables y 4 Profesionales (Administrador, Ingeniero Industrial, Contador, Jefe Enfermera).

3.1.2 Criterios de Inclusión y exclusión

a) Criterios de inclusión:

Para el presente trabajo de investigación el criterio de inclusión que utilizaremos será el conjunto de trabajadores de PRONACER MEDICINA DIAGNOSTICA IPS SAS, que tengan al menos 4 meses de estar laborando, por consiguiente quedaran excluidos de la investigación aquellos trabajadores que tengan menos de 4 meses de estar laborando.

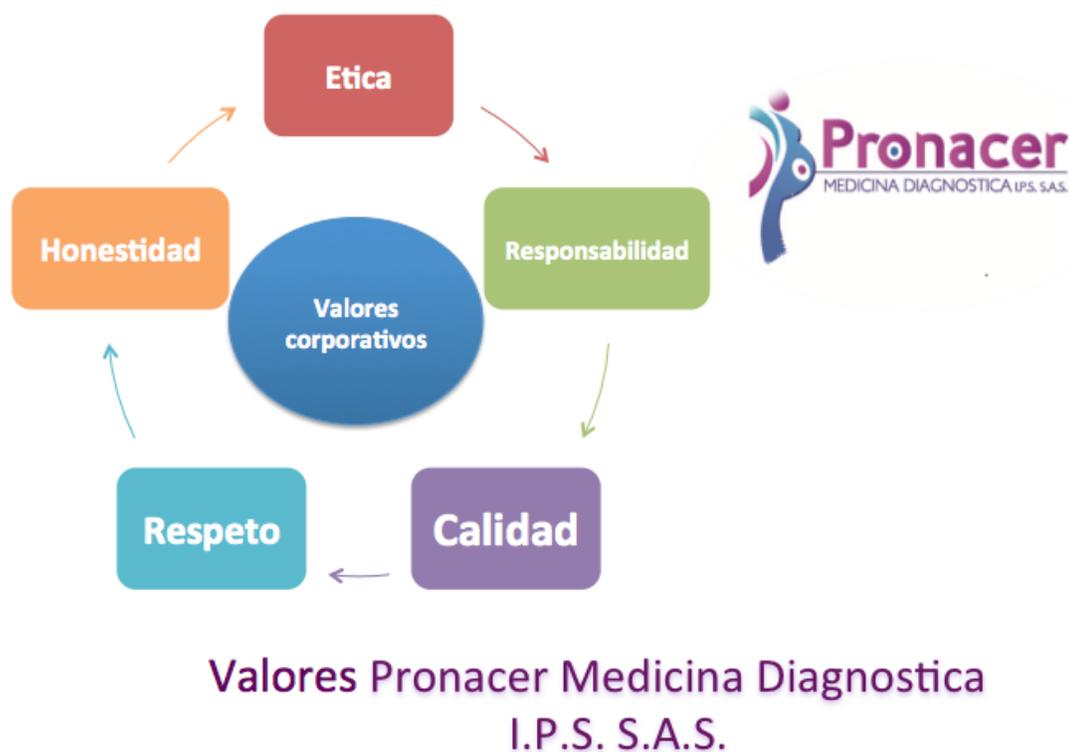
3.2 Direccionamiento estratégico

3.2.1 ¿Quiénes somos?

PRONACER MEDICINA DIAGNOSTICA IPS SAS, es una institución prestadora de servicios de la salud, con más de 4 años de labores, contando con equipos de última generación, personal altamente calificado, y un compromiso para llegar a la excelencia en la atención a nuestros usuarios de una forma cálida, humana y oportuna, actualmente ofrecemos nuestros servicios a nivel nacional, con sedes en Pasto, Florencia, Pitalito, Neiva, Cali, Buenaventura, Armenia, Pereira, Bucaramanga, Ibagué y Popayán.



3.2.2 Valores Corporativos.



VALORES CORPORATIVOS. PRONACER MEDICINA DIAGNOSTICA IPS SAS, se consolida sobre los siguientes principios corporativos, conocidos y practicados por toda la organización siendo el marco referencial de nuestra cultura organizacional.

Calidad. La calidad es una norma de conducta, un valor, un comportamiento, es el reto diario y permanente de cada uno de nuestros profesionales y empleados, apoyándonos en el sentimiento de orgullo por el buen servicio al cliente.

Responsabilidad. El trabajo en equipo, la lealtad y la honestidad frente a la organización, son condiciones obligatorias de nuestros empleados. Este compromiso es elemento básico para que la Institución logre ventajas competitivas.

Ética. El comportamiento de nuestros empleados y de la empresa estará enmarcado en toda circunstancia dentro de principios de Honestidad, Dignidad y Justicia.

Respeto. El trato educado y digno que reconoce la igualdad y diversidad son premisas fundamentales a la hora de la atención de pacientes en PRONACER.

Honestidad. Nos caracterizamos por nuestra conducta recta, honrada que lleva a observar normas y compromisos así como actuar con la verdad y sinceridad.

3.2.3 Estructura Organizacional

Estructura Organizacional de Pronacer Medicina Diagnostica IPS S,A,S



3.2.4 Misión Y Visión

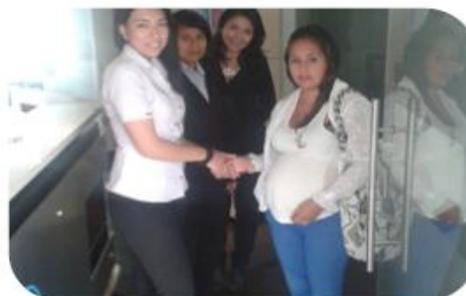
Pronacer Medicina Diagnostica I.P.S. S.A.S.



**Ser una institución líder en la
prestación de servicios
Diagnósticos de salud a nivel
nacional, socialmente
responsable.**

MISION

**Proporcionar un servicio
de atención diagnostica
especializada con los mas
altos niveles de
Accesibilidad, Calidad y
Eficiencia**



VISION

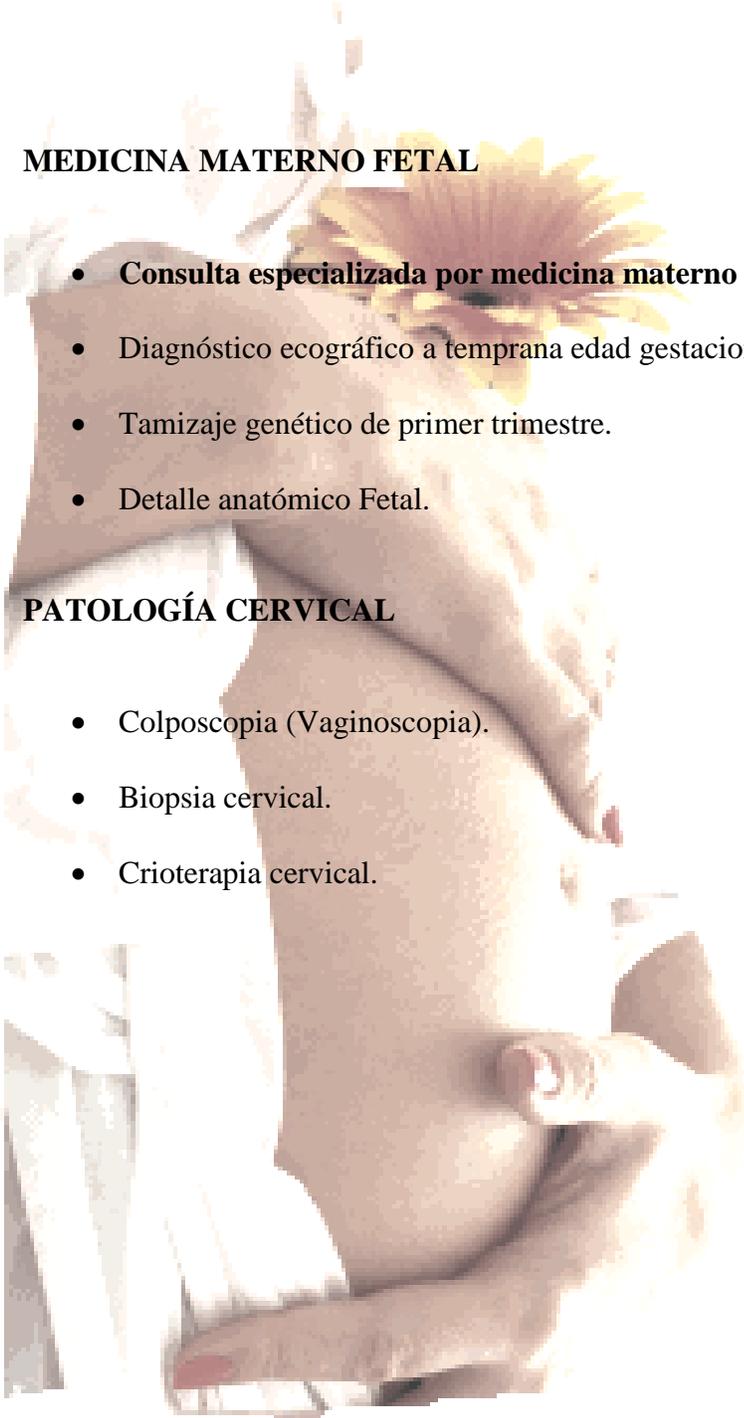
3.2.5 Portafolio De Servicios

MEDICINA MATERNO FETAL

- **Consulta especializada por medicina materno fetal.**
- Diagnóstico ecográfico a temprana edad gestacional, para determinar la salud fetal.
- Tamizaje genético de primer trimestre.
- Detalle anatómico Fetal.

PATOLOGÍA CERVICAL

- Colposcopia (Vaginoscopia).
- Biopsia cervical.
- Crioterapia cervical.



3.5 Técnicas y plan de recolección de la información

Se ha utilizado la técnica de la encuesta con aplicación del cuestionario como instrumento para determinar la percepción de cultura de la seguridad del paciente en PRONACER, con el fin de que sean comprendidas las preguntas, se conformaran grupos específicos máximo de 5 personas, a los cuales se darán las directrices respecto al diligenciamiento de la encuesta.

Teniendo en cuenta que PRONACER cuenta con 64 empleados, por consiguiente se determinó realizar un censo; aplicados los criterios de inclusión se realizó un total de 43 encuestas, distribuidas de la siguiente manera: 9 en el área administrativa y 34 en el área asistencial

La aplicación de las encuestas se llevó a cabo al personal labora en todas las sedes de PRONACER a nivel nacional.

3.5 Aspectos éticos

La investigación es una herramienta fundamental para el desarrollo del conocimiento y por ello se debe ser cuidadoso en los aspectos éticos relacionados. Esta investigación no es ajena a ello y se basará en los siguientes principios éticos que se garantizarán durante este estudio:

- No maleficencia: Se expresa como la obligación de no realizar ningún acto que pueda hacer daño a los profesionales y/o técnicos de PRONACER, así como también a los familiares y pacientes, que sean partícipes en esta investigación.

- Justicia: Se expresa la condición de que se hará un uso racional de los recursos disponibles dentro de la investigación tratando a las participantes del estudio con igual consideración y respeto, así mismo de entregarle a cada uno de ellos lo que es debido.
- Beneficencia: Se expresa como la condición de proteger y defender los derechos de los participantes en la investigación, prevenir de un posible daño a otros y eliminar aquellas condiciones que lo pudieran provocar, Así mismo la obligación de actuar en beneficio de otros, promoviendo sus legítimos intereses y suprimiendo prejuicios. Se aplicará, cuando durante la investigación se pone en relevancia la necesidad de conocimiento en los sujetos de la investigación.
- Autonomía: En el estudio, se incluirán los profesionales y/o técnicos de PRONACER, que acepten voluntariamente participar en la investigación y se respetará la decisión de querer permanecer dentro del mismo.
- Principio de confidencialidad: Durante la investigación se reconoce que las personas tienen derecho a la privacidad y al anonimato. Con este principio, se busca reconocer que las personas tienen derecho de excluirse y/o mantener confidencialidad sobre cualquier información durante el tiempo en el que transcurre la misma.

3.2 Cronograma de Actividades

Tabla 2. Cronograma de Actividades

| ACTIVIDAD | MARZO - | | | | | | | |
|-------------------------------|------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| | JULIO/2015 | ago-15 | sep-15 | oct-15 | nov-15 | dic-15 | ene-16 | feb-16 |
| Elaboración anteproyecto | | | | | | | | |
| Revisión y ajustes | | | | | | | | |
| Análisis de instrumentos | | | | | | | | |
| Aplicación de instrumentos | | | | | | | | |
| Análisis de la información | | | | | | | | |
| Elaboración del informe final | | | | | | | | |
| Presentación informe final | | | | | | | | |
| Socialización informe final | | | | | | | | |

4. RESULTADOS Y ANALISIS

4.1 Resultados y Análisis Área Administrativa

La encuesta fue aplicada a las 9 personas que laboran en el área administrativo de la IPS Pronacer. Los cargos que se desempeñan en esta área administrativa son jefe de oficina, un líder de proceso, un profesional especializado y cinco auxiliares administrativos.

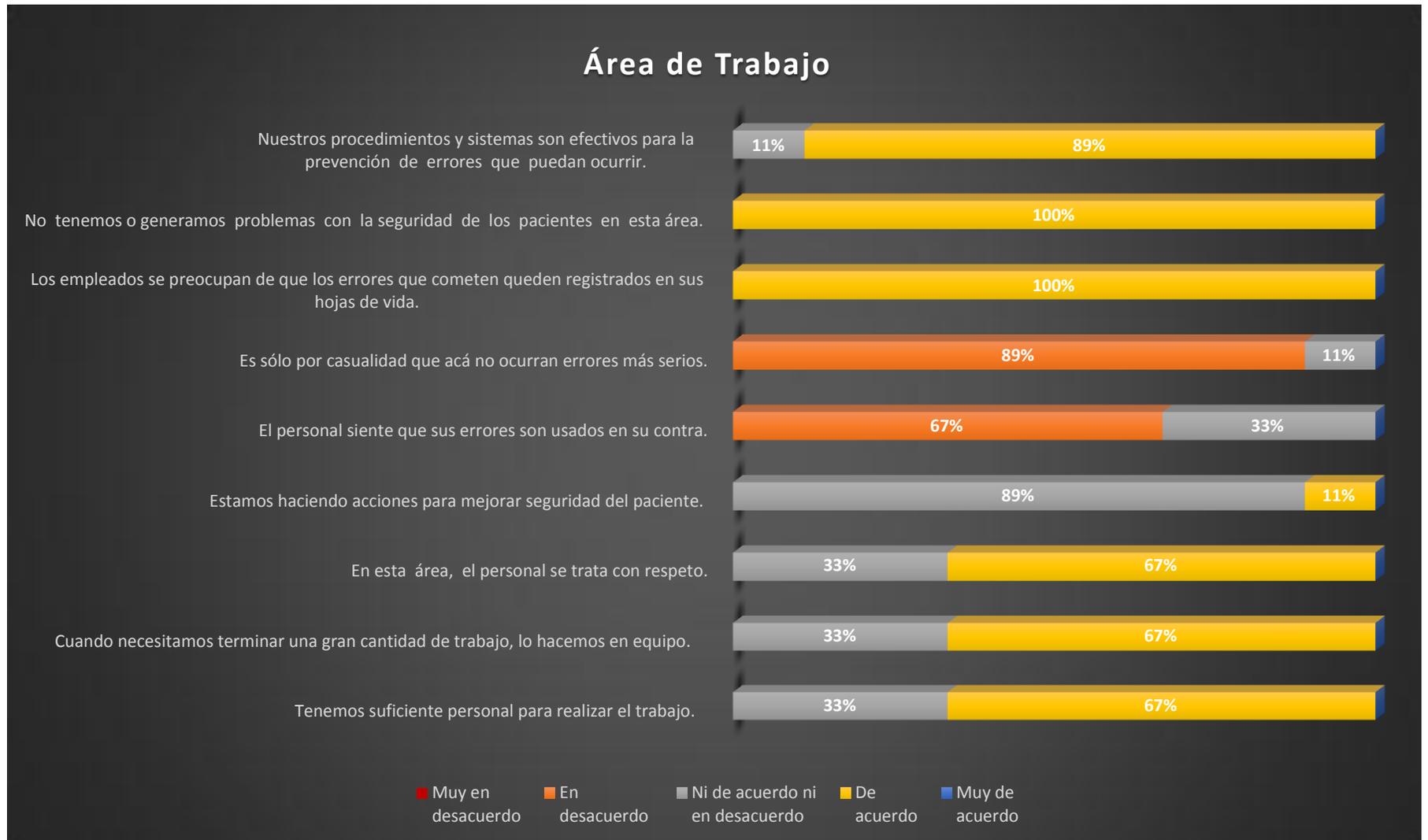
Se observa que el personal que labora en el área administrativa ha conservado el mismo cargo y se desempeña en la misma área desde el momento de su vinculación. Según las encuestas todo el personal se encuentra vinculado mediante contrato de prestación de servicios.

Dentro del equipo de trabajo que labora en el área administrativa de la IPS Pronacer, se encuentra que cinco personas, quienes ocupan el cargo de Auxiliar administrativo tienen contacto directo con los pacientes y realizan funciones tales como recepción de documentos, asignación de citas, orientación para el acceso a los servicios, entre otras. Estas labores se relacionan indirectamente con aspectos relacionados con la seguridad del paciente. Como se puede observar en la siguiente gráfica:

Grafica 1. *Administrativa:* Interacción con pacientes del personal administrativo

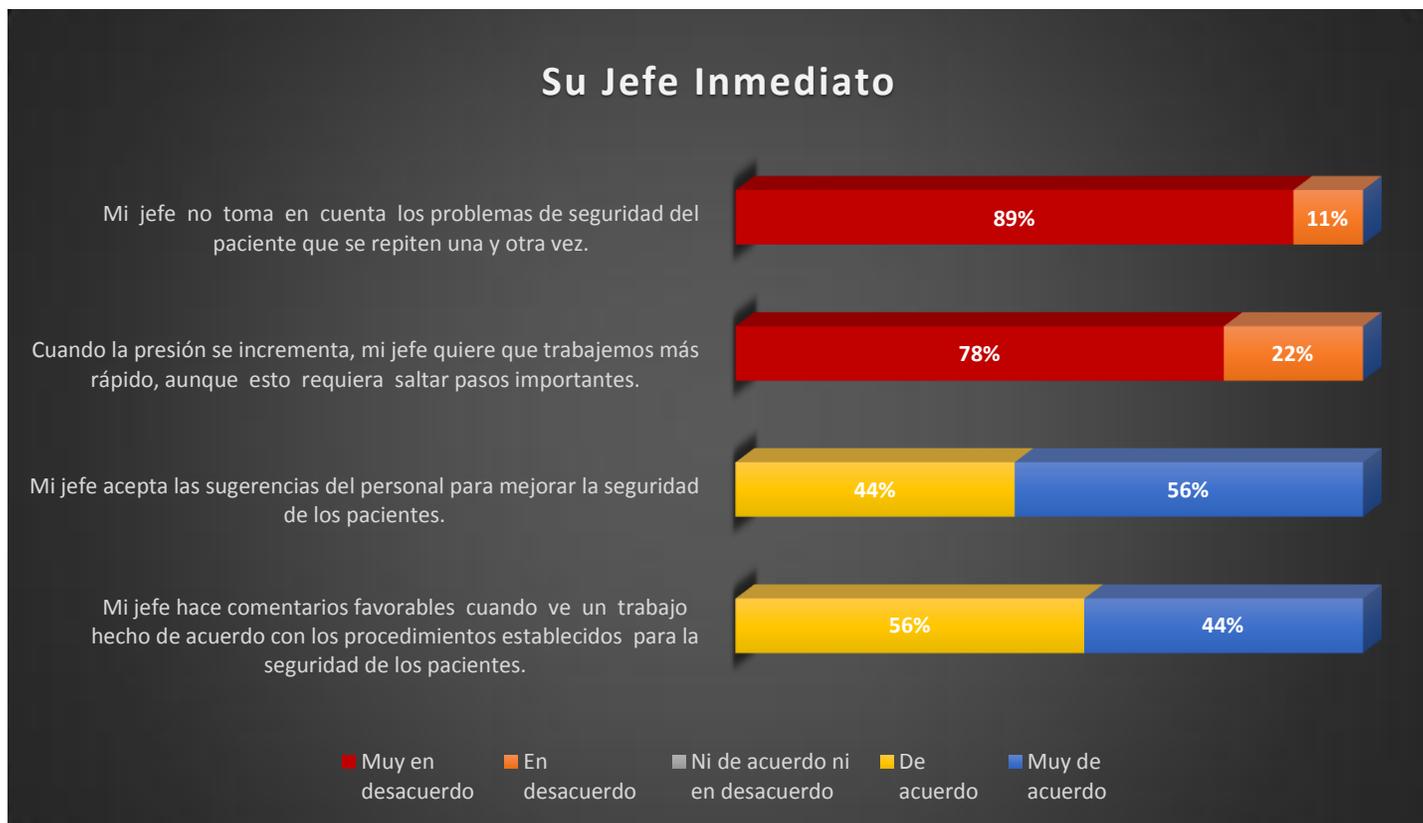


Grafica 2. Administrativa: Área de Trabajo



Según los resultados de la encuesta el área administrativa cuenta con el personal necesario para desempeñar las labores, el trabajo es realizado en equipo con el fin de evitar que ocurran problemas con la seguridad del paciente. Sin embargo se debe concientizar al personal de realizar acciones para mejorar la seguridad del paciente.

Grafica 3. Administrativa: Jefe Inmediato



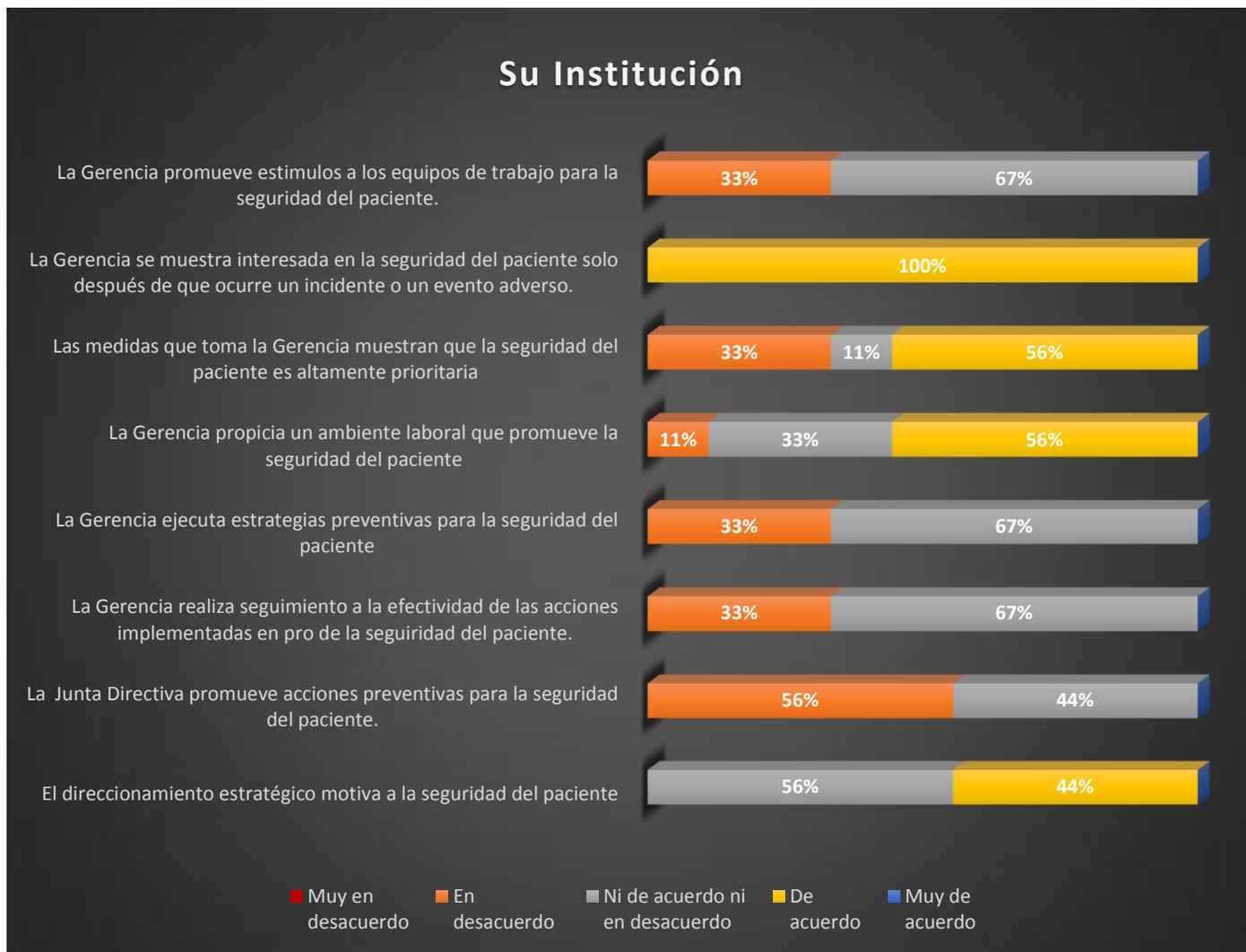
Los jefes de esta área fueron calificados de manera positiva ya que se tiene en cuenta las sugerencias que realiza el personal para optimizar la seguridad de los pacientes teniendo en cuenta los procedimientos establecidos en relación con la seguridad de los pacientes.

Grafica 4. Administrativa: Comunicación

Según los resultados obtenidos en las encuestas, se observa que el personal percibe que existe comunicación entre la gerencia y la junta directiva y con su equipo de colaboradores, sin embargo ésta podría mejorar en función de fortalecer la seguridad del paciente. La gerencia informa al personal de los cambios realizados, de acciones correctivas, de circunstancias que pueda afectar la seguridad del paciente, y las fallas que se cometen en el área de servicio, con el fin de que no se vuelvan a presentar. El personal siente libertad de opinar si ve algo que

pueda afectar de forma negativa al paciente. Sin embargo se observa con los resultados de la encuesta que es necesario fortalecer la comunicación con todo el área administrativa.

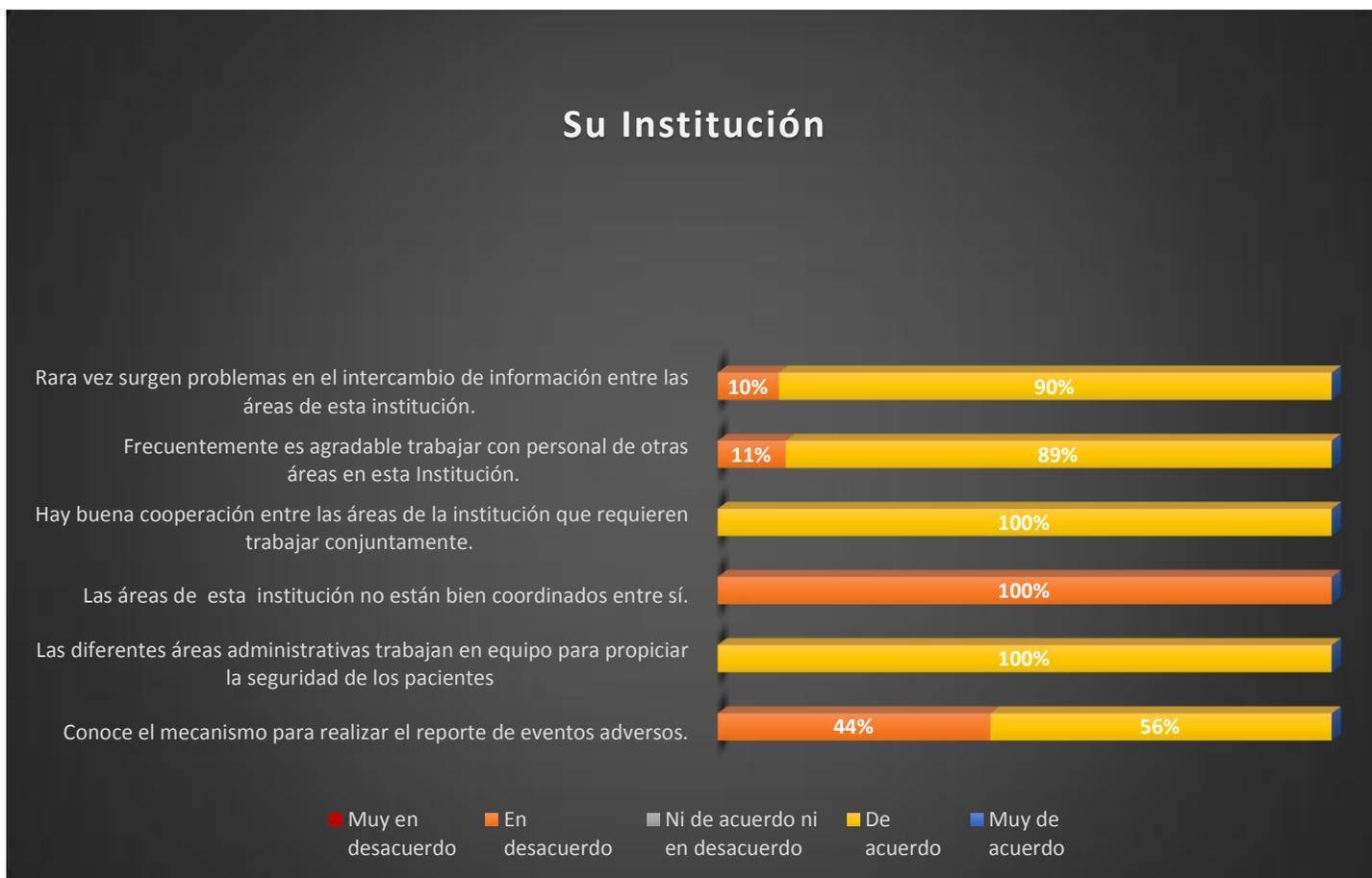
Grafica 5. Administrativa: Institución



La alta dirección se muestra muy interesada en la seguridad del paciente, sin embargo la gerencia no trasmite al personal la importancia que se le debe dar al tema.

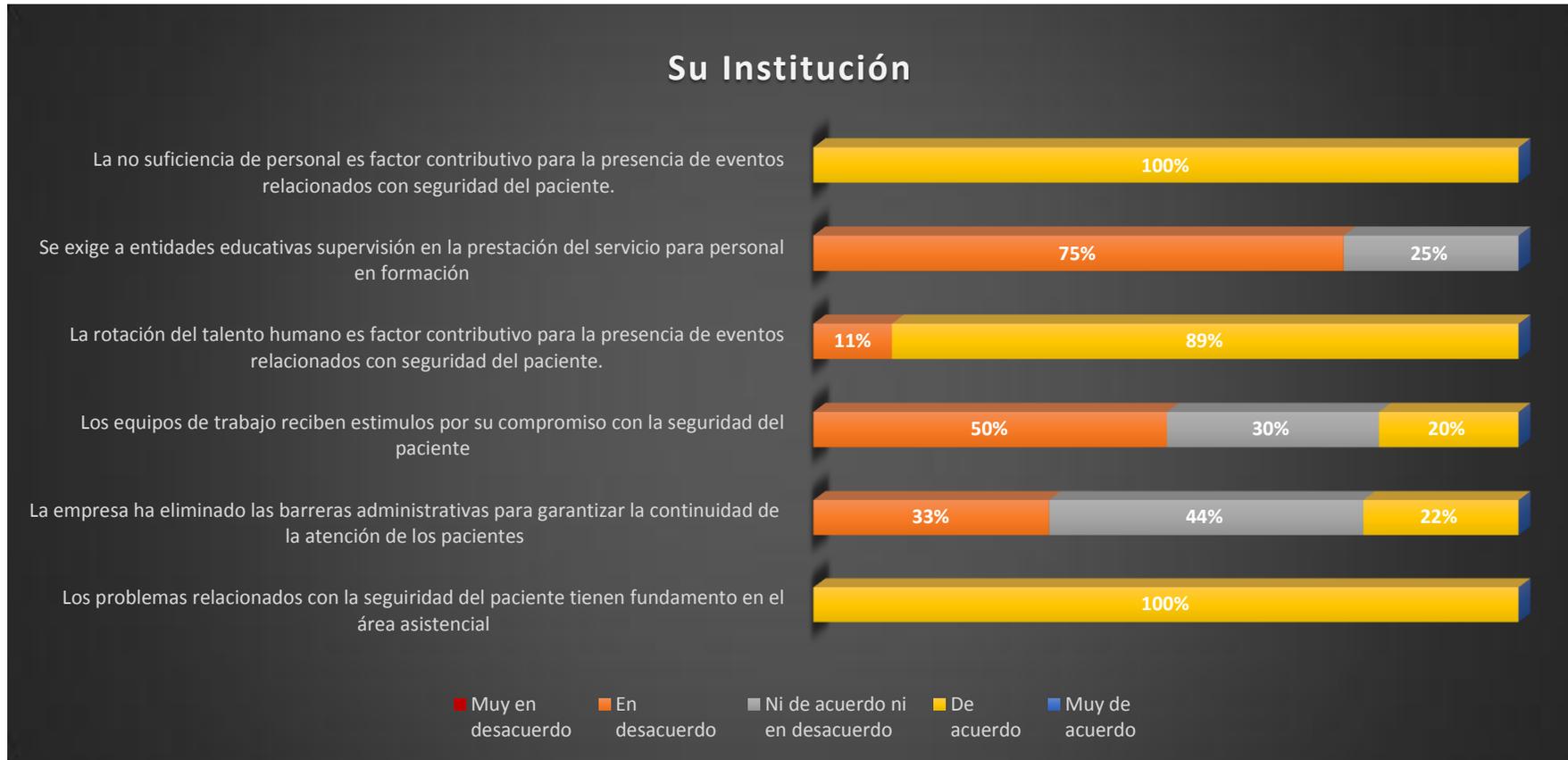
- Respecto a la disponibilidad de recursos para garantizar la seguridad a los pacientes, el personal encuestado en el área administrativa de la IPS Pronacer considera que cuenta con los recursos necesarios para ofrecer servicios seguros a los pacientes.
- En cuanto al talento humano que labora en el área administrativa de la IPS Pronacer se observa que durante los procesos de selección se le da importancia al conocimiento del personal que ingresa sobre los temas de seguridad del paciente, sin embargo, los procesos de entrenamiento y estímulos por el reporte de sucesos relacionados con la seguridad del paciente no son conocidos por todo el personal. Esto se constituye en un riesgo, dado que se pueden cometer errores por desconocimiento.
- En la encuesta además, se confirma la importancia que se le da a la estabilidad de la planta de personal en cuanto a suficiencia de personas para realizar las diversas labores, y que se evite el cambio permanente de personas en los distintos cargos. De ésta forma se pueden minimizar los errores relacionados con brechas en la curva de aprendizaje de personal nuevo, o sobrecargas laborales que afecten la calidad de la prestación del servicio.

Grafica 6. Administrativa: Institución

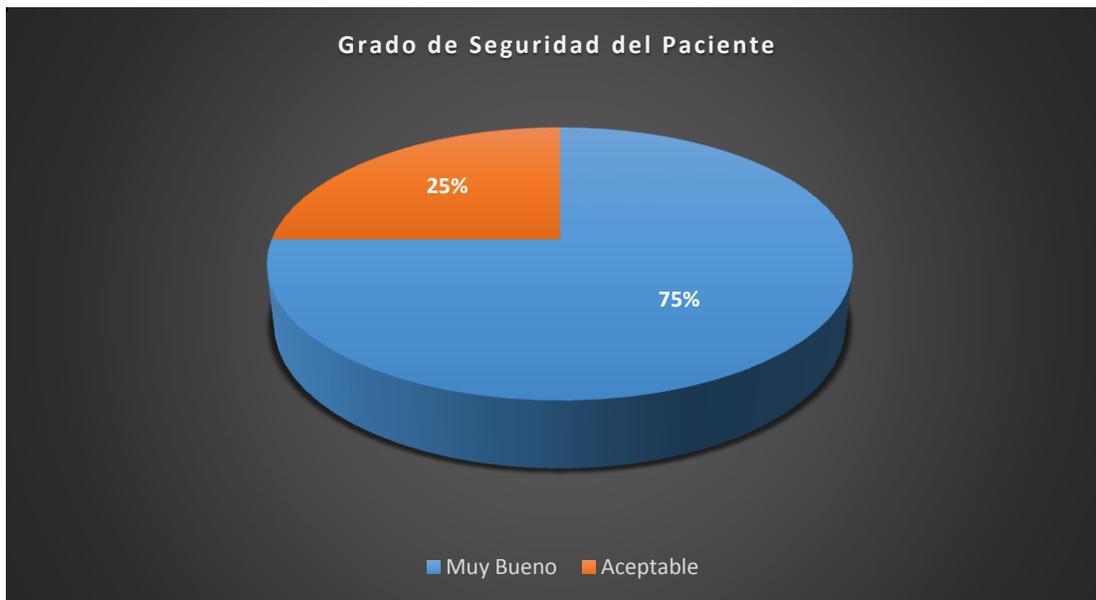


Los datos registrados en la encuesta nos permiten dar cuenta que el personal del área administrativa siente que la responsabilidad de la seguridad del paciente es solamente del área asistencial, lo que significa que el personal de esta área no se siente comprometido con la seguridad del paciente.

Grafico 7. Administrativa: Institución



Grafica 8. Administrativa: Grado de Seguridad del Paciente



En cuanto al grado de seguridad del paciente, el 75% del personal lo califica como muy bueno y el 25% como aceptable sin embargo al indagar sobre si considera que los pacientes son atendidos de forma segura todas las personas encuestadas manifestaron que sí.

4.2 Resultados y Análisis Área asistencial

Tabla 3. *Asistencial:* Tiempo en la Institución

| | ¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en la institución? | ¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en su actual área/ servicio? |
|-----------------------|--|--|
| Menos de 1 año | 53% | 53% |
| De 1-5 | 47% | 47% |
| De 6-10 | 0% | 0% |
| Más de 11 | 0% | 0% |

Tabla 4. *Asistencial:* Horas trabajadas

| ¿Cuántas horas a la semana trabaja usted en esta institución? | |
|---|-----|
| Más de 20 | 29% |
| De 20-39 | 44% |
| De 40-59 | 26% |
| Más de 60 | 0% |

Tabla 5. *Asistencial:* Cargo

| ¿Cuál es su cargo en esta institución? | |
|--|-----|
| Médico Especialista | 74% |
| Médico General | 0% |
| Enfermera profesional | 0% |
| Enfermera auxiliar | 26% |
| Químico Farmacéutico | 0% |
| Auxiliar (Odontología, Farmacia, Laboratorio) | 0% |
| Personal Administrativo | 0% |

| | |
|--------------------------------------|----|
| Personal Directivo y Gerencia | 0% |
| Personal de mantenimiento | 0% |
| Auxiliar Contable | 0% |

Tabla 6. Asistencial: Tipo de Contrato

| | |
|---|-----|
| ¿Qué tipo de contrato tiene? | |
| Carrera Administrativa | 26% |
| Cooperativa | 0% |
| Contrato prestación de Servicios | 74% |

Tabla 7. Asistencial: Interacción con pacientes

| | |
|--|------|
| En su cargo, ¿Tiene usted interacción directa o contacto con pacientes? | |
| SI | 100% |
| NO | 0% |

Tabla 8. Asistencial: Tiempo en el cargo

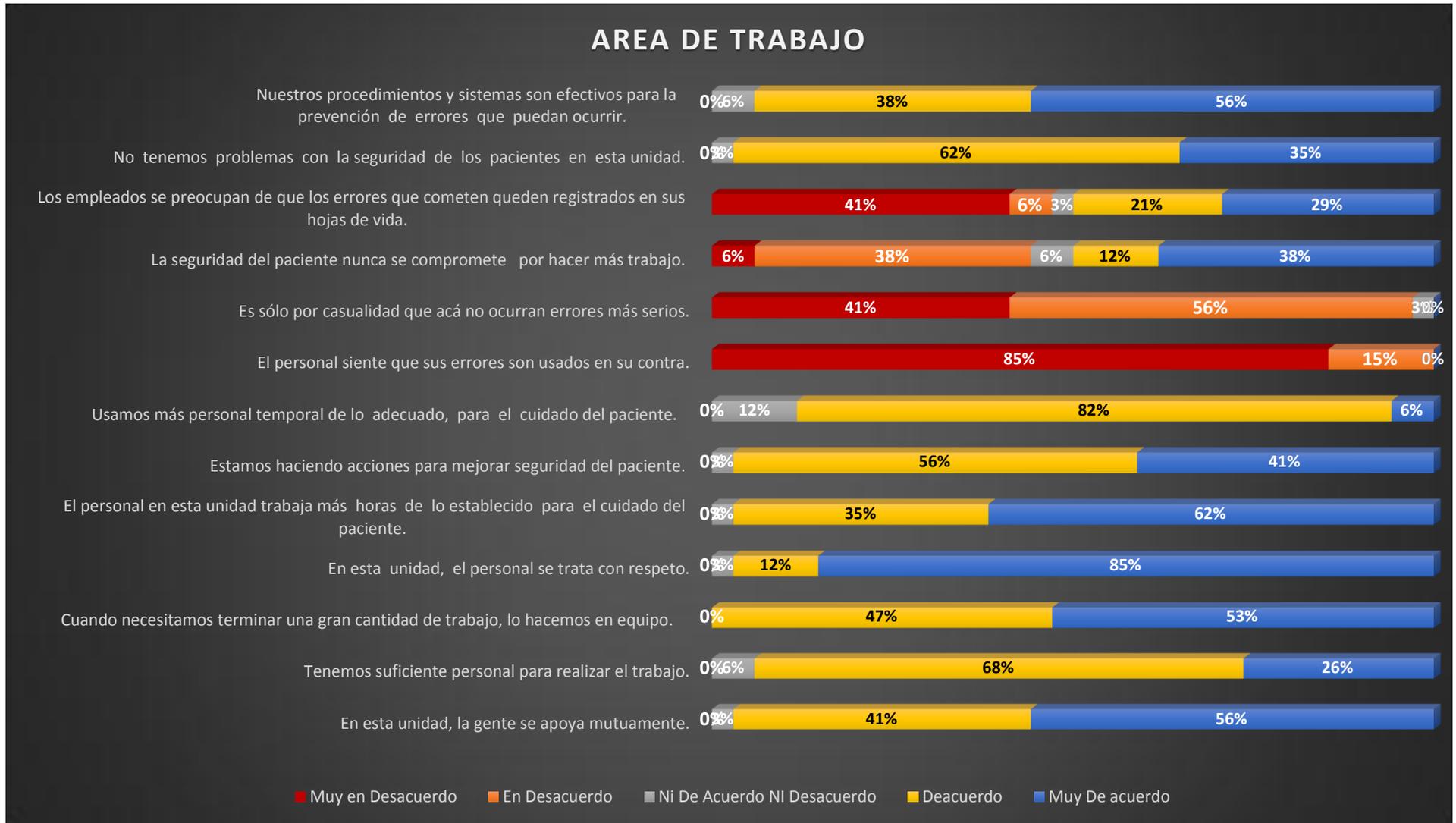
| | |
|--|-----|
| ¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en su actual cargo? | |
| Menos de 1 | 53% |
| De 1-5 | 47% |
| De 6-10 | 0% |
| De 11-15 | 0% |
| De 16-20 | 0% |
| Más de 21 | 0% |

De acuerdo a las tablas presentadas podemos ver que en los trabajadores de la Institución existe un porcentaje alto vinculado mediante Contrato de Prestación de Servicios (Tabla 6), y el total del personal asistencial tiene una interacción con los pacientes que hacen uso de los servicios de la organización. Viendo los datos obtenidos en la Tabla 3 y en la Tabla 8 y teniendo en cuenta que PRONACER es una Institución que lleva en el mercado más de 4 años ofreciendo sus

servicios a la comunidad, aproximadamente la mitad del personal está laborando con la misma desde sus inicios, esto muestra que los trabajadores tienen un sentido de pertenencia hacia la Institución logrando así un servicio constante y estable que beneficia la imagen de la empresa en la comunidad.

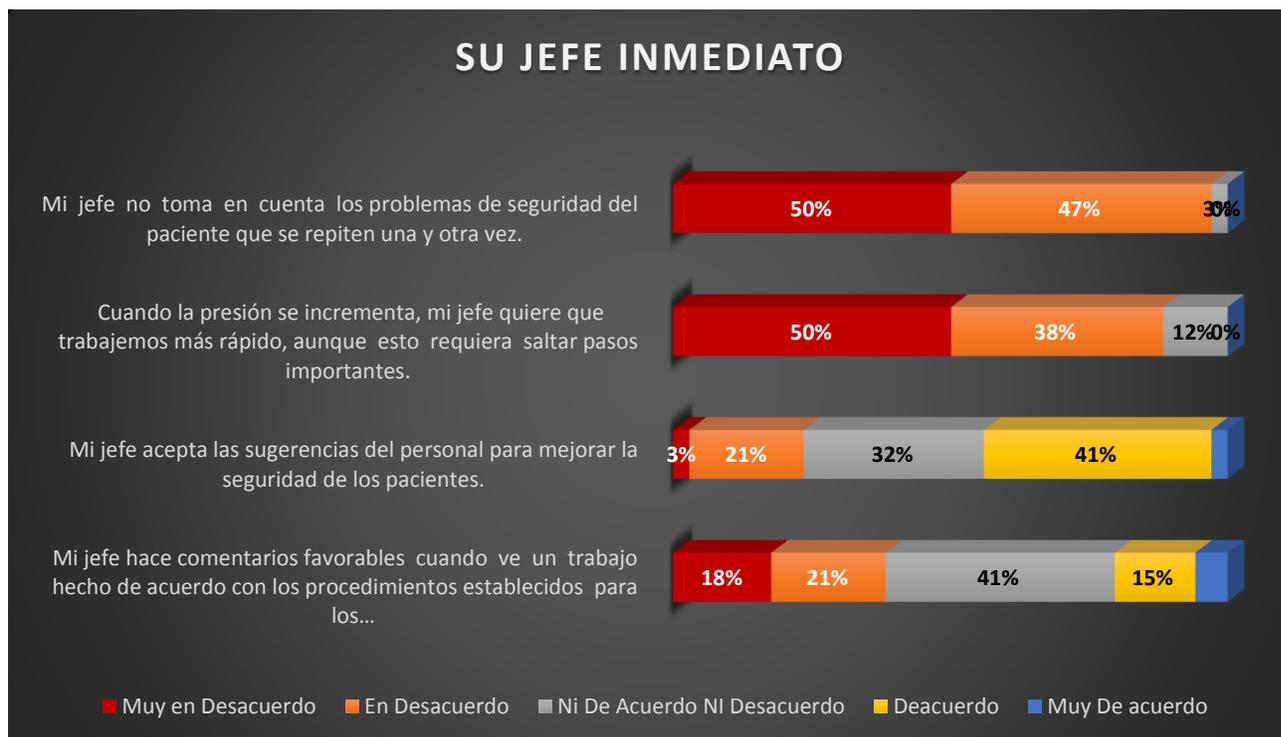
De acuerdo con la Tabla 4 y la Tabla 5 un alto porcentaje de empleados trabaja entre 20 y 39 horas a la semana lo cual es consistente con el porcentaje de empleados que son Médicos Especialistas, esto se presenta dado a que estos también trabajan en otras IPS y deben dividir su tiempo en la atención de los pacientes de PRONACER y de las otras IPS a las que están vinculados, por esto su vinculación con PRONACER se hace mediante un Contrato de Prestación de Servicios el cual les da flexibilidad con sus horarios; el resto del personal está vinculado a tiempo completo con la Institución lo cual se refleja en la cantidad de horas que trabajan a la semana; cabe aclarar que la diferencia de horas de trabajo entre los Médicos Especialistas y el restante personal asistencial y el administrativo se debe la razón anteriormente explicada.

Grafica 9. Asistencial: Área de Trabajo



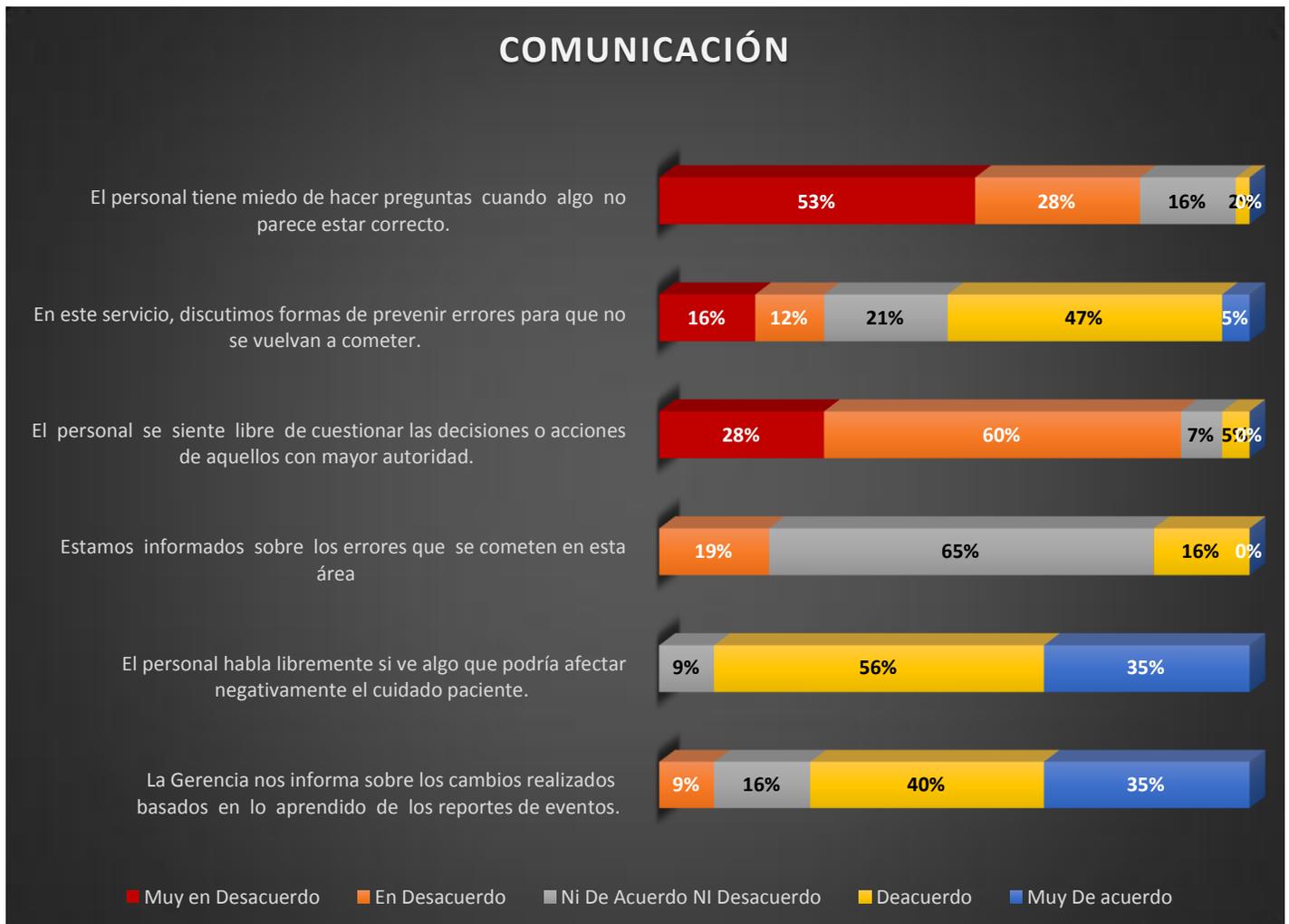
De acuerdo a los resultados obtenidos en la aplicación de la encuesta, podemos observar que PRONACER MEDICINA DIAGNOSTICA, cuenta con el personal suficiente para atender la demanda actual de los servicios que presta, el personal de dicha organización trabaja en equipo y se apoya mutuamente para beneficio de los mismos, esto en parte se da a las reuniones periódicas que todo el personal tiene cada mes donde se resuelven inquietudes, se escuchan sugerencias y se realizan capacitaciones. De igual manera se están tomando medidas para fortalecer la seguridad del paciente en la Institución, tales como un seguimiento constante al comité de seguridad del paciente; el coordinador de calidad del Pronacer está realizando un estudio de adherencia a los guías, procedimientos y protocolos de la Institución con el fin de minimizar los riesgos y así disminuir la presencia de eventos adversos.

Grafica 10. Asistencial: Jefe inmediato



De la anterior grafica podemos deducir que existe una buena comunicación del personal asistencial con su jefe inmediato, sin embargo esta podría mejorar si se estudiaran y materializaran las sugerencias más factibles dadas por el personal asistencial. Cabe resaltar que no es posible tener en cuenta todas las sugerencias recibidas (costos, normatividad, etc.); es importante motivar al personal mediante la exaltación de las buenas prácticas dado que esto genera que los trabajadores den su mayor esfuerzo diariamente y se comprometan con la seguridad del paciente en la organización.

Grafica 11. Asistencial: Comunicación



De acuerdo a la gráfica anterior de comunicación, podemos observar que existe un problema de desinformación, respecto a los errores que se cometen en el área asistencial, es necesario implementar estrategias que permitan mejorar la fluidez en la emisión de los mensajes ya sea sobre los errores cometidos o por el contrario por la buena realización de los procedimientos.

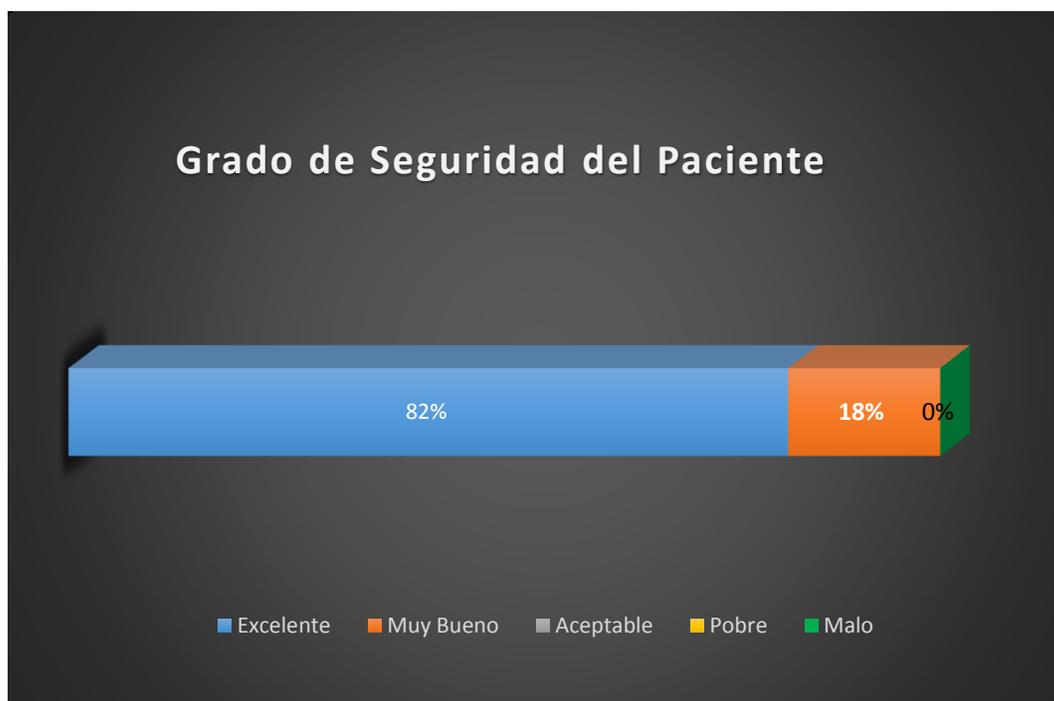
También podemos observar que la mayor parte del personal asistencial de PRONACER respeta y acata las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad dentro de la organización, sin embargo una gran parte del personal afirma que no se discuten formas de prevenir los errores, por consiguiente es necesario que en las reuniones mensuales que se hacen al interior de la organización se profundice en el tema de errores, eventos adversos, seguridad del paciente etc., socialización constante de guías, procedimientos y protocolos, donde participe todo el personal, puesto que existe una parte del mismo que aún no tiene la suficiente confianza para hacer preguntas cuando algo no parece estar correcto.

Grafica 12. Asistencial: Frecuencia de Eventos Adversos



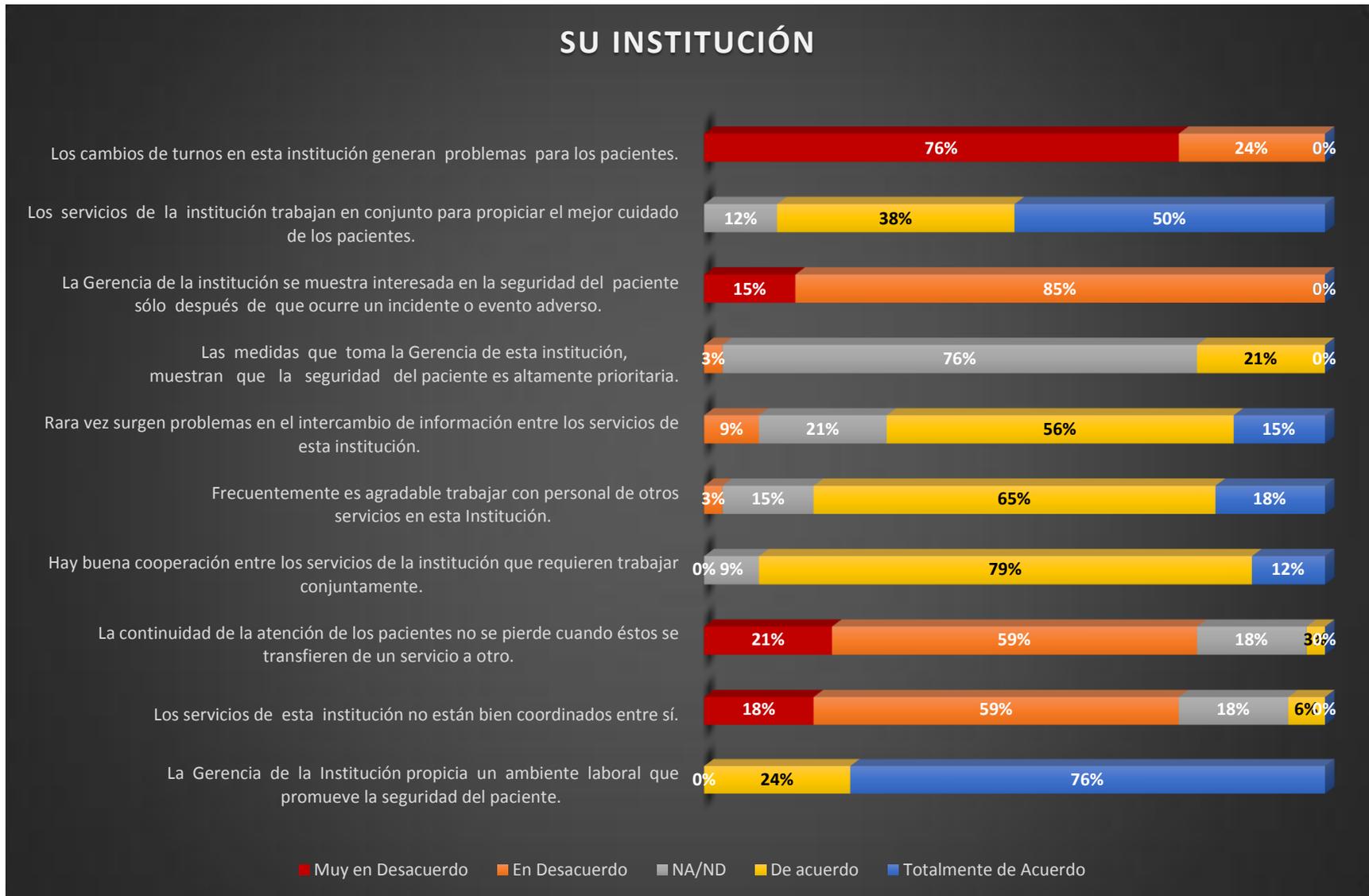
Respecto a la frecuencia de Eventos adversos / errores reportados cabe resaltar que es preocupante que no todo el personal asistencial reporta los errores que se cometen cuando se está realizando la prestación del servicio, una de las causantes de dicho problema es que una parte del personal asistencial no conoce algunos de los conceptos de la ficha de reporte de los incidentes y eventos adversos y a su vez no tienen claro de quien es la función de realizar dicho proceso, lo cual conlleva a un mal reporte o en muchas ocasiones al no reporte de los errores, por consiguiente es importante Definir e implementar estrategias para consolidar un sistema de reporte voluntario y así generar una cultura de reporte de errores.

Grafica 13. Asistencial: Grado de seguridad del paciente



La percepción que tienen el personal asistencial de PRONACER, respecto al grado de seguridad del paciente es MUY BUENA, es importante resaltar que en junio del 2015 se realizó la implementación de la Política de seguridad del paciente en dicha organización por consiguiente son muchas las mejoras que se deben realizar al interior con el fin de fortalecer el grado de seguridad del paciente en PRONACER.

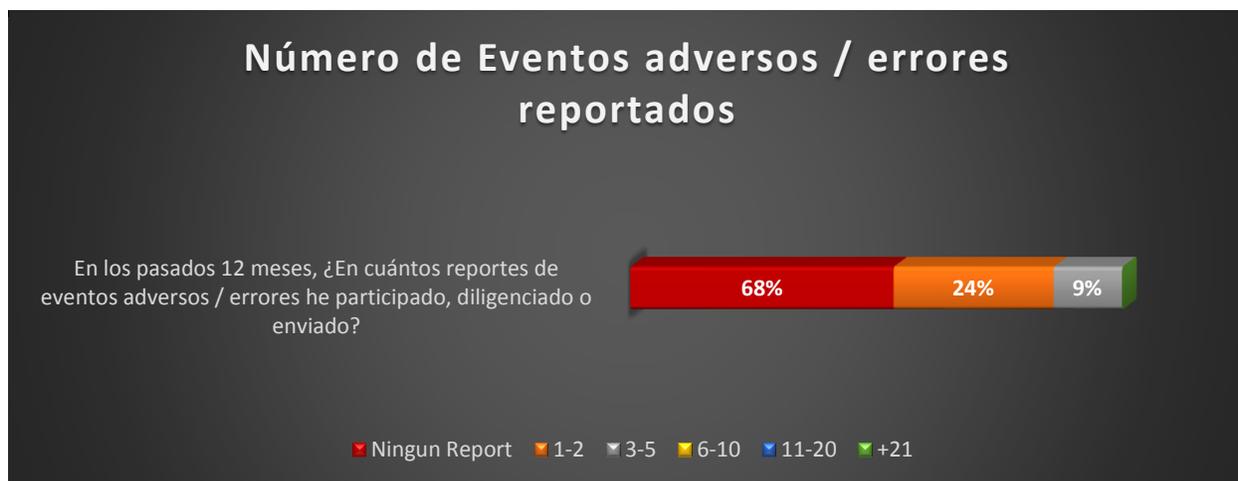
Grafica 14. Asistencial: Su institución



PRONACER, cuenta únicamente con dos servicios (ginecología e imágenes diagnósticas) dichos servicios se encuentran debidamente coordinados, lo cual facilita el intercambio de información, PRONACER cuenta con un programa de Alto Riesgo Obstétrico ; el cual desarrolló e implementó un mecanismo para el adecuado seguimiento telefónico y presencial a la mujer embarazada que presenta patologías consideradas de Alto Riesgo Obstétrico, por lo cual no se pierde la continuidad de la atención de las pacientes cuando se transfieren de un servicio a otro.

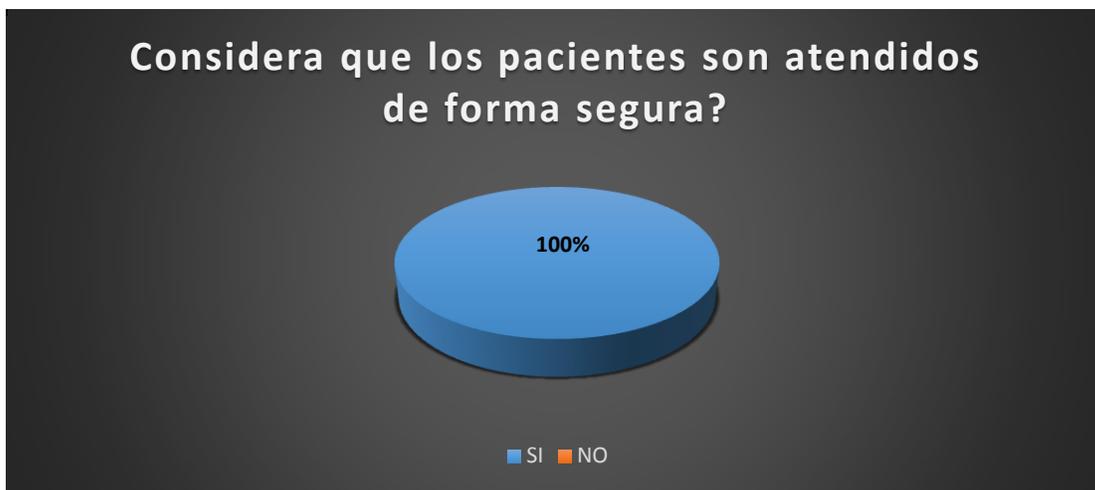
Los cambios de turnos no generan problemas con los pacientes puesto que a cada especialista se le asigna un número determinado de pacientes dependiendo de la disponibilidad que este tenga al inicio de cada mes, cabe resaltar que regularmente es la misma disponibilidad. De la gráfica también podemos observar que la mayoría del personal asistencial tiene la percepción de que la gerencia no solo se preocupa por la seguridad del paciente una vez ocurridos los eventos adversos, por el contrario la gerencia ha venido trabajando en la implementación de la política de seguridad del paciente, la cual busca generar un conjunto de acciones y estrategias que ofrece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad para proteger al paciente de riesgos evitables que se derivan de la atención en salud, teniendo en cuenta la vulnerabilidad de las pacientes atendidas en la organización (gestantes).

Grafica 15. Asistencial: Número de eventos adversos



De acuerdo con los resultados obtenidos, la mayoría de empleados manifiestan no haber reportado eventos adversos en el último año de funciones en la Institución, pero de igual manera podemos ver que se han presentado algunos eventos adversos reportados en menor porcentaje; con esto podemos inferir que la presencia de estos es de una tasa baja puesto que la mayor cantidad de eventos adversos reportados en el año es de 5.

Grafica 16. Asistencial: Atención Segura



En PRONACER se están tomando las medidas y acciones necesarias que permitan que la cultura de seguridad del paciente se adopte, se aplique y mejore en toda la organización en beneficio de sus usuarios para poder garantizar un servicio altamente seguro el cual se vea reflejado en la satisfacción del usuario y en una atención de calidad en donde el paciente es el punto focal de la Institución.

5. Conclusiones

- El mercado de la salud en Colombia es altamente complejo, cuenta con multiplicidad de actores con diferentes grados de competencias e intereses, en donde prima la incertidumbre, variabilidad, asimetría de información, escasez de recursos y problemas de financiamiento. En este escenario, crear un plan de trabajo para la gestión del riesgo es una herramienta útil para contrarrestar las incertidumbres del entorno presentes en las actividades de este sector, permitiendo la gestión eficiente de estos recursos, mejorando el desempeño de las organizaciones, garantizando su supervivencia y sostenibilidad.
- Es necesario adelantar un trabajo de sensibilización sobre la gestión de los riesgos en la Organización y de su personal en todos los niveles, comenzando por la alta gerencia, debe darse progresivamente un cambio de cultura organizacional; en donde se promuevan la participación, autocontrol, se optimicen los sistemas de información, además de facilitar el reporte, información, análisis y mejoramiento continuo.
- Se requiere adelantar un fuerte trabajo, en la política de seguridad del paciente promulgada en el 2008, brindando la capacitación que sea necesaria para detección y/o análisis de eventos adversos. Por otra parte se ha determinado que es importante la investigación de los eventos adversos por parte de la institución, ya que podrían ser de alguna manera prevenibles, y de esta manera útiles para reducir el impacto sobre la salud.
- Es importante la motivación y participación de todo el personal, para lo cual se necesita el liderazgo por parte de la gerencia, siendo flexible a los cambios en los procesos y

concibiendo a la organización como un todo al integrar áreas, procesos y procedimientos. También debe involucrarse al usuario (en este caso el paciente), promoviendo su autocuidado.

6. Recomendaciones

- Definir e implementar estrategias para consolidar un sistema de reporte voluntario
- Mantener por medio de socialización constante, lo lineamientos de la Política de Seguridad del paciente,
- Direccionar las políticas institucionales y diseño de los procesos de atención en salud de la IPS, hacia la promoción de una atención segura
- Implementar canales de comunicación, tanto, entre el personal de salud con el paciente y su familia, como con cada uno de los líderes de proceso.
- Prevenir la ocurrencia de eventos adversos en los procesos de atención en salud mediante el despliegue de metodologías científicamente probadas y la adopción de herramientas prácticas que mejoren las barreras de seguridad y establezcan un entorno seguro
- Coordinar los diferentes actores del Programa de Seguridad del Paciente, hacia mejoras de calidad de la atención de los usuarios de los servicios ofertados por la institución, que se evidencien en la obtención de resultados tangibles y medibles.
- Implementar programas educativos constantes que permitan educar no solo al personal de la institución, sino también a pacientes y sus familiares en el conocimiento y abordaje de

los factores que pueden incidir en mejorar la seguridad de los procesos de atención de que son sujetos.

7. Glosario

Cultura: conjunto de conocimientos, costumbres y grado de desarrollo a través del cual se expresa un grupo social en un momento determinado, es decir, es la forma cómo un grupo de personas hace las cosas, y esta puede cambiar según el espacio y el tiempo, por tanto no es constante.

Cultura de seguridad: la capacidad global de una organización para garantizar el funcionamiento eficaz de sus sistemas de gestión de seguridad y salud que busca continuamente reducir al mínimo el daño, la ausencia de esta capacidad aumenta la posibilidad de fallos del sistema.

Seguridad: Puede definirse como el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

Seguridad del Paciente: Es una preocupación pública que ha recibido atención sustancial. Propone las estrategias para mejorar el sistema de la salud y la seguridad del paciente, declarada un componente fundamental de la calidad del cuidado.

Evento Adverso: cualquier lesión no intencional causada por el manejo médico, más que por el proceso de enfermedad, que produce demora en el alta, estancia prolongada o discapacidad, y que puede amenazar la vida o causar la muerte del paciente.

Efecto Adverso Grave: Aquel que ocasiona muerte o incapacidad residual al alta hospitalaria o que requirió intervención quirúrgica.

Efecto Adverso Moderado: Aquel que ocasiona prolongación de la estancia hospitalaria al menos de 1 día de duración.

Efecto Adverso Leve: Aquel que ocasiona lesión o complicación sin prolongación de la estancia hospitalaria.

Evento Adverso Prevenible: Resultado no deseado, causado de forma no intencional, que se habría evitado mediante la adecuada utilización de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado.

Evento Adverso No Prevenible: Resultado no deseado, causado de forma no intencional, que se presenta a pesar de la adecuada utilización de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado: complicación.

8. Bibliografía

- Resolución 1446/06. Por la cual se define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoria del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. Colombia, 2006.
- DECRETO 1011 DE 2006. Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Salud Uninorte. Barranquilla (Col.) 2007; Elizabeth Villarreal Cantillo, Bernal D, Garzón N. Eventos Adversos Durante La Atención de Enfermería en Unidades de Cuidados Intensivos [trabajo de grado para optar al título de especialista en cuidado crítico]. Universidad Javeriana Bogotá, 2008.
- Gaitán H, Eslava J, Rodríguez N, Forero V, Santofimio D, Altahona H. Grupo de Evaluación de Tecnologías y Políticas en Salud. Incidencia y Evitabilidad de Eventos Adversos en Pacientes Hospitalizados en tres Instituciones Hospitalarias en Colombia, Revista Salud Publica. 2006.
- Ministerio de la Protección Social. (2008), Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente, Colombia.

- Ministerio de la Protección Social. (2007). Herramientas para promover la estrategia de la Seguridad el Paciente en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud., Colombia.
- Olga Gómez Ramírez, Wendy Arenas Gutiérrez, Lizeth González Vega, Jennifer Garzón Salamanca, Erika Mateus Galeano y Amparo Soto Gámez de la Universidad Nacional de Colombia (2009). cultura de seguridad del paciente referida por el personal de enfermería en instituciones de tercer nivel en Bogotá.