

**ADHERENCIA DE LOS PROFESIONALES A LAS PRÁCTICAS SEGURAS EN EL
GRUPO SAMI SALUD SAS IPS EN LA CIUDAD DE POPAYÁN**

CIRO FERNEY ANGULO CABEZAS

JAZMIN ARIZALA QUINTERO

LADY YURANI CRUZ ESCOBAR

JULIETH ERAZO SALAZAR

LEÍDY JOHANNA ZAMBRANO ANDRADE

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE MANIZALEZ

PROGRAMA DE ADMINISTRACION DE LA SALUD

2021

**Adherencia de los profesionales a las prácticas seguras en el GRUPO SAMI
SALUD SAS IPS en la ciudad de Popayán**

**Trabajo de grado para optar al título de:
Especialista en Administración de la Salud**

Ciro Ferney Angulo Cabezas

Jazmín Arizala Quintero

Lady Yurani Cruz Escobar

Julieth Erazo Salazar

Leidy Johanna Zambrano Andrade

Universidad Católica De Manizales

Programa de Administración de la Salud

2021

TABLA DE CONTENIDO

1. INFORMACIÓN GENERAL DEL PROYECTO	11
2. RESUMEN.....	13
2. 1. Resumen.....	13
2.2. Abstract.....	14
2.2. Introducción.	15
2.3. Planteamiento del Problema.....	18
2.4 Justificación.	20
3. OBJETIVOS	21
3.1. Objetivo General.	21
3.2. Objetivos Específicos.....	21
4. MARCO TEORICO	22
4.1. Antecedentes de Investigación.	22
4.1.2. Antecedentes Nacionales.....	23
4.1.3. Antecedentes Regionales.....	25
4.2. Marco Contextual.....	27
4.3. Marco Legal.	29
4.4. Marco Conceptual.....	36
4.5. Marco Referencial.....	38
5. METODOLOGÍA.....	50

5.1 Enfoque y Diseño.....	50
5.2 Población y Muestra.....	51
5.3 Plan de Recolección de Información.....	52
5.4 Instrumentos.	53
5.5 Plan de Análisis de Información.....	53
5.6 Componente Ético.....	55
5.7 Consentimiento Informado.	56
5.8 Operacionalización de Variables.....	57
5.8.1. Definición Conceptual de la Variable.....	58
5.8.2. Definición Operacional de la Variable.....	58
5.8.3. Naturaleza de la Variable.	58
5.8.4. Dimensión de la Variable.....	58
5.8.5. Escala de Medición.	59
6. RESULTADOS Y DISCUSION	65
6.1. Resultados.	65
6.1.1. Contextualización de Grupo Sami Salud S.A.S.....	65
6.1.3. Factores de Incidencia en la Adherencia a Prácticas Seguras.....	100
6.2. Discusión.	101
7. CONCLUSIONES.....	111
8. RECOMENDACIONES.....	113

9. BIBLIOGRAFÍA..... 114

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Lineamientos para la implementación de la política de Seguridad del paciente	29
Tabla 2. Normas que rigen la seguridad del paciente en Colombia	35
Tabla 3. Operacionalización de variables	59

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente	40
Figura 2. Modelo Explicativo.....	41
Figura 3. Estudios Internacionales de incidencia de eventos adversos.....	43
Figura 4. Buenas prácticas de seguridad del paciente	45
Figura 5. Grupo Sami Salud S.A.S.....	66
Figura 6. Caracterización de los profesionales asistenciales que laboran en Sami Salud S.A.S.	67
Figura 7. Distribución del personal profesional de la salud contratado en Sami Salud según la variable Nivel Educativo	68
Figura 8. Distribución de la población profesional de la salud contratada en Sami Salud S.A.S. según la variable Género	69
Figura 9. Distribución de la población profesional de la salud de Sami Salud según la variable edad.....	69
Figura 10. Distribución de la población profesional de la salud de Sami Salud según la variable Antigüedad	70
Figura 11. Distribución de la población profesional de la salud de Sami Salud según la variable Experiencia Laboral.....	71
Figura 12. Subvariable 1.1. Existencia del Programa de Seguridad del Paciente	72
Figura 13. Subvariable 1.2. Compromiso de los directivos con el Programa de Seguridad del Paciente	73
Figura 14. Subvariable 1.3. Existencia de Coordinador de Seguridad del Paciente .	74

Figura 15. Subvariable 1.4. Conocimiento sobre el comité de Seguridad del Paciente	75
Figura 16. Subvariable 1.5. Conocimiento de evidencia y operación periódica del comité de seguridad	76
Figura 17. Subvariable 1.6. Participación en socialización de temas de Seguridad del Paciente.....	77
Figura 18. Subvariable 1.7. Conocimiento sobre la ruta para el reporte de casos relacionados con fallas en la atención en salud	77
Figura 19. Subvariable 1.8. Conocimiento sobre los riesgos en los procesos asistenciales	78
Figura 20. Subvariable 1.9. Acciones preventivas o de mejoramiento de los riesgos en procesos asistenciales	79
Figura 21. Subvariable 1.10. Seguimiento a las acciones de mejoramiento o preventivas de los riesgos en procesos asistenciales	80
Figura 22. Subvariable 1.11. Existencia de procedimiento para el desarrollo o adopción de guías de práctica clínica para patologías o condiciones más frecuentes	80
Figura 23. Subvariable 1.12. Conocimiento sobre los protocolos de la entidad	81
Figura 24. Subvariable 2.1. Percepción sobre la evaluación semestral de la adherencia a las guías de manejo clínico sobre Buenas Prácticas de Seguridad del Paciente Obligatorias	82
Figura 25. Subvariable 3.1. Existencia del protocolo de lavado de manos en la IPS	83
Figura 26. Subvariable 3.2. Existencia de rondas periódicas para medir la adherencia al protocolo de lavado de manos en la IPS	84
Figura 27. Subvariable 3.3. Provisión de insumos para el lavado de manos	85

Figura 28. Subvariable 3.4. Existencia del protocolo de venopunción.....	85
Figura 29. Subvariable 3.5. Existencia de protocolo de manejo y mantenimiento de sondas vesicales	86
Figura 30. Subvariable 3.6. Existencia del manual de bioseguridad	87
Figura 31. Subvariable 3.7. Existencia de rondas periódicas para medir adherencia al manual de bioseguridad	88
Figura 32. Subvariable 4.1. Existencia de protocolo de administración de medicamentos en la IPS.....	89
Figura 33. Subvariable 4.2. Existencia de rondas periódicas para verificación de adherencia al protocolo de medicamentos	90
Figura 34. Subvariable 4.3. Existencia de protocolo para rotulación de medicamentos	90
Figura 35. Subvariable 4.4. Identificación de riesgo de alergia a medicamentos de los usuarios de la IPS	91
Figura 36. Subvariable 5.1. Medición semestral de adherencia al protocolo de identificación del paciente.....	92
Figura 37. Subvariable 5.2. Contribución a la identificación del paciente	93
Figura 38. Subvariable 5.3. Identificación de correcto uso de manilla de identificación de paciente	94
Figura 39. Subvariable 6.1. Existencia de caídas en la IPS en los últimos 6 meses	95
Figura 40. Subvariable 6.2. Conocimiento sobre ruta para el reporte de evento adverso (caída)	95
Figura 41. Subvariable 6.3. Existencia de capacitaciones sobre protocolos para prevención y disminución de caídas.....	¡Error! Marcador no definido.

Figura 42. Subvariable 6.4. Contribución a la clasificación de pacientes con riesgo de caída.....	96
Figura 43. Subvariable 6.5. Conocimiento sobre conducta a asumir en caso de caída de paciente	97
Figura 44. Subvariable 7.1. Existencia de protocolo de manejo para evitar úlceras por presión.....	98
Figura 45. Subvariable 7.2. Contribución a la clasificación del riesgo de úlceras por presión.....	99
Figura 46. Subvariable 7.3. Contribución a la minimización del riesgo de úlceras por presión.....	99



Universidad
Católica
de Manizales

VICERRECTORÍA ACADÉMICA

CENTRO INSTITUCIONAL DE INVESTIGACIÓN, PROYECCIÓN Y DESARROLLO

1. INFORMACIÓN GENERAL DEL PROYECTO

Título: Adherencia de los profesionales a las prácticas seguras en el Grupo Sami Salud SAS, en la ciudad de Popayán.

Investigadores:

Ciro Ferney Angulo Cabezas

Jazmín Arizala Quintero

Lady Yurani Cruz Escobar

Julieth Erazo Salazar

Leidy Johanna Zambrano Andrade

Línea de Investigación: Especialización en Administración de la Salud.

Área de conocimiento a la que aplica: Seguridad del Paciente.

Programa de Posgrado al que se articula: Especialización en Administración de la Salud.

Lugar de Ejecución del Proyecto:

Ciudad: Popayán

Departamento: Cauca

Duración del Proyecto (Periodos académicos): 2 Semestres

2. RESUMEN

2. 1. Resumen.

El presente estudio se propuso determinar los aspectos que influyen en la adherencia de los profesionales del Grupo Sami Salud S.A.S. a las prácticas seguras establecidas por el Ministerio de Salud y la Protección Social en la Res. 3100 de 2019 y con ello proponer ajustes que puedan garantizar que la prestación del servicio se de forma integral y responsable por cada una de las partes. Para lograr identificar este comportamiento, se empleó una metodología descriptiva con enfoque cuantitativo, que utilizó como instrumento de recolección de información la Lista de Chequeo de Buenas Prácticas Seguras Obligatorias – Adaptada, con la cual se evaluó, en términos de categorías y variables, la adherencia de los profesionales de la salud del Grupo Sami Salud S.A.S. a las prácticas de seguridad de los pacientes en procesos asistenciales contempladas en la normatividad vigente. Las mediciones se sistematizaron en la hoja de cálculo de Excel la cual arrojó como principales resultados, que un gran porcentaje de los profesionales evaluados no demuestran un comportamiento de adherencia total a estas prácticas, Concluyendo que dichas Falencias se constituyen principalmente por el desconocimiento que tienen los profesionales del Comité de Seguridad del Paciente, de las funciones de esta área, de los protocolos establecidos por la IPS para el reporte y gestión de eventos adversos, de las capacitaciones y eventos de socialización sobre dicha temática.

Finalmente, el estudio desarrolló un plan de mejora, que propende por superar estas dificultades e inculcar en el personal colaborador de la institución una cultura de la seguridad que garantice la integridad de los pacientes en los procesos asistenciales.

Abstract.

The present study aimed to determine the aspects that influence the adherence of the professionals of Grupo Sami Salud S.A.S. to the safe practices established by the Ministry of Health and Social Protection in Res. 2003 of 2014, and thereby propose adjustments that can guarantee that the provision of the service is comprehensive and responsible by each of the parties. In order to identify this behavior, a descriptive methodology with a quantitative approach was used, which used the Good Safety Practices Checklist - Adapted as an information collection instrument, with which the adherence was evaluated, in terms of categories and variables. of the health professionals of the Sami Salud SAS Group to the safety practices of patients in care processes contemplated in the current regulations. The measurements were systematized in the Excel spreadsheet, which showed as main results that a large percentage of the professionals evaluated do not demonstrate a behavior of total adherence to these practices. Shortcomings that were evidenced in situations such as the lack of knowledge of the Patient Safety Committee, of the functions of this area, of the protocols established by the IPS for the reporting and management of adverse events, of the training and socialization events on said subject, among other.

Finally, the study developed an improvement plan, which aims to overcome these difficulties and instill in the collaborating staff of the institution a culture of safety that guarantees the integrity of patients in care processes.

2.2. Introducción.

La protección de la Salud en los centros o entidades encargados de prestar estos servicios no se agota única y exclusivamente en tal prestación del servicio, sino que también abarca todas aquellas normas y prácticas que los profesionales de la salud efectúan durante sus turnos en dichas entidades. Así, el establecimiento de unas normas y prácticas de seguridad redundan en el bienestar del paciente en tanto se previene y se protege la salud, vida de los usuarios y de los demás trabajadores al disminuir o minimizar todos aquellos riesgos a los que se puede estar expuesto durante la estancia en las entidades de salud.

Es por esta razón, que diversos organismos, como por ejemplo el Ministerio de Salud, establece en cada país los programas de seguridad biológica necesarios para prevenir y disminuir los riesgos que existen tanto para los trabajadores como para los pacientes al ingresar en los establecimientos donde se presta el servicio de salud. Además, los mismos establecimientos deben contar con manuales de prácticas seguras y todos los profesionales deben estar enterados de ellos y seguirlos de la manera más estricta posible.

Así las cosas, es responsabilidad del Ministerio de Salud, de los hospitales y de los trabajadores de la salud, la existencia y la aplicación de estándares de seguridad y

manuales de buenas prácticas que permitan brindar seguridad a los pacientes para que estos no corran riesgos durante su estadía en estos establecimientos. De esta manera se garantiza la salud de los pacientes al recibir la atención en salud.

Sin embargo, según cifras de la OMS (2019) miles de personas mueren al año debido a las atenciones poco seguras en los hospitales y “el daño puede ser causado por una serie de eventos adversos, de los cuales casi el 50% son prevenibles” (1).

Así mismo, “cada año se producen 134 millones de eventos adversos por una atención poco segura en los hospitales de los países de ingresos bajos y medios, lo que provoca 2,6 millones de muertes” (1). Todo lo cual puede ser fácilmente prevenible si tan solo los profesionales de la salud tuvieran una buena adherencia y seguimiento de las prácticas seguras establecidas a nivel mundial, nacional y local.

En Colombia, particularmente, según el Informe Nacional de Calidad de la Atención en Salud (2015), “durante el 2013 se notificaron un total de 4485 casos de Infecciones Asociadas a los Dispositivos Médicos (IAD) en las UCI vigiladas”, igualmente, “para el periodo entre los años 2009 y 2014, la Tasa de Infección Intrahospitalaria ha fluctuado entre 1,35% y 0,83% del total de egresos” (2).

Razones por las cuales desde ese año hacia hoy, se han actualizado manuales conducentes a la realización de buenas prácticas para la seguridad de los pacientes relacionados “con la seguridad en la utilización de medicamentos, la prevención y reducción de la frecuencia de caídas, la seguridad en los procedimientos quirúrgicos, la prevención de úlceras por presión, la correcta identificación del paciente en los

procesos asistenciales y las complicaciones asociadas a la disponibilidad y manejo de sangre y componentes y a la transfusión sanguínea, entre otros” (2).

Ahora bien, particularmente en el Grupo Sami Salud S.A.S de la ciudad de Popayán, que se dedica a la prestación de servicios ambulatorios, se logró identificar como problemática que en los procesos que desarrollan los empleados de la IPS, existen interferencias al seguir los procedimientos indicados en las prácticas de seguridad establecidos por el Ministerio de salud y Protección social de Colombia.

Por ello, la presente investigación busca identificar las causas de este comportamiento con el fin de que la prestación del servicio se dé de forma integral, responsable y de acuerdo con los estándares aceptados según los procedimientos y prácticas profesionales establecidos por el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud del Sistema General de seguridad Social en Salud.

Esto, en la medida en que se considera importante realizar una investigación ordenada que permita conocer el objeto de estudio a profundidad e identificar, describir y cuantificar los sucesos e incidentes más recurrentes, los factores de riesgo que se han convertido en incidencia y que han ocasionado la escasa adherencia a los procesos seguros por parte del equipo asistencial.

Esta investigación, además, surge a propósito de los quince (15) años de la publicación del reporte *Errar es humano* (3), la encuesta AHRQ por el mejoramiento de la atención a los pacientes (4) y la guía técnica “*buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud* del Ministerio de Salud colombiano

(5) cuyo fin es trabajar por la atención oportuna y la seguridad de los pacientes; así como los *Lineamientos para la Implementación de la Política de Seguridad del Paciente en Colombia* (6) y la *Guía Técnica Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente en la Atención en Salud* (7) que son aquellos instrumentos colombianos para asegurar unas prácticas adecuadas en la prestación de los servicios de salud.

2.3. Planteamiento del Problema.

Tras 15 años desde que el Instituto de Medicina de los Estados Unidos publicó el reporte “Error es humano” debido a la alta prevalencia de eventos adversos que actualmente se reporta en la literatura mundial, la seguridad del paciente sigue siendo en la actualidad una prioridad global. Este informe escandalizó al mundo de la salud al calcular que, solo en los Estados Unidos, aproximadamente 100.000 pacientes morían cada año, no como consecuencia de sus enfermedades, sino “como producto de errores en la atención médica” (3).

En el sistema de salud colombiano se ha establecido que las entidades prestadoras de servicios en salud deben velar por la seguridad e integridad del paciente dentro de su estancia en dichas entidades. Ello, independientemente si está por periodo transitorio o prolongado de modo que se hace fundamental minimizar el riesgo de eventos adversos en el marco de la atención.

Sin embargo, se hace importante promover e integrar dentro de las instituciones prestadoras de servicios de salud la dinámica de desarrollar su quehacer conforme los lineamientos de la política de seguridad del paciente y con ello adherencia a las

prácticas seguras que velen no solo por la integridad del paciente, sino del profesional de la salud.

Las inadecuadas prácticas en los procesos de atención en los servicios de salud conllevan diferentes factores que influyen de manera directa como: desconocimiento en los procesos de la institución, inseguridad en los profesionales y falta de herramientas.

Particularmente en el Grupo Sami Salud SAS de la Ciudad de Popayán, se observa que dentro de su funcionamiento no se hace un debido proceso al ingreso de los pacientes, presentando inconsistencia en el diagnóstico oportuno y registro de datos de pacientes, con lo cual se generan muchas inconsistencias al incumplir o pasar por alto el proceso. Además, se observa que no hay una cultura del reporte, ya que desde el año 2014 aproximadamente solo se han reportado formalmente alrededor de cuatro (4) eventos adversos.

Todo ello, permite inferir una posible interferencia en la adherencia a las prácticas establecidas según el el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia a partir de la Resolución 2003 de 2014, los *Lineamientos para la Implementación de la Política de Seguridad del Paciente en Colombia* (6) y la *Guía Técnica Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente en la Atención en Salud* (7) por parte de los profesionales de la salud en el Grupo Sami Salud SAS. Por ello, se hace necesario una investigación que corrobore la existencia de dicha interferencia en cuanto a la adherencia y los factores que la causan.

Así las cosas, y con el ánimo de investigar acerca de las prácticas en los procesos de atención en los servicios de salud del Grupo Sami Salud SAS, nace la pregunta de investigación **¿Cuáles son los aspectos que influyen en la adherencia de los profesionales que laboran en el Grupo Salud SAS, las prácticas seguras en el contexto seguridad del paciente?**

2.4 Justificación.

La investigación desarrollada en el Grupo Sami Salud SAS, de la ciudad de Popayán, tiene como finalidad evidenciar la falencia que tiene el personal profesional en las prácticas seguras. Basada en la ley 100 de 1993, en su artículo 153 en el numeral 9 (8) que indica que el sistema establecerá mecanismos de control a los servicios para garantizar a los usuarios la calidad en la atención oportuna de acuerdo con los estándares aceptados en procedimientos y prácticas profesionales, y guiadas por el decreto 1011 del 03 de abril de 2006 (9) se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud del Sistema General de seguridad Social en Salud, que define las normas, requisitos, mecanismos y procesos desarrollados en el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país. Con el fin de conocer aspectos relevantes que no han permitido al personal del Grupo Sami Salud S.A.S cumplir con el debido proceso.

La importancia de desarrollar el proyecto radica en que al identificar los factores de riesgo, eventos adversos o incidentes frecuentes o notorios, se logrará estudiar y esclarecer las posibles causas que las desencadenan y con ello, porqué los profesionales se ven expuestos a estas situaciones o falta de adherencia a las

prácticas de seguridad en el Grupo Sami Salud S.A.S, contribuyendo a partir de ello, a la implementación de estrategias que puedan prevenir este tipo de incidentes tanto a los pacientes como a los profesionales que laboran en la IPS generando alternativas o recomendaciones para mitigarlos o coadyuvar a plantear posibles intervenciones en pro de mejorar la cultura del reporte ,en pro del bienestar y la salud de los profesionales que laboran en la entidad y de los usuarios.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo General.

Determinar los aspectos que influyen en la adherencia de los profesionales del Grupo Sami Salud S.A.S. a las prácticas seguras.

3.2. Objetivos Específicos.

- Caracterizar la empresa Grupo Sami Salud S.A.S. de la ciudad de Popayán.
- Describir el comportamiento de los profesionales de la salud Grupo Sami Salud S.A.S, en lo que refiere a la adherencia a las prácticas de seguridad del paciente.
- Identificar los factores que han influido en los niveles de adherencia de los profesionales del Grupo Sami Salud S.A.S. a las prácticas de seguridad del paciente.

4. MARCO TEORICO

4.1. Antecedentes de Investigación.

4.1.1. Antecedentes internacionales.

En el mundo entero el reporte *To Err is Human* -Error es humano- (3) del Instituto de Medicina de los Estados Unidos es identificado cómo el documento que dio vida al movimiento mundial por la seguridad de los pacientes. En respuesta a este problema mundial, considerado como una verdadera epidemia, en 2004 la Organización Mundial de la Salud -OMS creó la antigua Alianza Mundial por la Seguridad de los pacientes (10), hoy Programa de Seguridad del Paciente de la OMS (11) y conminó a los países miembros a trabajar en el tema para evitar eventos adversos prevenibles. Desde entonces son gigantescos los esfuerzos que se realizan para mejorar la seguridad de la atención y numerosas las publicaciones internacionales evidenciando el problema y entregando soluciones.

Cinco años luego de publicado el reporte y de haberse iniciado las acciones tendientes a disminuir el problema, paradójicamente la percepción del consumidor de la salud en ese país parecía mostrar que, en vez de mejorar, se había declinado (12).

Este antecedente es importante porque contextualiza que se ha realizado a nivel internacional en cuanto a campañas de organizaciones mundiales de salud pioneras en lo que respecta a prevención de eventos adversos para así poder saber de dónde

surgió el tema y debido a que situación, en este caso a la problemática en Estados Unidos de los 100.000 reportes de fallecimientos anuales debido a este tipo de incidentes, para saber así la magnitud y el riesgo de salud pública que ellos implican y la importancia de desarrollar proyectos tendientes a minimizar este tipo de factores de riesgo (12).

Otro antecedente relevante a nivel internacional se presentó en el 2004 la Encuesta nacional realizada por la Agencia para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud -AHRQ, bajo el gobierno del presidente de Estados Unidos Clinton para que apoyara económicamente todo el trabajo relacionado (4).

Un nuevo reporte de la misma entidad continúa con la misma percepción y evidencia en el 2009 (13) que “uno de cada 7 pacientes hospitalizados del Medicare experimenta 1 o más Eventos Adversos y que miles de pacientes desarrollan cada año infecciones asociadas al cuidado de la salud (IACC)” (5).

Este otro antecedente internacional también es clave para entender la magnitud e importancia de la situación y el riesgo que conllevan este tipo de eventos adversos para la salud pública y los cuidados, protocolos que deben tener las IPS en la actualidad para prevenirlos.

4.1.2. Antecedentes nacionales.

El antecedente del Ministerio de Salud titulado: *Seguridad del paciente y la atención segura paquetes instruccionales guía técnica “buenas prácticas para la seguridad*

del paciente en la atención en salud del ministro de Salud Alejandro Gaviria Uribe documento elaborado por la Universidad Nacional Abierta y Distancia del año (5).

El objetivo general de la investigación fue lograr que el lector identifique de forma ágil y dinámica los componentes fundamentales de un programa institucional de seguridad del paciente y el paso a paso para la implementación práctica en su institución.

Otro antecedente relevante del año 2019 es la monografía titulada: Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la Empresa social del estado Camu del Prado, de Cereté Córdoba- 2019 (14).

El anterior antecedente es relevante por la similitud del caso a lo que se pretende investigar en cuanto a prácticas de adherencia en cuanto a seguridad en IPS.

En Medellín durante el año 2017 se llevó a cabo el estudio *Seguridad del paciente y su percepción en los profesionales de la salud*, aplicado en cuatro instituciones de primer y segundo nivel de atención, el estudio fue de tipo descriptivo evaluativo transversal con un diseño observacional. Hizo parte de un macroproyecto en el que se indagó sobre la cultura de seguridad del paciente en el personal de enfermería en convenio con la Corporación Universitaria Adventista, durante el segundo semestre de 2015 (15).

Participaron profesionales y auxiliares de enfermería que cumplían con criterios de inclusión. Los datos se obtuvieron mediante el Hospital *Survey on Patient*, se constituyeron en oportunidades de mejora para la institución II mejorar la frecuencia

en la notificación de eventos adversos que estaba en un 58,4% y mejorar la dotación del personal que en 50% dio respuestas negativas; A nivel organizacional se consideró importante mejorar la retroalimentación y comunicación sobre errores, considerado por un 66,7% del personal, y la franqueza en la comunicación, con un 55,6%, de opiniones negativas (13).

4.1.3. Antecedentes regionales.

El antecedente regional de mucha importancia por la cercanía al caso de estudio y la relación directa con el presente tema de investigación, es la tesis titulada *Adherencia al Cumplimiento de las Buenas Prácticas de seguridad del Paciente en el Hospital Local de Candelaria Valle – Colombia 2018* (16).

La pregunta problematizante y objetivo general fue *¿Cuál es el cumplimiento de los estándares de medición de prácticas seguras en las áreas de urgencias y partos en el primer trimestre del año 2018 en el hospital de primer nivel del municipio de Candelaria?*

El problema central radica en la debilidad y en la desarticulación de la gestión entre los agentes del sistema de salud, lo que ha generado problemas en la atención dificultando el logro de los resultados, así como la calidad de los servicios brindados, tanto la dispersión de las normas que han producido la falta de continuidad en los lineamientos de la política de seguridad del paciente, la limitación de los incentivos para los agentes como para los trabajadores de la salud afectan el mejoramiento

continuo, estos son problemas que hacen que los servicios de salud no tengan un enfoque realista de la calidad.

En el hospital local de Candelaria se implementó el *Programa de Seguridad de Paciente* en el año 2016 donde se demostró que a raíz de ciertos *eventos adversos* que vienen ocurriendo eran necesarios evaluarlos y generar un plan de mejora que le permitiera a la institución generar cambios en la atención de su población y disminuir los riesgos asociados a esta.

Por ende esta investigación pretendió demostrar tanto a directivos como al personal de la institución, como *la cultura de seguridad* del paciente puede generar *un impacto positivo para la institución y la comunidad* ya que *la cultura de seguridad es un lineamiento fundamental que determina la calidad de la atención, y se ha constituido progresivamente en un asunto de interés general en el área de la salud, así se lograra alcanzar el objetivo de acuerdo a su misión y visión* dejando que la institución sea una organización más competitiva no solo a nivel regional si no también nacional esto se plasmará en el cumplimiento de estándares de acreditación y dando cumplimiento a los *lineamientos de seguridad del paciente contemplados en la resolución 2003 de 2014* siendo esto parte de requisitos mínimos para el proceso de habilitación garantizando así procesos asistenciales seguros en toda la población.

Este antecedente es de vital importancia debido a que Candelaria , a pesar de ser un municipio del Valle del Cauca es un municipio de la región del Suroccidente Colombiano muy cercano al Cauca y por ello la relevancia es grande y porque menciona la palabra *adherencia* al Cumplimiento de *las Buenas Prácticas de*

seguridad del Paciente en el Hospital, muy parecido a lo que se pretende indagar en el presente estudio.

Como antecedente importante que servirá para el posterior trabajo de campo se encuentran las fichas técnicas de los indicadores definidos en el Grupo Sami Salud S.A.S los cuales monitorean el desempeño de los procesos que se desarrollan en la entidad en cumplimiento de la misión¹.

4.2. Marco Contextual.

Según la Organización Mundial de la Salud siendo la seguridad del paciente un reto mundial, en el año 2002 la Asamblea Mundial de la Salud convocó a los países a prestar mayor atención al tema, reformando sus sistemas de seguridad y control. En 2004 esta asamblea, en su versión número 57, aprobó la creación de una alianza internacional enfocada a mejorar la seguridad del paciente; dicha alianza mundial para la seguridad del paciente fue lanzada en octubre del 2004 (12,16).

En el 2008 el MINISALUD, dice que la medicina en Colombia ha alcanzado niveles importantes de desarrollo, obteniendo amplio reconocimiento por parte de nuestros ciudadanos (6). Pero los sistemas de prestación de servicio 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 relevantemente seguro a ser complejo, si no existen los

¹ Las fichas técnicas de los indicadores constan de nombre del indicador, código, justificación, dominio, definición operacional, variables.

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 atención en salud sencilla, pueden concurrir múltiples y variados procesos. Para obtener 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 (6).

En sistemas tan complejos, alguno o algunos de esos procesos pueden salir mal, por causas no siempre atribuibles a la negligencia de un individuo en particular, sino más bien explicada por la ocurrencia de errores de planeación o ejecución durante el desarrollo de los procesos de atención en salud. Impactando negativamente en el paciente y generando, en ocasiones, los llamados eventos adversos.

Por lo cual para que un sistema de Atención en Salud sea seguro es necesario la participación responsable de los diversos actores involucrados en el. 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 habido intención de dañar ni la cadena de procesos de la atención en salud que al faltar 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 necesaria.

Para el año 2020 con la llegada de la emergencia sanitaria a nivel mundial. La OMS hace de un llamamiento a los gobiernos y a los dirigentes de la atención de la salud

para que aborden las persistentes amenazas a la salud y la seguridad de los trabajadores sanitarios y los pacientes (17).

“La pandemia de COVID 19 nos ha recordado a todos el papel fundamental que desempeñan los trabajadores de la salud para aliviar el sufrimiento y salvar vidas” ha dicho el Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus. Director general de la OMS. “Ningún país, hospital o centro de salud puede mantener a salvo a sus pacientes a menos que preserve la seguridad de cada proceso“ (17).

La pandemia también ha puesto de relieve hasta qué punto la protección de los trabajadores de la salud es clave para garantizar el funcionamiento del sistema de salud y la sociedad (16).

4.3. Marco Legal.

A nivel internacional los Objetivos de la seguridad del paciente

La Organización Mundial de la salud OMS (16) define como objetivos de la seguridad del paciente los siguientes:

Tabla 1. Lineamientos para la implementación de la política de Seguridad del paciente

Lineamientos para la Implementación de la Política de Seguridad del Paciente	
1.	Promover una atención segura en la atención en salud a los pacientes a través del diseño de procesos seguros y direccionando las políticas institucionales hacia la seguridad de ellos.
2	Disminuir el riesgo en la atención en salud brindada a los pacientes a través de la implementación de las actividades y estrategias definidas para la seguridad.
3	Prevenir la ocurrencia de eventos adversos en los procesos de atención en salud mediante la identificación de riesgos, elaboración de planes de acción preventivos, el despliegue de metodologías científicamente probadas y la adopción de herramientas prácticas que mejoren las barreras de seguridad y establezcan un entorno seguro de la atención en salud.

4	Coordinar los diferentes actores del sistema (pacientes, profesionales, aseguradoras) hacia mejoras en la calidad de la atención, que se evidencien en la obtención de resultados tangibles y medibles a través de indicadores de seguimiento para la toma de decisiones y la mejora.
5	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.
6	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

Fuente: Elaboración Propia a partir de información de la Organización Mundial de la salud OMS (16).

El sistema de salud colombiano posee un extenso documental normativo del cual se tendrán en cuenta las normas más importantes relacionadas con la seguridad del paciente una de ellas es la Ley 100 de diciembre 23 de 1993 (18).

Por medio de la cual se creó el sistema de seguridad social integral y se determinaron otras disposiciones. Esta norma expresa que el Sistema de Seguridad Social Integral tiene por objeto garantizar, los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que la afecten.

La ya mencionada ley en su Art 173 afirma que dentro de este se destacan dos funciones enfocadas a la garantía de la seguridad del paciente en el proceso de atención en una institución de salud que pretende formular y adoptar, en coordinación con el antes Ministerio del Trabajo y Seguridad Social, las políticas, estrategias, programas, y proyectos para el SGSSS, de acuerdo con los con los planes y programas de desarrollo económico, social y ambiental que apruebe el Congreso de la Republica. Expedir y dictar las normas científicas que regulan la calidad de los servicios y el control de los factores de riesgo, que son de obligatorio

cumplimiento por todas las entidades Promotoras de Salud y por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud conocidas como IPS del Sistema General de Seguridad Social en Salud, también en su Art 185 indica que las IPS deben tener como principios básicos la calidad, la eficiencia y tendrán autonomía administrativa, técnica y financiera (17).

También en el Art 186 afirma que el gobierno Nacional propiciará la conformación de un Sistema de Acreditación de las IPS para brindar información a los usuarios sobre calidad y promover su mejoramiento (18).

Al final en el Art 227 constata que es facultad del Gobierno Nacional expedir las normas relativas a la organización de un sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención de salud, conteniendo la auditoria médica de obligatorio desarrollo en las Entidades Promotoras de Salud, con el objetivo de garantizar la adecuada calidad en la prestación de los servicios.

Por su parte, la Resolución 3997 de 1996 (19) que establece las actividades y procedimientos para el desarrollo de las acciones de promoción y prevención en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. También establece en su artículo 9 que Las EPS, Entidades Adaptadas y ARS podrán desarrollar "Programas permanentes para la atención preventiva de enfermedades y riesgos específicos" (18), donde periódica y permanentemente bajo la indicación de los profesionales de la salud, se brinde orientación e información a los afiliados, grupos familiares, grupos sociales como profesores y alumnos, empleadores y trabajadores, ancianos, entre otros, para enseñar a: reconocer una enfermedad o un riesgo, identificar síntomas y

signos de alerta, manejar en manera domiciliaria la enfermedad cuando corresponda, reconocer la oportunidad e indicación para solicitar atención por consulta externa o urgencias, identificar la importancia del uso racional de medicamentos formulados por profesionales responsables, desarrollar el autocuidado que permita evitar la ocurrencia de la enfermedad o su evolución a estados más avanzados, identificar el manejo pre hospitalario de la enfermedad: servicios de ambulancia y paramédicos de emergencia, servicios quirúrgicos o clínicos ambulatorios, servicios de apoyo al diagnóstico, racionalizar y optimizar el uso de los servicios que prestan las IPS, EPS, entidades adaptadas y ARS, utilizar los servicios de rehabilitación y readaptación funcional, psicológica, social y laboral, con la participación de quienes ya han superado o controlado la enfermedad.

El Acuerdo 117 de 1998 de diciembre 29 (20), se refiere a que las EPS, Entidades Adaptadas y Transformadas y las Administradoras del Régimen Subsidiado, en el desarrollo de las actividades de prevención y control de la morbi-mortalidad evitable será posible alcanzar las metas propuestas para conseguir un cambio positivo en la salud de la población.

También, se instituyó el obligatorio cumplimiento de la actividad, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y la atención de enfermedades de interés en salud pública.

Dentro de este mismo acuerdo se establece en el Capítulo 1. Donde obliga a las EPS a la ejecución de las actividades de P y P. Ley 1122 de 2007 (21), esta plantea ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, en la dirección,

universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización y mejoramiento en la prestación de servicios de salud, además del fortalecimiento en los programas de salud pública y en las funciones de inspección, vigilancia y control y la organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud para alcanzar el mejoramiento en la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Ley 1438 de 2011 (22). Esta ley está basada en el planteamiento del fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud —SGSSS-, por medio de un modelo de prestación del servicio público en salud, en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud de manera que la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad promuevan la creación de un ambiente sano y saludable en pro del mejoramiento de la salud, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean las personas residentes en el país.

Herramienta para promover la estrategia de la seguridad del paciente. Al respecto, las instituciones de salud disponen y deben usar todas las herramientas necesarias para promover y ejecutar la estrategia de la Seguridad del Paciente en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, a las cuales puede acceder el profesional de la salud involucrado en los temas de seguridad del paciente y presenta ejemplos tangibles de mejoramiento que evidencian el trabajo en seguridad del paciente (22).

Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente en junio de 2008 (6). Estos lineamientos procuran la prevención de la ocurrencia de

situaciones que afecten la seguridad del paciente, para así eliminar la ocurrencia de eventos adversos, contando con instituciones seguras y competitivas internacionalmente.

La política describe una orientación hacia la prestación de servicios de salud estable, requiriendo que la información sobre seguridad del paciente este integrada para su difusión, despliegue y generación de conocimientos con el fin de estimular a los diferentes actores al desarrollo de los hechos definidos en las líneas de acción y el logro del objetivo propuesto (6).

Otro antecedente clave es la Guía Técnica “Buenas prácticas para la Seguridad del Paciente en la Atención en Salud 4 de marzo de 2010” (7) Esta normatividad otorga a las entidades recomendaciones técnicas, para asegurar la operatividad e implementación de los lineamientos en los procesos asistenciales ya que recopila una serie de métodos que incrementan la seguridad de los pacientes, protegiendo la vida y la salud de los ciudadanos.

Otra parte importante del marco legal del estudio se sintetiza en la siguiente Tabla 2 para el que se indago la investigación de la adherencia al cumplimiento de las buenas prácticas de seguridad del paciente en el hospital local de Candelaria Valle – Colombia 2018 (16).

Por lo que es necesario resaltar aquellas normas que rigen la seguridad del paciente en Colombia y la IPS Grupo Sami Salud S.A.S no es ajeno a todos los lineamientos

establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social pese a que la adopción de prácticas seguras es un hecho relativamente reciente.

Tabla 2.
Normas que rigen la seguridad del paciente en Colombia

NORMA	AÑO	OBJETIVO DE LA NORMA
CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA	1991	Es la carta magna 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
LEY 100 SE CREA SGSSS	1993	Por el cual se establece el sistema general de seguridad social en salud.
RESOLUCION 4445 CONDICIONES SANITARIAS QUE DEBEN CUMPLIR LAS IPS	1996	Por la cual se dictan normas del cumplimiento de la ley 09 de 1979 referente en condiciones sanitarias que deben cumplir las IPS se deben cumplir por los establecimientos hospitalarios y similares.
DECRETO 1043 MANUAL UNICO DE PROCEDIMIENTO DE HABILITACIÓN	2006	Establece las condiciones que deben cumplir los prestadores de servicios de salud para habilitar servicios e implementar el componente de auditoria para el mejoramiento de la calidad.
DECRETO 1011 SISTEMA OBLIGATORIA DE LA GARANTIA DE LA 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, riesgo y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios.
LEY 1112 AJUSTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD	2007	Prioridad al mejoramiento en la prestación de servicios, programas de salud pública, funciones de vigilancia y control, funcionamiento de redes para la prestación de servicios.
RESOLUCION 1474 MANUALES ESTANDARES DEL SISTEMA UNICO DE ACREDITACIÓN	2009	Adopta el manual de estándares de acreditación de instituciones prestadores de servicios de salud para la acreditación
GUIA TECNICA DE BUENAS PRACTICAS EN SEGURIDAD DEL PACIENTE	2010	Brinda a las instituciones recomendaciones técnicas para la operativización e implementación de buenas prácticas en sus procesos asistenciales
RESOLUCION 2003 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL	2014	Se define los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios salud y de habilitación de servicios, estándar procesos prioritarios, todos los servicios

**RESOLUCION
INDICADORES
CALIDAD**

**0256
DE**

2016

Sistema de información para la calidad en salud. Por la cual se dictan disposiciones en la relación con el sistema de información para la calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de calidad en salud.

Fuente: Elaboración a partir del documento investigación de la adherencia al Cumplimiento de las Buenas Prácticas de seguridad del Paciente en el Hospital Local de Candelaria Valle – Colombia 2018 (16)

4.4. Marco Conceptual.

Seguridad del paciente: Se define como el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias. Implica la evaluación permanente de los riesgos asociados a la atención en salud para diseñar e implantar las barreras de seguridad necesarias (6).

Incidente: Un incidente es aquello que acontece en el curso de un asunto y que cambia su devenir.

Atención en salud: Servicios recibidos por los individuos o las poblaciones para promover, mantener, monitorizar o restaurar la salud (6).

Indicio de atención insegura: Un acontecimiento o una circunstancia que pueden alertar acerca del incremento del riesgo de ocurrencia de un incidente o evento adverso (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 intencionales (6).

Fallas activas o acciones inseguras: Son acciones u omisiones que tiene el potencial de generar daño o evento adverso. Es una conducta que ocurre durante el proceso de atención en salud por miembros del equipo misional de salud (enfermeras, médicos, regente de farmacia, fisioterapeuta, bacteriólogos, auxiliares de laboratorio, auxiliar de enfermería, odontólogos etc.) (23)

Fallas latentes: Son acciones u omisiones que se dan durante el proceso de atención en salud por miembros de los procesos de apoyo (Personal administrativo) (23).

Evento adverso: Existen diferentes conceptos relacionados con los eventos adversos, errores o incidentes. El “Evento Adverso” se define como la “lesión, daño, incapacidad, prolongación de la estancia hospitalaria o muerte relacionada con el proceso asistencial. Pueden ser inevitables o evitables” (12). El evento adverso obedece a cualquier acción u omisión en la gestión o ejecución de un procedimiento inmerso en la atención del paciente, es decir que por lo general lo antecede un incidente (14).

Es el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño. Los eventos adversos entonces pueden ser prevenibles y no prevenibles:

Evento adverso prevenible: Resultado no deseado, no intencional, que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado (23).

Evento adverso no prevenible: Resultado no deseado, no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial (23).

Factores contributivos: Son las condiciones que predisponen una acción insegura (falla activa) (14,23).

4.5. Marco Referencial.

En 2008 el Ministerio de Salud de Colombia, con el objetivo de prevenir la ocurrencia de situaciones que afectarán la seguridad del paciente, y de ser posible eliminar la ocurrencia de eventos adversos, impulsó una Política de Seguridad del paciente y una Guía técnica de buenas prácticas en seguridad (6).

A las cuales les desarrolló unos paquetes instruccionales para que las instituciones prestadoras del servicio de salud tuvieran directrices técnicas para su implementación práctica e incluyen conceptos básicos que están contenidos en el Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad de la Atención en Salud internamente en los paquetes institucionales “Buenas prácticas para la atención del paciente en salud” (5), allí define seguridad del paciente 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

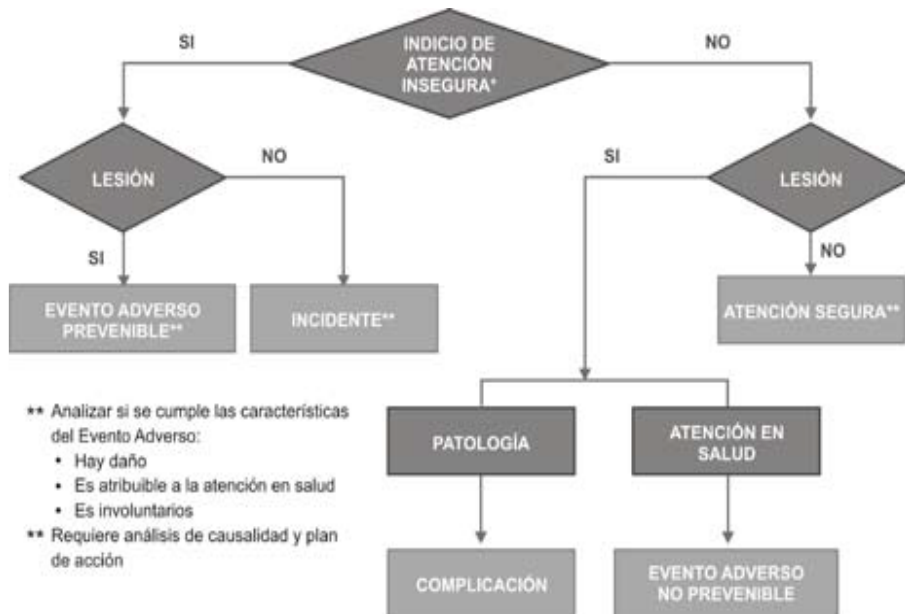
consecuencias (6), de manera tal indica que la creación de la cultura de seguridad en la organización es necesario para el cumplimiento de la política y esta es definida como el patrón integrado de comportamiento individual y de la organización, basado en creencias y valores compartidos, que busca continuamente reducir al mínimo el daño que podría sufrir el paciente como consecuencia de los procesos de prestación de atención.

La Seguridad del Paciente conlleva la evaluación permanente de los riesgos asociados a la atención en salud por eso es inseparable e importante la necesidad de que la IPS gradualmente tenga en cuenta de manera constante las barreras de seguridad necesarias que se encuentran descritas en las 22 Guías de Buenas Prácticas para la seguridad del paciente, que se hacen ineficientes al ser instrumentos tan complejos, es por este motivo que se hace necesario el empleo de listas de chequeos para su aplicación sistemática (16).

En la siguiente grafica 1 se incluyen las definiciones relacionadas con los diferentes conceptos sugeridos y empleados en la política de seguridad del paciente del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la atención en salud. Integra la terminología internacional con los requerimientos de las especificidades terminológicas identificados en el país (6).

Figura 1.

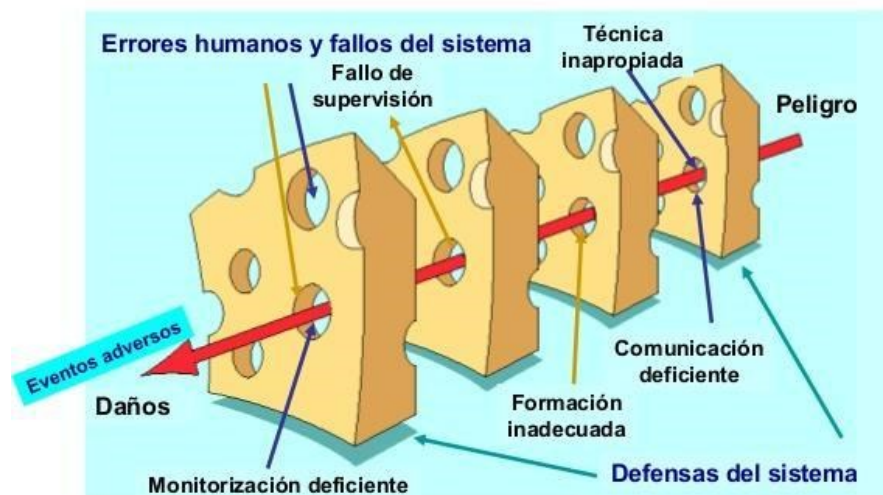
Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente



Fuente: Ministerio de Salud (6)

El modelo explicativo de la ocurrencia y la causalidad del evento adverso la opinión pública, ante la ocurrencia de un evento adverso, tiende a señalar al profesional y a pedir su sanción. No obstante, la evidencia científica ha demostrado que cuando un evento adverso ocurre, es la consecuencia final, derivada de una secuencia de procesos defectuosos que han favorecido la aparición del evento adverso o no lo han prevenido. 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. El siguiente gráfico ilustra este modelo.

**Figura 2.
Modelo Explicativo**



Fuente: James Reason. Human error: Models and management (24).

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. Los estudios que cuantifican y evidencian la incidencia y prevalencia de los eventos adversos. La ocurrencia de eventos adversos ha sido documentada en todos los sistemas de prestación de salud del mundo. Existe suficiente evidencia a nivel internacional para hablar de una pandemia universal, algunos países lo consideran incluso un problema de salud pública.

Considerando esta realidad del cuidado, se hace necesario trabajar de forma proactiva y predictiva en la prevención y detección de fallas que ocurren a diario,

para lograr procesos de atención seguros y por ende de calidad. Una estrategia fundamental para avanzar en esta dirección consiste en propiciar al interior de las IPS el fomento de un clima organizacional educativo, más que en encontrar culpables para imponer un castigo (16).

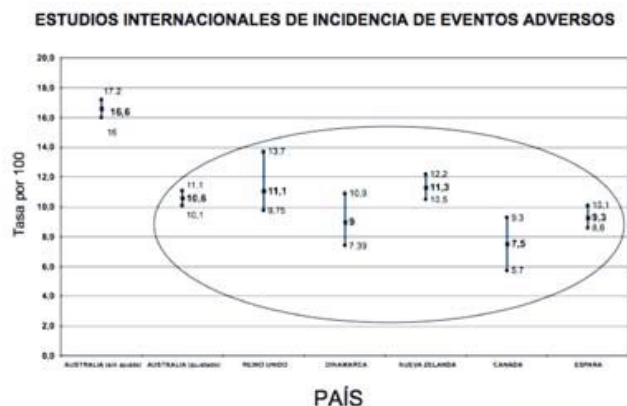
Este ambiente organizacional, denominado cultura de seguridad, es el producto de valores, actitudes, percepciones, competencias y patrones de comportamiento individuales y grupales que determinan el compromiso, el estilo y el desempeño de una institución (25). Se debe caracterizar por una comunicación interpersonal adecuada basada en la confianza mutua, en la percepción en común de la importancia de la seguridad, en la confianza de la eficacia de las medidas preventivas, en el enfoque pedagógico del error como base, que lleve al aprendizaje organizacional y se origine de la conciencia del error cometido, y, que lleve a la existencia de un plan de capacitación y recursos (25).

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 desarrollada 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 (12).

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 (12).

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) como nos lo muestra el siguiente gráfico:

Figura 3.
Estudios Internacionales de incidencia de eventos adversos



Fuente: Ministerio de Salud: Lineamientos para la Implementación de la Política de Seguridad del Paciente (6)

En cuanto a los estudios de prevalencia, (evaluación de los casos ocurridos durante y antes 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% (6).

Los países latinoamericanos han optado por la metodología de evaluación de prevalencia, ya que es la que se ha encontrado como más factible en las condiciones

específicas de nuestras instituciones. No obstante en el caso de la prevalencia aún hay un camino por recorrer para encontrar los valores de referencia adecuados a nuestras condiciones, proceso que se está avanzando a través de los desarrollos del proyecto iberoamericano IBEAS (6).

Las acciones requeridas se derivan de la tipificación de acuerdo con la frecuencia y severidad de los riesgos identificados:

Infección nosocomial

Eventos adversos ocurridos durante la intervención quirúrgica o procedimientos diagnósticos invasivos

Eventos adversos asociados al uso de medicamentos, sangre y hemoderivados terapéuticos.

Eventos adversos asociados al cuidado de la salud.

Igualmente deben considerarse con particular atención los procesos orientados a crear barreras de seguridad y procedimientos seguros en la atención de binomio madre-hijo (6).

De igual forma, los diferentes estudios han generado clasificaciones de severidad, ya que los eventos adversos pueden producir desde un daño leve en el paciente hasta incapacidad, invalidez en grados variables o incluso muerte. Sin embargo, de acuerdo con la experiencia mundial la mayoría de los eventos se encuentran en la categoría leve o moderada.

Es necesario describir que se entiende por practica segura y cuáles son las clases de prácticas seguras que hay. Por buenas prácticas de seguridad del paciente se entienden: --“Detectar, prevenir y reducir infecciones asociadas con la atención en salud. Mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos. Procesos para la prevención y reducción de la frecuencia de caídas. Mejorar la seguridad en los procedimientos quirúrgicos” (7)

A continuación, se describirán en la siguiente grafica 4 las 10 buenas prácticas para la seguridad del paciente (13) así:

**Figura 4.
Buenas prácticas de seguridad del paciente**



Fuente: Secretaría de Salud Departamental del Huila. Procesos Prioritarios Seguridad del Paciente (26).

Después de explicadas las 10 practicas idóneas de seguridad del paciente se pasará se explicar en el modelo explicativo de la ocurrencia y la causalidad del evento adverso.

De acuerdo con el documento del Ministerio de Salud Resolución 0112 de los lineamientos para la implementación de la política de seguridad 2008 (14) del paciente, la opinión pública, ante la ocurrencia de un evento adverso, en la mayoría de los casos a señalar al profesional y a pedir su sanción. No obstante, la evidencia científica ha demostrado que cuando un evento adverso ocurre, es la consecuencia final, originaria de una sucesión de: procesos defectuosos que han favorecido la aparición del evento adverso o no lo han prevenido.

El Sistema de reporte de eventos adversos y aprendizaje colectivo, debe contemplar mecanismos para la identificación de eventos adversos, insumo necesario para la gestión de la seguridad del paciente en la institución. La institución debe tener claridad sobre lo que debe y no debe esperar de cada una de las metodologías.

El reporte institucional de incidentes y eventos adversos es una herramienta fundamental para el aprendizaje institucional y la prevención futura de nuevos eventos. Saber qué pasó, permitirá conocer las fallas institucionales y los errores humanos ocurridos para establecer acciones de mejora. No obstante, claro beneficio, bastantes publicaciones muestran que aproximadamente solo se reporta el 6% de los eventos adversos que en realidad suceden” (27).

En cuanto al Reporte los resultados de un sistema de reporte de eventos adversos son muy útiles para la identificación de las causas que han favorecido la ocurrencia de estos y que por lo tanto originan atenciones inseguras. El reporte no es la metodología a través de la cual se puede inferir, cual es la frecuencia o el perfil de los eventos adversos en una institución. Un sistema institucional de reporte de eventos adversos implica la definición de Proceso para el reporte de eventos adversos (7):

- Qué se reporta
- A quien se le reporta
- Cómo se reporta
- A través de qué medios
- Cuando se reporta
- Como se asegura la confidencialidad del reporte - Si se trata de solo auto reporte o puede existir el reporte por otros
- El proceso de análisis del reporte y retroalimentación a quien reportó
- Cómo se estimula el reporte en la institución

En cuanto al análisis y gestión para que el reporte sea útil es necesario que se desarrolle un análisis de las causas que favorecieron la ocurrencia del evento adverso (EA), el “Protocolo de Londres” es la metodología utilizada ampliamente en

Colombia y recomendada para el análisis de los EA. Se debe precisar cuál será el manejo dado a la lección aprendida, como se establecerán barreras de seguridad, cuales procesos inseguros deberán ser rediseñados, y el apoyo institucional a las acciones de mejoramiento (7).

En conclusión, las metodologías para indagar los eventos adversos son el Protocolo de Londres, el análisis de ruta causal o análisis de causa raíz, el modo de falla y efectos u otros (AMFE) (16,7,6).

5. METODOLOGÍA

5.1 Enfoque y Diseño.

La presente investigación abordó una metodología con enfoque cuantitativo, que se centró en la recolección y análisis de información, con la intención de determinar la adherencia que tienen los profesionales de la salud de la empresa Grupo Sami Salud S.A.S. de Popayán, a las prácticas seguras según lo determinado por la Resolución 2003 de 2014.

El enfoque metodológico se define como la perspectiva analítica con que se sistematizan y se analizan los datos recolectados (28). En el presente caso, dicha perspectiva está determinada por la medición de variables contempladas en Lista de Chequeo de Buenas Prácticas Seguras Obligatorias de la IPS Grupo Sami Salud S.A.S. Las cuales se cuantifican en una hoja de cálculo para su posterior interpretación.

En lo que refiere al tipo de estudio, la presente es una propuesta de tipo descriptiva, puesto que, como lo afirman los metodólogos Roberto Hernández Sampieri, Carlos Fernández y Pilar Baptista (28), los estudios descriptivos “buscan especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis” (28). En ese sentido, la presente es una investigación que se propuso describir el comportamiento del personal Profesional de la Salud de la IPS Grupo Sami Salud

S.A.S, con respecto al desarrollo de las buenas prácticas, teniendo como referente lo expuesto en el marco jurídico colombiano sobre la seguridad del paciente.

5.2 Población y Muestra.

De acuerdo con los citados metodólogos Hernández, Fernández y Baptista (28), la población en estudios cuantitativos refiere a lo que se denomina “universo poblacional”; a saber, el conjunto total de personas o comunidades a quienes van dirigidos los resultados de la investigación (28), en otras palabras; la población constituye el conglomerado de personas que conforman el grupo profesional sobre el cual se recoge la información (29).

Para el presente estudio, la población correspondió a todo el personal asistencial que labora en la IPS Grupo Sami Salud S.A.S. Es decir, todo aquel colaborador que se encuentra en facultad y capacidad para establecer contacto directo con los pacientes en la prestación de los servicios de salud.

En ese sentido, de acuerdo con la base de datos del Grupo Sami Salud S.A.S. la población de la presente investigación equivale a 24 colaboradores Profesionales de la Salud que laboran en las distintas áreas del servicio de salud.

Por otro lado, para el presente estudio no se aplicó un proceso de muestreo, pues el estudio se hizo sobre el total de la población. Por tal razón, el instrumento de recolección de información (Lista de Chequeo de Buenas Prácticas Seguras Obligatorias - Adaptada) se aplicó a los 24 profesionales que laboran en la IPS.

5.3 Plan de Recolección de Información.

Para implementar el proceso de recolección de información, en primer lugar, se procedió a establecer contacto con la Gerente de la IPS Grupo Sami Salud S.A.S, quien aprobó y facilitó el desarrollo de la investigación, poniendo a nuestra disposición, tanto las instalaciones de la IPS, como la colaboración del personal que ahí labora y la base de datos para contactar a cada colaborador de la institución.

En segundo lugar, se puso en conocimiento al personal profesional de la salud que labora en dichas instalaciones, acerca de la intención del estudio, y la autorización de la Gerencia para su realización; la comunicación se llevó a cabo a través de llamada telefónica, contacto personal en algunos casos y correo electrónico en otros.

En tercer lugar, se elaboró y se envió al personal objeto de estudio el consentimiento informado (ver anexo 1) en donde se explican los alcances descriptivos de la investigación, los fines científicos para el uso de la información proporcionada y la protección de datos personales.

En cuarto lugar, se procedió a elaborar archivo virtual con las preguntas de la Lista de Chequeo de Buenas Prácticas Seguras Obligatorias - Adaptado y se creó el link de acceso. En quinto lugar, se hizo prueba piloto en donde se determinó el tiempo promedio de respuesta por informante equivalente a 15 minutos aproximados. Finalmente, se envió link de acceso al instrumento a cada profesional de la base de datos del Grupo Sami Salud S.A.S. para que éste fuese diligenciado desde la comodidad de su hogar.

Cabe mencionar que, debido a las restricciones establecidas por motivo de la pandemia de COVID-19, el formulario no se pudo aplicar de manera presencial, por lo que fue necesario acudir a los medios virtuales para llevar a cabo la recolección de información.

5.4 Instrumentos.

Como instrumento de recolección de información se aplicó el instrumento *Lista de Chequeo de Buenas Prácticas Seguras Obligatorias – Adaptada* (ver anexo 2) diseñado, en principio, por Grupo Sami Salud S.A.S. según las disposiciones que sobre esa materia ha establecido el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia; puntualmente, sobre la *Resolución 2003 de 2014 (30)*, los *Lineamientos para la Implementación de la Política de Seguridad del Paciente en Colombia (6)* y la *Guía Técnica Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente en la Atención en Salud (5,7)*.

Cabe aclarar que el instrumento a utilizar fue diseñado en principio por Grupo Sami Salud S.A.S, sin embargo, éste fue adaptado de acuerdo con las necesidades de la investigación las cuales contemplaron, además de medir la adherencia de los profesionales de la salud a las prácticas seguras estipuladas en protocolos y estándares de la empresa, conocer cuales factores inciden en los profesionales para desarrollar algunos grados de adherencia.

5.5 Plan de Análisis de Información.

Toda vez se aplicó el instrumento de recolección de información, se procedió a realizar tabulación de la información en Excel. Se elaboró una base de datos (ver anexo 3) en la cual se registró la información recolectada que con la Lista de Verificación del Ministerio de Salud y Protección Social.

Se realizó un análisis exploratorio y univariado de los datos a través del cual, aplicando la inferencia estadística, se describió el comportamiento de las variables medidas en el estudio. De esta manera, los cuadros y gráficas arrojadas por la tabulación permitieron evidenciar hallazgos acerca del comportamiento de los profesionales de la salud con relación a la adherencia a prácticas consideradas seguras para los pacientes.

El proceso se realizó en 3 pasos de acuerdo con los objetivos de la investigación

En primer lugar, se procedió a solucionar el objetivo específico 1 que pretendía caracterizar la empresa Grupo Sami Salud S.A.S. de la ciudad de Popayán. Para ello se aplicó una técnica de revisión documental orientada a extraer información de documentos oficiales de la entidad para describir su contexto, integrantes, ubicación, historia etc.,

En segundo lugar, se procedió a solucionar el segundo objetivo específico que se propuso describir el comportamiento de los profesionales de la salud del Grupo Sami Salud S.A.S, en lo referente a la adhesión a las prácticas seguras obligatorias. Para ello se procedió a describir los resultados de la aplicación de la lista de chequeo, los

cuales muestran las prácticas seguras ajustadas según la normatividad vigente y el grado de adherencia que demuestran los profesionales encuestados.

En tercer lugar, para dar solución al tercer objetivo específico orientado a identificar los factores que han influido en los mencionados niveles de adherencia de los profesionales de la salud encuestados, se procedió a describir los resultados del instrumento lista de chequeo puntualmente aquellos que indagaron por aquellos inconvenientes o contingencias que inciden en la adherencia a las prácticas seguras.

5.6 Componente Ético.

Las consideraciones éticas tenidas en cuenta durante el desarrollo de este proyecto estuvieron acordes con la Resolución 8430 del Ministerio de Salud de Colombia, por lo cual se garantiza la confidencialidad de la información. En el instrumento utilizado y la base de datos no se solicitó información de permitiera la identificación de los participantes. Se contó además con el aval del comité institucional de revisión ética de la UCM.

De acuerdo con la resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud, esta investigación se clasifica con riesgo menor, debido a que la fuente de información son registros anonimidades de la base de datos. Todos los colaboradores llenaron el consentimiento informado y los instrumentos, que fueron diligenciados completamente y de forma anónima.

Se tuvo en cuenta, además, para la aplicación de la encuesta que cada funcionario que labora en el Grupo Sami Salud S.A.S, es una persona diferente, la cual se desenvuelve en un terreno propio y cuyas necesidades no son semejantes.

Clasificación:

ARTICULO 11: Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.

ARTICULO 14: Se entiende por Consentimiento Informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o en su caso, su representante legal, autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos, beneficios y riesgos a que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

5.7 Consentimiento Informado.

El documento de consentimiento informado es un escrito informativo en el que se invita a los sujetos a participar de una investigación académica, aceptando el tratamiento científico y la posterior publicación de resultados a partir de la información suministrada (28,29).

La presente investigación diseñó un documento de consentimiento informado (ver anexo 1) que comunicó a los participantes, tanto los objetivos del estudio como los demás procedimientos metodológicos empleados para el tratamiento de la información por ellos suministrada. Al firmarlo, los participantes aceptaron de manera voluntaria, consiente y libre participar en la recolección de información, y se les garantizó la total protección de los datos personales y demás información sensible cuya divulgación pudiera comprometer la privacidad de los informantes.

5.8 Operacionalización de Variables.

En una investigación cuantitativa, el término *variable* hace referencia a una determinada característica o propiedad de un objeto o fenómeno según sea el caso de la medición. Se define puntualmente como “una propiedad que puede fluctuar y cuya variación es susceptible de medirse u observarse” (28). En ese sentido, las variables son factores que constituyen tanto la causa como el efecto en un proceso o fenómeno investigado.

Para el presente caso, las variables vinieron predeterminadas por el instrumento de medición, es decir, la *Lista de Chequeo de Buenas Prácticas Seguras Obligatorias – Adaptado* (ver anexo 2).

Ahora bien, la operacionalización de variables es un proceso necesario en toda investigación cuantitativa, pues permite transformar los conceptos abstractos en términos concretos observables y medibles (31). El siguiente es el proceso que analizó el problema de investigación en sus respectivas variables.

5.8.1. Definición Conceptual de la Variable.

Conciste en una abstracción de un concepto abstracto determinado, que intenta definir en palabras comprensibles la variable, se entiende como el significado que el o los investigadores le atribuyen a la variable (31).

5.8.2. Definición Operacional de la Variable.

Es una serie de indicadores o procedimientos que hacen la medición de una variable.

“En esta se intenta obtener la mayor información posible de la variable seleccionada, a modo de captar su sentido y adecuación al contexto” (31).

5.8.3. Naturaleza de la Variable.

Según su naturaleza, las variables pueden ser cuantitativas o cualitativas; las primeras, también denominadas *alfa-numéricas*, son aquellas que se expresan en grados, magnitudes o medidas que, a su vez, se expresan en números (31) . Ejemplos de variables cuantitativas son el peso, la altura, la edad, entre otras.

Por su parte, las variables cualitativas o *categorías* son aquellas que se expresan en características, es decir que su elemento de variación tiene carácter cualitativo no numérico. Ejemplo de éstas variables son el género (masculino – femenino), la profesión (médico, enfermero, auxiliar etc.,) entre otras (31).

5.8.4. Dimensión de la Variable.

Es el rasgo a medir de una variable. Es un elemento que deriva de una variable compleja, permite formular indicadores de medición (28).

5.8.5. Escala de Medición.

Las escalas o niveles de medición, constituyen la posibilidad de cuantificación o cualificación de una variable (32). Estas se identifican según el nivel que permite ser medido el fenómeno estudiado.

Las escalas de medición son: i) Escala nominal: los números constituyen solo etiquetas de clasificación; ii) Escala ordinal: establece una secuencia lógica que permite ordenar el atributo de la variable; iii) Escala de intervalo: no solo permite ordenar los atributos, sino que permite conocer las distancias que separan a uno de otro; iv) Escala de razón: Existe el cero "0" absoluto en su medición, lo cual indica ausencia de atributo.

Tabla 3.
Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIÓN	NATURALEZA	ESCALA	CLASE
Edad	Etapa transcurrida desde el nacimiento hasta la fecha	Edad exacta en años	Cuantitativa	Genero	Genero
Genero	Caracteres sexuales que identifican a un Individuo.	1. Femenino 2. Masculino	Cualitativa	Nominal	Dicotómica
Nivel de educación	Avance educativo que tenga una persona.	1. Técnico 2. Universitaria 3. Postgrado	Cualitativa	Ordinal	
Tiempo de experiencia laboral	Tiempo que lleva trabajando en el desde que se graduó.	1. 1 año o menos 2. 1 hasta 5 años 3. 6 hasta 10 años 4. Más de 10 años	Cuantitativa	De razón	Discreta
Tiempo de servicio en la empresa	Tiempo que lleva trabajando en la IPS objeto de estudio.	1. Menos de 1 año 2. De 1 año a 3 años 3. De 4 a 6 años	Cuantitativa	De razón	Discreta
Cargo que desempeña.	Es la tarea que lleva a cabo en la institución por la cual es remunerado.	1. Auxiliar administrativa 2. jefe de calidad 3. Médico general 4. Nutricionista 5. Auxiliar de enfermería 6. Fisioterapeuta 7. Fonoaudiólogo 8. Otro, especifique	Cualitativa	Nominal	Politómica
Tipo de contratación.	Es el documento que establece el vínculo laboral, determinándose además de los derechos y deberes del trabajador.	1. contrato Termino fijo 2. contrato Termino indefinido 3. contrato integral 4. OPSCooperativa/ sindicato	Cualitativa	Nominal	Politómica
Practica segura 1. Contar con un Programa de Seguridad del Paciente que provea una adecuada caja de herramientas para la identificación y gestión de eventos adversos.	1. ¿En Sami salud IPS cuentan con un Programa de Seguridad del Paciente? 2. ¿Los directivos de Sami salud están comprometidos con política de seguridad y que además cumpla lineamientos nacionales? 3. ¿Existe un coordinador o líder en Seguridad de Paciente? 4. ¿Conoce el comité de seguridad del paciente? 5. ¿Le han dado a conocer la evidencia y operación periódica de un Comité de Seguridad? 6. ¿Ha sido participe de una socialización de temas	1. Si 2. No	Cualitativa	Ordinal	Dicotómica

	<p>relacionados con Seguridad del Paciente?</p> <p>7. ¿Conoce cuál es la ruta para el reporte en casos de que se le presente una falla relacionada con la atención en salud?</p> <p>8. ¿Sabe cuáles son los riesgos en los procesos asistenciales?</p> <p>9. ¿La institución tiene acciones de mejoramiento o preventivas para evitar o disminuir los riesgos de los procesos asistenciales?</p> <p>10. ¿Cuentan con un seguimiento a la implementación de las acciones de mejoramiento o preventivas formuladas para mitigar los riesgos más críticos de los procesos asistenciales?</p> <p>11. ¿La institución cuenta con un procedimiento para el desarrollo o adopción de guías de práctica clínica para la atención de las patologías o condiciones que atiende con mayor frecuencia en cada servicio?</p> <p>12. ¿Conoce los protocolos que existen en la entidad?</p>				
<p>Practica segura 2. Monitorización de aspectos relacionados con la seguridad del paciente.</p>	<p>1. ¿Cree usted que la institución evalúa semestralmente la adherencia a las guías de manejo clínico asociadas a las buenas prácticas de seguridad del paciente obligatorias?</p>	<p>1. Si 2. No</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>Ordinal</p>	<p>Dicotómica</p>
<p>Practica segura 3. Para prevenir y reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención en salud.</p>	<p>1. ¿Conoce usted si la IPS cuenta con el protocolo de lavado de manos?</p> <p>2. ¿Conoce usted si se realizan rondas periódicas donde se mide la adherencia al protocolo de lavado de manos?</p>	<p>1. Si 2. No</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>Ordinal</p>	<p>Dicotómica</p>

	<p>3. ¿Su institución le provee de insumos para la higiene de manos?</p> <p>4. ¿Conoce si su institución cuenta con protocolo de venopunción?</p> <p>5. ¿Conoce si su institución cuenta con protocolo de manejo, de colocación y mantenimiento de sondas vesicales?</p> <p>6. ¿Conoce si en su institución existe un manual de bioseguridad?</p> <p>7. ¿Se realizan rondas periódicas donde se mida la adherencia al manual de bioseguridad?</p>			
<p>Practica segura 4. Para mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos.</p>	<p>1. ¿Conoce si existe un protocolo de administración de medicamentos en su institución?</p> <p>2. ¿Conoce si se realizan rondas de seguridad periódicas para la medición de adherencia al protocolo de administración segura de medicamentos?</p> <p>3. ¿Conoce si existe un protocolo para la rotulación e identificación de medicamentos cuando están siendo administrados al paciente?</p> <p>4. ¿En su institución los registros de la historia clínica evidencian que se ha identificado el riesgo de alergias a medicamentos de los usuarios?</p>	<p>1. Si</p> <p>2. No</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>Ordinal</p> <p>Dicotómica</p>
<p>Práctica segura 5. Identificación del paciente en los servicios asistenciales</p>	<p>1. ¿Cree usted que en la institución se realice la medición semestral de adherencia al protocolo de identificación correcta del usuario y documentación de acciones de mejora?</p>	<p>3.</p>		

	<p>2. ¿Contribuye usted a que el paciente pueda ser plenamente identificado con la manilla?</p> <p>3. ¿Ha identificado el buen uso de manillas de marcación de los pacientes en dentro de la institución?</p>				
<p>Practica segura 6. Procesos para la prevención y reducción de frecuencia de caídas.</p>	<p>1. ¿Conoce usted si en los últimos seis meses ha habido situaciones en la institución que involucren la caída de un paciente?</p> <p>2. ¿En caso de responder si, sabe si se ha establecido ruta para el debido reporte como incidente o evento adverso?</p> <p>3. ¿Se les brinda capacitación o socialización sobre los protocolos u acciones que adopta la IPS para disminuir o evitar las caídas en pacientes?</p> <p>4. ¿Contribuye usted desde su cargo a la clasificación de pacientes que puedan tener riesgo de caída, por su condición de salud, edad, entre otros?</p> <p>5. ¿Conoce la conducta o acción que debe asumir en caso de que un paciente presente una situación de caída durante la atención que usted le brinda?</p>	<p>4. Si</p> <p>5. No</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>Ordinal</p>	<p>Dicotómica</p>
<p>Practica segura 7. Ulceras por presión</p>	<p>1. ¿Conoce usted si la IPS cuenta con el protocolo de manejo para evitar la aparición de úlceras por presión?</p> <p>2. ¿Contribuye a la clasificación del riesgo de úlceras por presión en usuarios que tienen manejo</p>	<p>1. Si</p> <p>2. No</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>Ordinal</p>	<p>Dicotómica</p>

	interno en la institución? 3. ¿Desde su cargo realiza acciones concernientes a la minimización de riesgo de úlceras por presión, o alerta a los colaboradores a cargo sobre la necesidad de asumir conductas frente a un paciente?				
--	---	--	--	--	--

Fuente: Elaboración propia con base en instrumento Lista de Chequeo de Buenas Prácticas Seguras Obligatorias

6. RESULTADOS Y DISCUSION

6.1. Resultados.

6.1.1. Contextualización del Grupo Sami Salud S.A.S. IPS.

En primer lugar, el objetivo específico No 1 se propuso caracterizar la empresa Grupo Sami Salud S.A.S. IPS de la ciudad de Popayán, para ello se realizó una revisión documental que estuvo orientada en extraer la información para describir el panorama contextual en donde fue aplicada la investigación; así mismo, el primer módulo del instrumento de recolección de información se diseñó para caracterizar el perfil sociodemográfico de los colaboradores contratados en la entidad, información que permitió complementar dicho perfil contextual.

De Acuerdo con la Página web el Grupo Sami salud S.A.S. IPS se encuentra ubicada en la ciudad de Popayán, en la Carrera 10 #8n-79, la IPS nace en el 2015 como iniciativa de jóvenes profesionales del área de la salud con la convicción de ofrecer servicios de salud de calidad con un sentido humanístico en la atención a sus pacientes, ayudando a mejorar la calidad de vida de ellos y de sus familiares a través de sus servicios (33).

Figura 5. Grupo Sami Salud S.A.S.



Fuente: Pag web oficial del Grupo Sami SALUD S.AS

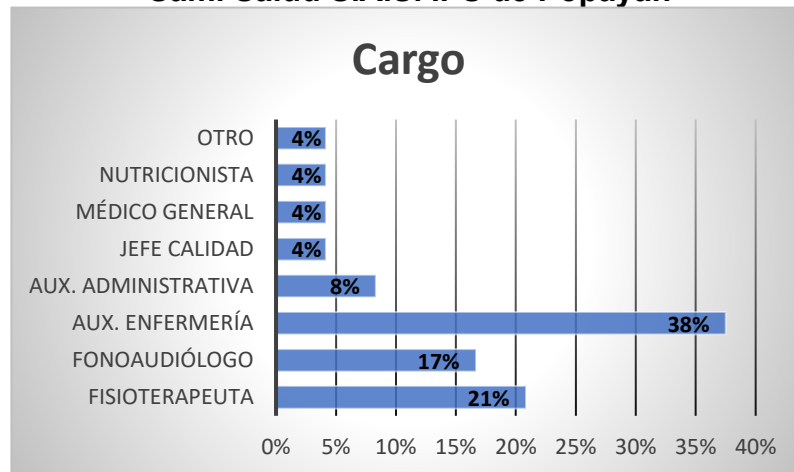
El servicio se encuentra orientado a la prestación de servicios ambulatorios de atención en salud, con un equipo de profesionales con experiencia particular en atención hospitalaria en varias instituciones. Incluyen servicios desde atenciones básicas de enfermería hasta cuidados especializados, cuentan con el conocimiento y la experticia en la administración de riesgos en salud y la aplicación de modelos que garanticen los resultados de calidad en salud, lo que permite articular los servicios con las exigencias y requerimientos de los clientes.

Básicamente los servicios ofertados son:

- Cuidados de enfermería.
- Aplicación de dosis de medicamentos.
- Consulta Médica Domiciliaria
- Consulta por Enfermería profesional

- Consulta por Nutrición
- Terapia física domiciliaria.
- Terapia respiratoria domiciliaria
- Terapia fonoaudiológica y del lenguaje domiciliaria
- Terapia ocupacional domiciliaria
- Clínica de heridas
- Procedimientos de enfermería domiciliarios (33).

Figura 6.
Caracterización de los profesionales asistenciales que laboran en Grupo Sami Salud S.A.S. IPS de Popayán



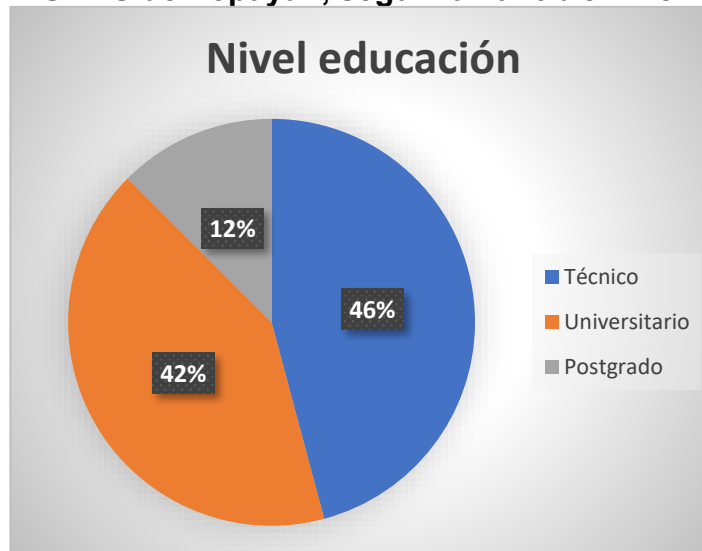
Fuente: Base de datos Grupo Sami Salud S.A.S. IPS

En la sede de Grupo Sami Salud S.A.S, trabajan un total de 9 auxiliares de enfermería equivalentes al 38% del total de trabajadores, 5 fisioterapeutas que equivalen al 21%, 4 fonoaudiólogos (17%) 3 administrativos (8%), 1 jefe de calidad

(4%), 1 nutricionista (4%) y 1 médico general (4%) como puede apreciarse en la figura 6.

La gran mayoría de colaboradores están en el rubro de auxiliar de enfermería (9 casos en total que equivalen al 38%), pues esta profesión constituye una parte fundamental en los servicios de Grupo Sami Salud S.A.S, orientados hacia los procesos clínicos asistenciales.

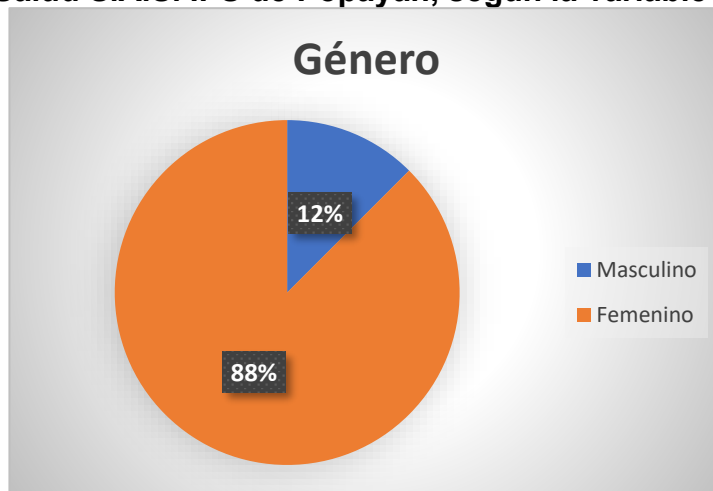
Figura 7.
Distribución del personal profesional de la salud contratado en Grupo Sami Salud S.A.S. IPS de Popayán, según la variable Nivel Educativo



Fuente: Lista de Chequeo de Buenas Prácticas Seguras Obligatorias - Adaptada, aplicada a los profesionales de la IPS

De esos 24 profesionales el 46% han recibido una formación técnica, el 42% son profesionales universitarios y el 12% tienen estudios de posgrado (ver figura 7). Este hecho evidencia la preparación profesional de los colaboradores de Grupo Sami Salud S.A.S, los cuales tienen preparación superior tanto en los niveles técnicos como profesionales e incluso con especializaciones y posgrados.

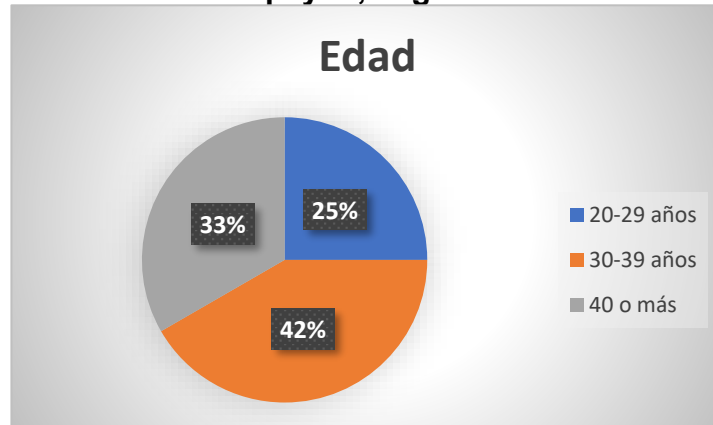
Figura 8.
Distribución de la población profesional de la salud contratada en Grupo Sami Salud S.A.S. IPS de Popayán, según la variable Género



Fuente: Fuente: Lista de Chequeo de Buenas Prácticas Seguras Obligatorias - Adaptada, aplicada a los profesionales de la IPS

Por otro lado, los resultados muestran que la mayoría de los colaboradores de Grupo Sami Salud S.A.S, son mujeres (88%), mientras que solo 3 casos son hombres, los cuales equivalen al 12% del total de contratados (ver figura 8). Ese 88% de personal femenino está jalonado por las profesiones de auxiliar de enfermería que en su totalidad son mujeres (9 casos).

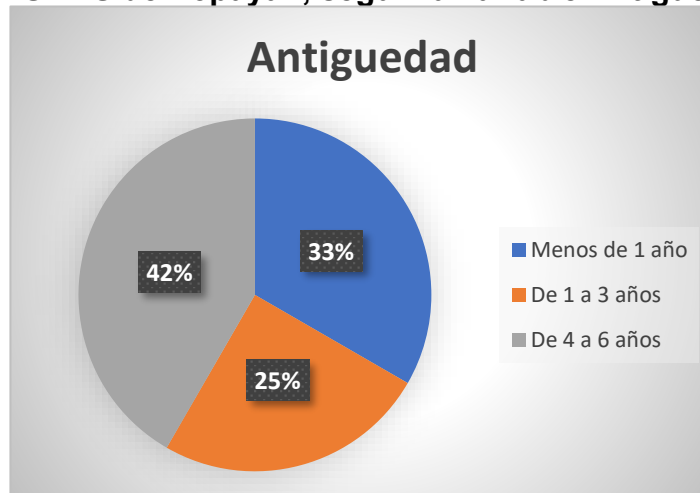
Figura 9.
Distribución de la población profesional de la salud de Grupo Sami Salud S.A.S. IPS de Popayán, según la variable edad



Fuente: Lista de Chequeo de Buenas Prácticas Seguras Obligatorias - Adaptada, aplicada a los profesionales de la IPS

Así mismo, 10 casos, es decir el 42% de los profesionales encuestados tienen edades entre los 30 y 39 años mientras que el 33% tienen más de 40 años y el 25% entre 20 y 29 años (ver figura 9). Estos valores demuestran que la planta de personal de Grupo Sami Salud S.A.S, es una planta madura en términos etarios, pues la edad mediana del personal es de 20.5 años. Todos los colaboradores manifestaron estar contratados bajo la misma modalidad; a saber, OPS Cooperativa/sindicato.

Figura 10.
Distribución de la población profesional de la salud de Grupo Sami Salud S.A.S. IPS de Popayán, según la variable Antigüedad



Fuente: Lista de Chequeo de Buenas Prácticas Seguras Obligatorias – Adaptada, aplicada a los profesionales de la IPS

Por otro lado, el comportamiento de la variable Antigüedad muestra que el 42% de los colaboradores vienen trabajando desde hace 4 a 6 años, el 25% de 1 a 3 años y 33% menos de 1 año (ver figura 10). Estos valores dejan entrever, además del profesionalismo señalado en la variable Nivel de educación, la madurez ocupacional que reviste al personal de Grupo Sami Salud S.A.S, pues, como se puede ver en la figura 10, solo 8 casos vienen laborando menos de 1 año en la

entidad. Por lo cual, se deduce que la mayoría de los colaboradores equivalente al 67%, llevan un proceso de trabajo superior a un año de antigüedad en Grupo Sami Salud S.A.S.,.

Figura 11.
Distribución de la población profesional de la salud de Grupo Sami Salud S.A.S. IPS de Popayán, según la variable Experiencia Laboral



Fuente: Lista de Chequeo de Buenas Prácticas Seguras Obligatorias - Adaptada, aplicada a los profesionales de la IPS

Finalmente, el comportamiento de la variable experiencia laboral muestra que, mientras que el 29% de los colaboradores tienen una experiencia laboral mayor a 10 años, otro 29% tienen experiencia de entre 1 y 5 años, el 25% tienen experiencia de más de 10 años y el 17% tienen experiencia laboral de un año o menos (ver figura 11).

En concordancia con las variables antigüedad y nivel educativo, la variable experiencia laboral muestra que el 83% de los colaboradores de Grupo Sami Salud S.A.S, tienen más de un año de experiencia laboral en procesos clínicos asistenciales. Estos datos sugieren que la entidad aquí estudiada reviste de una planta preparada profesionalmente, consolidada en su profesión y con

conocimiento empírico considerable debido a su experiencia y antigüedad en el campo de la salud.

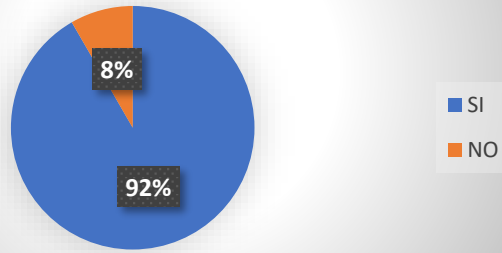
6.1.2. Adherencia de los Profesionales de la Salud a las Prácticas de Seguridad del Paciente.

En segundo lugar, el objetivo específico No. 2 se propuso describir el comportamiento de los profesionales de la salud del Grupo Sami Salud S.A.S, IPS, en lo que refiere a la adherencia a las prácticas de seguridad del paciente. Para ello se aplicó el instrumento Lista de Chequeo de Buenas Prácticas Seguras Obligatorias – Adaptado, el cual mide las variables referentes a dicha adherencia.

Vemos que la primera variable de este módulo se ha denominado, *Programa de Seguridad del Paciente para la Identificación y Gestión de Eventos Adversos*, y está orientada a medir, a través de subvariables, la existencia, uso, conocimiento y gestión del programa de seguridad del paciente, así como el compromiso y la práctica que asumen los profesionales de la salud frente al programa en cuestión.

Figura 12.
Subvariable 1.1. Existencia del Programa de Seguridad del Paciente

¿En Sami Salud IPS cuentan con un Programa de Seguridad del Paciente?

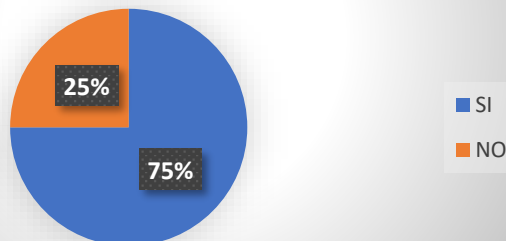


Fuente: Lista de Chequeo de Buenas Prácticas Seguras Obligatorias - Adaptada, aplicada a los profesionales de la IPS

La primera subvariable pregunta por la existencia del programa de seguridad del paciente en la IPS, ante esto el 92% aseguran que la IPS cuenta con dicho requerimiento mientras que el 8% manifestaron que no existe (ver figura 12). Ciertamente, la gran mayoría ratifica la existencia del programa, sin embargo, ese 8% de desconocimiento equivale solo a 2 casos (un nutricionista y una auxiliar de enfermería), llama la atención, pues esta variable debe demostrar en un 100% el conocimiento del programa de seguridad del paciente.

Figura 13.
Subvariable 1.2. Compromiso de los directivos con el Programa de Seguridad del Paciente

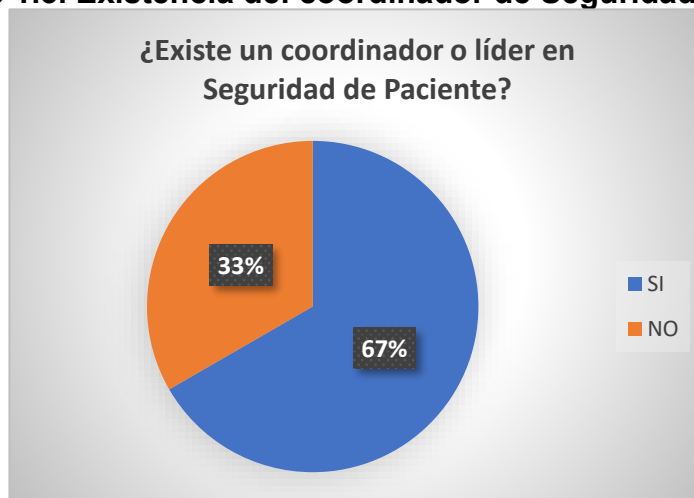
¿Los directivos de Sami salud están comprometidos con política de seguridad y que además cumpla lineamientos nacionales?



Fuente: Lista de Chequeo de Buenas Prácticas Seguras Obligatorias - Adaptada, aplicada a los profesionales de la IPS

Por su parte, la segunda subvariable indaga por el compromiso de los directivos de la entidad respecto del Programa de Seguridad del Paciente, ante lo cual el 75% de los colaboradores respaldan la gestión directiva afirmando que existe compromiso, mientras que el restante 25% desestimó dicho compromiso (ver figura 13). Ciertamente existe una disparidad entre las opiniones de los profesionales de la salud respecto de las labores de los directivos de la entidad; el 25% equivalente a 6 casos no considera que se esté haciendo una adecuada labor en ese tema, las razones tendrían que ver con una insuficiencia del cuerpo directivo para atender el Programa de Seguridad del Paciente.

Figura 14.
Subvariable 1.3. Existencia del coordinador de Seguridad del Paciente



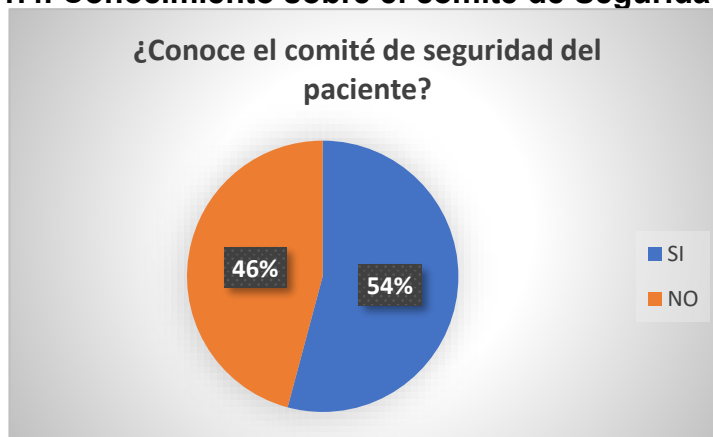
Fuente: Lista de Chequeo de Buenas Prácticas Seguras Obligatorias - Adaptada, aplicada a los profesionales de la IPS

En ese sentido, la subvariable 1.3 indaga por la existencia de un coordinador de Seguridad del Paciente en la entidad, ante lo cual el 67% aduce que en efecto existe dicho funcionario y el restante 33% afirma que dicho coordinador no existe

(ver figura 14). Los 8 casos que adujeron desconocer al coordinador de Seguridad del Paciente dan cuenta de la exigüidad del cuerpo directivo para encargarse de ese tema, pues dicho coordinador no es conocido, sobre todo por aquellos profesionales que tienen menor antigüedad en la entidad.

Las subvariables 1.4; 1.5; 1.6; 1.7 y 1.8, buscan indagar acerca del conocimiento que los colaboradores de la IPS tienen sobre el Programa de Seguridad del Paciente, preguntando por el conocimiento del Comité de Seguridad del Paciente, por su actividad periódica, por la socialización interna sobre temas relacionados con la seguridad del paciente, el conocimiento de las rutas para el reporte de casos en donde se ve comprometida la seguridad del paciente y el conocimiento sobre los riesgos asistenciales.

Figura 15.
Subvariable 1.4. Conocimiento sobre el comité de Seguridad del Paciente

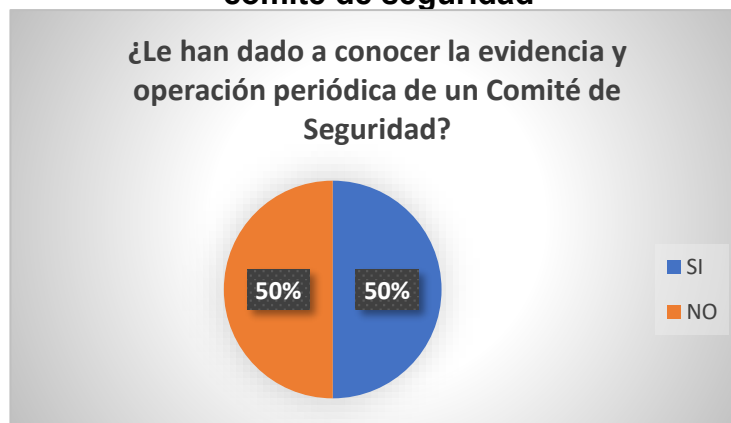


Fuente: Lista de Chequeo de Buenas Prácticas Seguras Obligatorias - Adaptada, aplicada a los profesionales de la IPS

Ante estas preguntas, el instrumento permitió confirmar que el 54% de los colaboradores conocen el Comité de Seguridad del Paciente, frente a un 46% que afirma desconocerlo (ver figura 15). Esta situación evidencia una disparidad

respecto al conocimiento de estas labores, pues 13 profesionales afirman conocer el comité y otros 11 casos afirman desconocer. Llama la atención que quienes afirman no conocer dicho comité se encuentran en el intervalo de Antigüedad de menos de un año a tres años, lo cual hace suponer que solo el personal antiguo conoce al comité, por lo que no se habrían desarrollado actividades de Seguridad del Paciente en épocas recientes.

Figura 16.
Subvariable 1.5. Conocimiento de evidencia y operación periódica del comité de seguridad



Fuente: Lista de Chequeo de Buenas Prácticas Seguras Obligatorias - Adaptada, aplicada a los profesionales de la IPS

Por otro lado, el 50% manifiesta que le han dado a conocer evidencia sobre la operación de dicho comité, mientras el otro 50% manifiesta desconocer dicha evidencia (ver figura 16). Misma situación que la variable anterior se registra en esta variable, incluso en la coincidencia de que son los profesionales más nuevos en la entidad quienes desconocen tanto la evidencia de operaciones como la existencia del comité.

Figura 17.

Subvariable 1.6. Participación en socialización de temas de Seguridad del Paciente

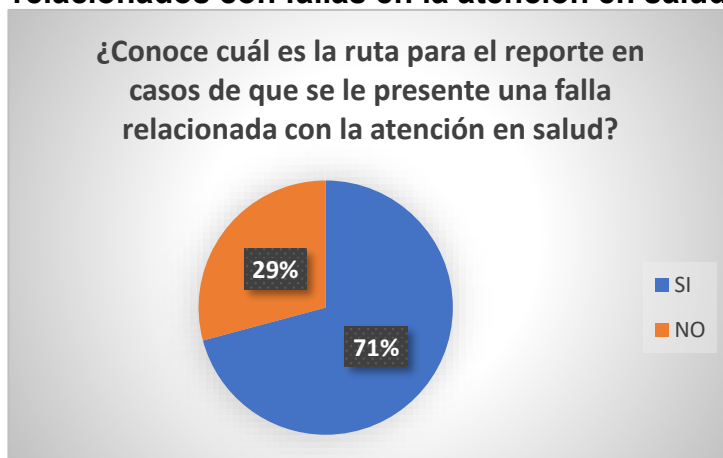


Fuente: Lista de Chequeo de Buenas Prácticas Seguras Obligatorias - Adaptada, aplicada a los profesionales de la IPS

Por otra parte, el 71% de los colaboradores han participado en eventos de socialización sobre temas relacionados con esta categoría, frente a un 29% que no ha participado (ver figura 17). Esta información evidencia que se han realizado labores de socialización sobre temas de Seguridad del Paciente, sin embargo, persiste la tendencia, según los profesionales de menor antigüedad en la entidad están por fuera de dichas actividades.

Figura 18.

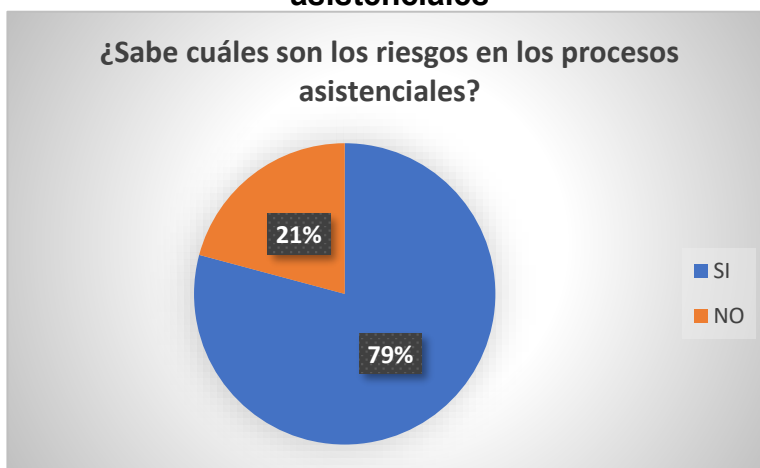
Subvariable 1.7. Conocimiento sobre la ruta para el reporte de casos relacionados con fallas en la atención en salud



Fuente: Lista de Chequeo de Buenas Prácticas Seguras Obligatorias - Adaptada, aplicada a los profesionales de la IPS

El mismo comportamiento anterior se evidencia en la subvariable 1.7 en donde el 71% conoce la ruta para el reporte de casos adversos frente al 29% que la desconoce (ver figura 18). Cabe señalar que la tendencia del segmento poblacional de menor antigüedad en la entidad es aquel que menor conocimiento tiene sobre estos temas.

Figura 19.
Subvariable 1.8. Conocimiento sobre los riesgos en los procesos asistenciales



Fuente: Lista de Chequeo de Buenas Prácticas Seguras Obligatorias - Adaptada, aplicada a los profesionales de la IPS

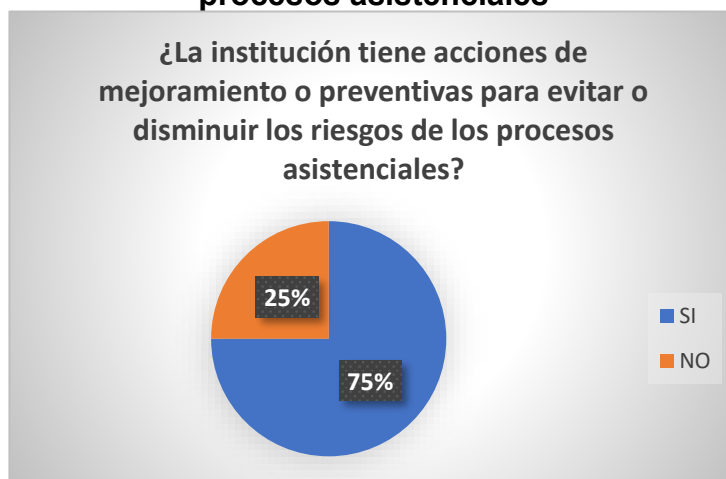
Ahora bien, el 79% conocen los riesgos implicados en los procesos asistenciales que comprometen la seguridad del paciente, frente a un 21% que los desconoce (ver figura 19).

Esta situación refleja la necesidad de atender los vacíos en torno al desconocimiento de prácticas seguras en los procesos asistenciales, pues la

mayoría de profesionales señalan la importancia de la aplicación de procedimientos basados en prácticas seguras para los pacientes.

Nuevamente, 4 de los 5 casos que afirmaron conocer dichos riesgos se encuentran en el segmento poblacional de antigüedad entre menos de un año y tres años, solo un caso que respondió “no” está en el intervalo de 4 a 6 años de experiencia.

Figura 20.
Subvariable 1.9. Acciones preventivas o de mejoramiento de los riesgos en procesos asistenciales

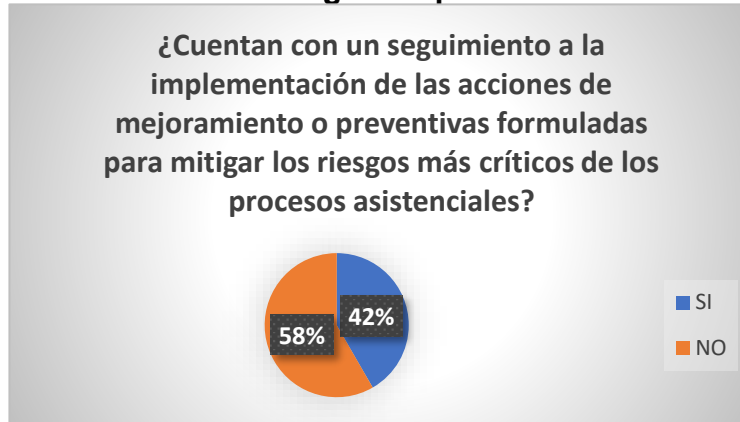


Fuente: Lista de Chequeo de Buenas Prácticas Seguras Obligatorias - Adaptada, aplicada a los profesionales de la IPS

De otro lado, el 75% de los colaboradores manifiestan desarrollar acciones preventivas y/o de mejoramiento contra los riesgos en los procesos asistenciales (ver figura 20). Esta información evidencia que hace falta mayor capacitación en

torno a las acciones de prevención de eventos adversos, sobre todo en los profesionales de menor antigüedad.

Figura 21.
Subvariable 1.10. Seguimiento a las acciones de mejoramiento o preventivas de los riesgos en procesos asistenciales

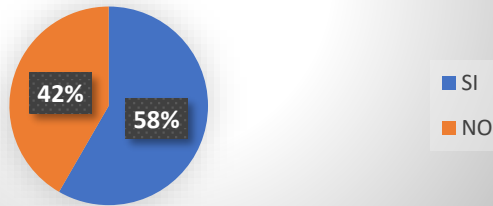


Fuente: Lista de Chequeo de Buenas Prácticas Seguras Obligatorias - Adaptada, aplicada a los profesionales de la IPS

Ahora bien, solo el 42% aseguran que la IPS cuenta con programa de seguimiento a dichas acciones preventivas y/o de mejoramiento, frente al 58% que han dicho que la IPS no realiza seguimiento (ver figura 21). Esta información resulta interesante pues la mayoría (14 casos) afirman que la IPS no realiza seguimiento a las acciones de Seguridad del Paciente; aquí se evidencia una falencia en materia de acciones de revisión de lo que los profesionales están haciendo para proteger la seguridad de los pacientes.

Figura 22.
Subvariable 1.11. Existencia de procedimiento para el desarrollo o adopción de guías de práctica clínica para patologías o condiciones más frecuentes

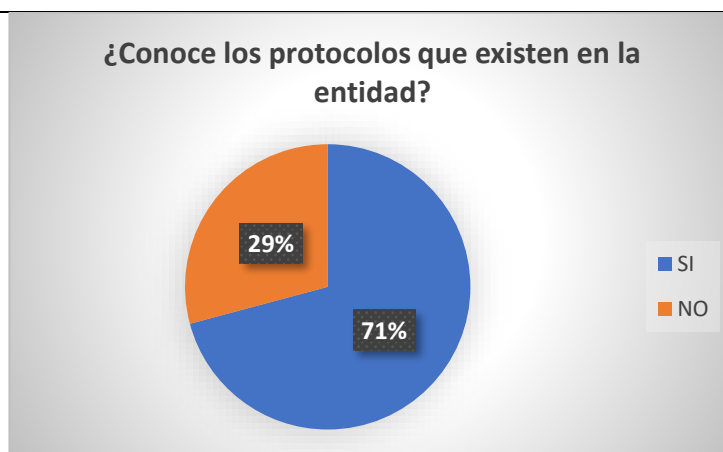
¿La institución cuenta con un procedimiento para el desarrollo o adopción de guías de práctica clínica para la atención de las patologías o condiciones que atiende con mayor frecuencia en cada servicio?



Fuente: Lista de Chequeo de Buenas Prácticas Seguras Obligatorias - Adaptada, aplicada a los profesionales de la IPS

Posteriormente, el 58% de los profesionales afirma que la IPS cuenta con procedimientos para la adopción o desarrollo de guías de práctica clínica para las patologías o condiciones más frecuentes (ver figura 22). Llama la atención, que los profesionales que no conocen los procedimientos y protocolos están en el segmento de menor antigüedad en la entidad, por lo que se deducen dos posibles causas: i) que los nuevos no están siendo tenidos en cuenta en labores de socialización o ii) que el Comité de Seguridad del Paciente no ha actualizado sus labores y ha dejado de operar de manera adecuada.

Figura 23.
Subvariable 1.12. Conocimiento sobre los protocolos de la entidad

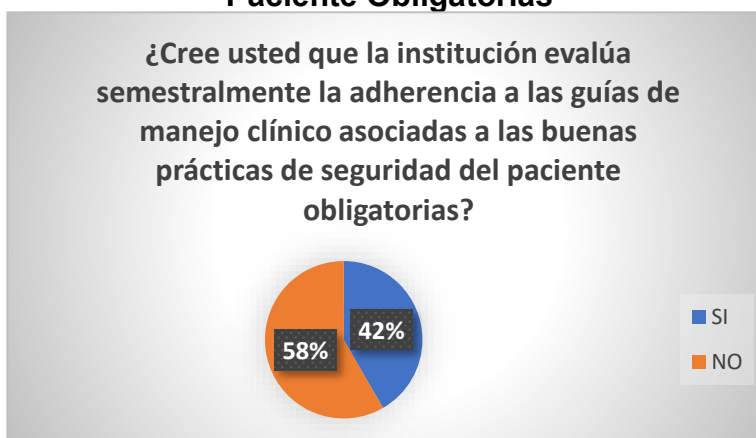


Fuente: Lista de Chequeo de Buenas Prácticas Seguras Obligatorias - Adaptada, aplicada a los profesionales de la IPS

Mientras que el 71% manifiesta conocer los protocolos que desarrolla la entidad (ver figura 23), el 29% no los conoce.

La variable Práctica Segura 2: Monitorización de Aspectos relacionados con la Seguridad del Paciente indaga por la percepción de los colaboradores sobre las evaluaciones que la IPS realiza a situaciones relacionadas con la Seguridad del Paciente.

Figura 24.
Subvariable 2.1. Percepción sobre la evaluación semestral de la adherencia a las guías de manejo clínico sobre Buenas Prácticas de Seguridad del Paciente Obligatorias



Fuente: Lista de Chequeo de Buenas Prácticas Seguras Obligatorias - Adaptada, aplicada a los profesionales de la IPS

Para ello se utiliza la subvariable 2.1. que pregunta por dicha percepción; ante esto, el 58% de los colaboradores cree que la IPS no evalúa de manera semestral la adherencia de los profesionales a las guías de manejo clínico asociadas con la Seguridad del Paciente (ver figura 24).

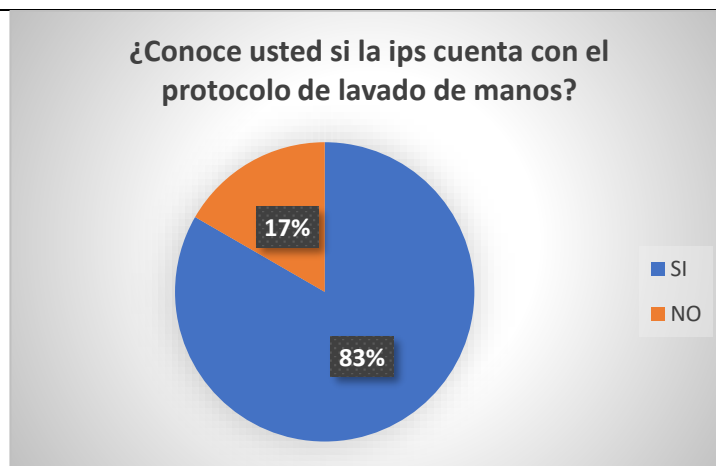
Esta situación refleja la exigüidad del personal administrativo para desarrollar actividades de evaluación y seguimiento a dicho programa. El desconocimiento de los procesos de evaluación es síntoma de que se requiere mayor atención sobre el personal administrativo que realiza estas actividades.

La variable 3: Prevención y Reducción del Riesgo de Infecciones asociadas a la atención en salud, evalúa el comportamiento de los profesionales de la salud contratados por Grupo Sami Salud S.A.S, respecto del riesgo de estas infecciones.

Para ello, se vale de 7 subvariables que miden respectivamente la existencia de un protocolo de lavado de manos, la existencia de rondas para medir dichas prácticas, la provisión de insumos para esas prácticas, la existencia de protocolo de venopunción, la existencia de protocolo de manejo de sondas, la existencia del manual de bioseguridad y la existencia de rondas periódicas para medir la adherencia de los profesionales a dichos manuales.

Figura 25.

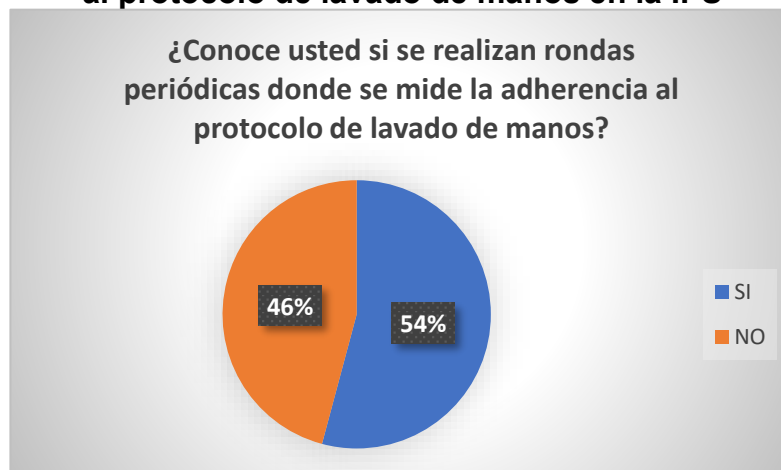
Subvariable 3.1. Existencia del protocolo de lavado de manos en la IPS



Fuente: Lista de Chequeo de Buenas Prácticas Seguras Obligatorias - Adaptada, aplicada a los profesionales de la IPS

Pues bien, el 83% de los profesionales afirma que en la IPS existe el protocolo de lavado de manos (ver figura 25). De los 4 casos que desconocen dicho protocolo, 3 están en el intervalo de menos de 1 año de antigüedad a 3 años de antigüedad.

Figura 26.
Subvariable 3.2. Existencia de rondas periódicas para medir la adherencia al protocolo de lavado de manos en la IPS

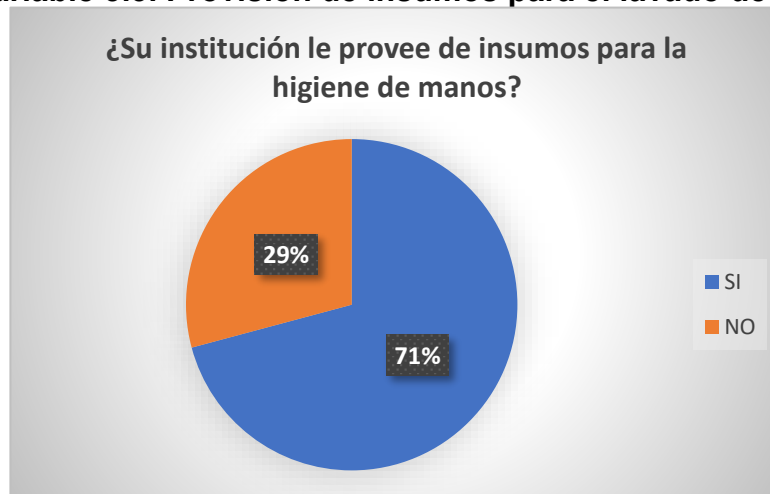


Fuente: Lista de Chequeo de Buenas Prácticas Seguras Obligatorias - Adaptada, aplicada a los profesionales de la IPS

Por otro lado, un 46% afirma no conocer las rondas periódicas que miden la adherencia de los profesionales a dicho protocolo (ver figura 26). El 54% que conoce las rondas periódicas está dentro del segmento de mayor antigüedad, por

lo que persiste la tendencia de dejar al margen del conocimiento sobre este tema a los profesionales más nuevos en la entidad.

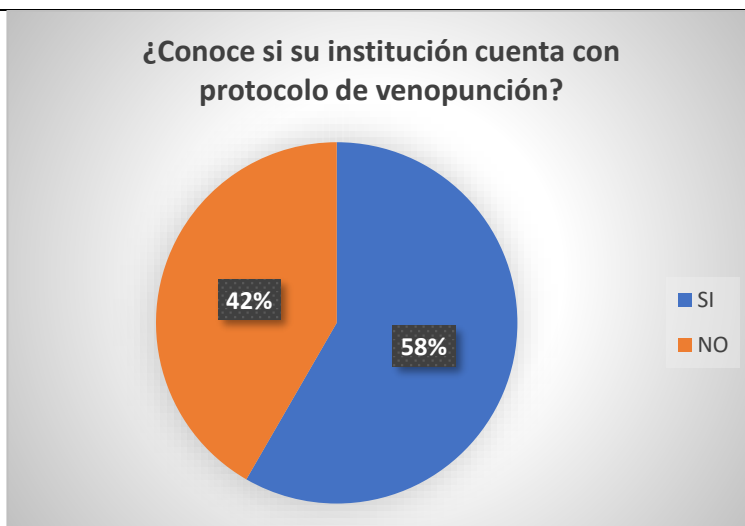
Figura 27.
Subvariable 3.3. Provisión de insumos para el lavado de manos



Fuente: Lista de Chequeo de Buenas Prácticas Seguras Obligatorias - Adaptada, aplicada a los profesionales de la IPS

Ahora bien, el 71% de los profesionales encuestados afirma que la IPS provee los insumos para la higiene de manos (ver figura 27).

Figura 28.
Subvariable 3.4. Existencia del protocolo de venopunción



Fuente: Lista de Chequeo de Buenas Prácticas Seguras Obligatorias - Adaptada, aplicada a los profesionales de la IPS

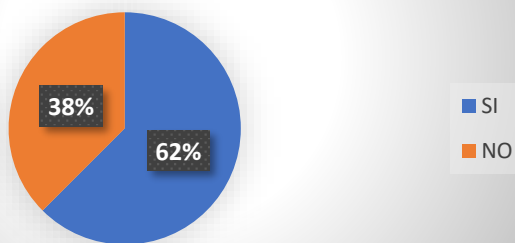
En ese mismo sentido, el 58% de los encuestados afirma que la IPS cuenta con un protocolo de venopunción, frente a un 42% que lo desmiente (ver figura 28).

Aquí no existen diferencias significativas respecto a la antigüedad, pues quienes desconocen el protocolo de venopunción están tanto en el segmento de 4 a 6 años de antigüedad (3 casos) como en el segmento de 1 a 3 años (2 casos).

Esta información lleva a preguntarse por la adecuada socialización de este protocolo, pues es necesario que el 100% de los profesionales, así sus actividades no estén relacionadas con la venopunción, deben conocer este protocolo.

Figura 29.
Subvariable 3.5. Existencia de protocolo de manejo y mantenimiento de sondas vesicales

¿Conoce si su institución cuenta con protocolo de manejo, de colocación y mantenimiento de sondas vesicales?

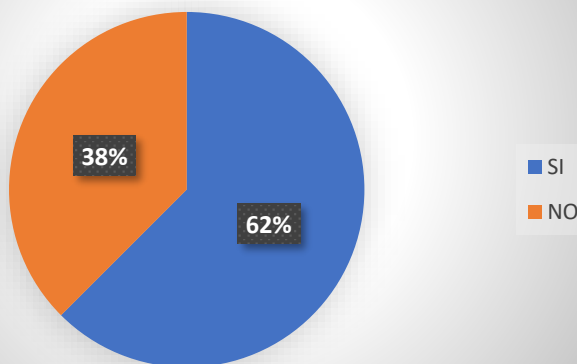


Fuente: Lista de Chequeo de Buenas Prácticas Seguras Obligatorias - Adaptada, aplicada a los profesionales de la IPS

En consecuencia, el 68% de los profesionales afirma que la IPS cuenta con protocolo de manejo, colocación y mantenimiento de sondas (ver figura 29). Es necesario que el restante 38% esté en conocimiento de este protocolo así sus actividades no estén relacionadas con el mismo.

Figura 30.
Subvariable 3.6. Existencia del manual de bioseguridad

¿Conoce si en su institución existe un manual de bioseguridad?

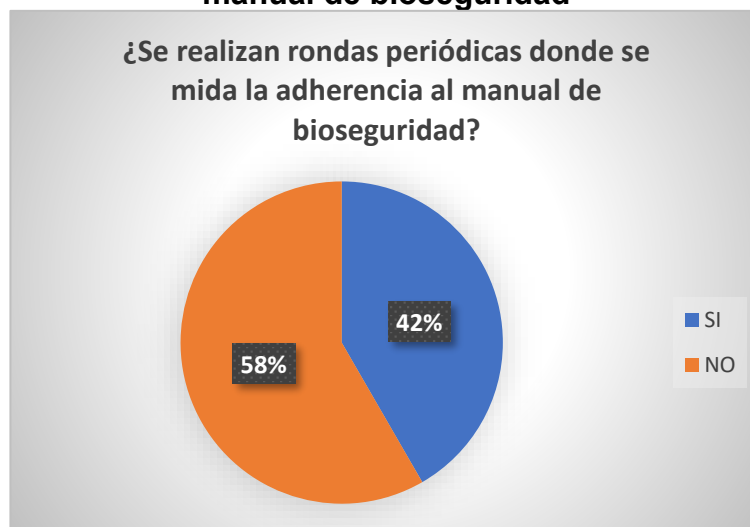


Fuente: Lista de Chequeo de Buenas Prácticas Seguras Obligatorias - Adaptada, aplicada a los profesionales de la IPS

Finalmente, el 62% de los profesionales de Grupo Sami Salud S.A.S, afirma que dicha IPS cuenta con manual de bioseguridad (ver figura 30).

Los 9 casos (38%) que no conocen el manual están tanto en el rango de 4 a 6 años de antigüedad (2 casos) como en el rango de menos de 1 año (4 casos), y en el de 1 a 3 años (3 casos), lo cual evidencia la persistencia de la tendencia anteriormente señalada en la que el personal más nuevo está al margen del conocimiento de las prácticas seguras, por lo cual se hace necesario actualizar a todo el personal sobre dicha disposición.

Figura 31.
Subvariable 3.7. Existencia de rondas periódicas para medir adherencia al manual de bioseguridad



Fuente: Lista de Chequeo de Buenas Prácticas Seguras Obligatorias - Adaptada, aplicada a los profesionales de la IPS

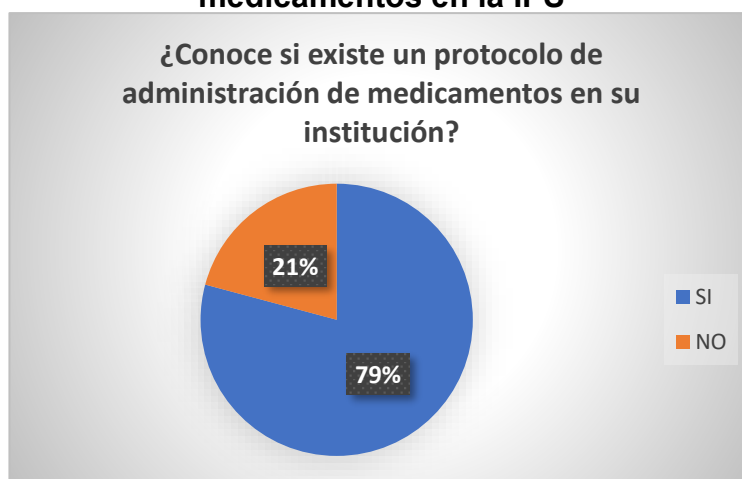
No obstante, lo anterior, el 58% niegan que la IPS realice rondas periódicas para medir la adherencia de los profesionales a este manual (ver figura 31).

En concordancia con la variable anterior, el comportamiento de esta variable evidencia la necesidad de realizar una actualización respecto a todo lo relacionado con la bioseguridad en la entidad.

Aunque el desconocimiento se concentra en la población de menor antigüedad, persisten casos de la población de 4 a 6 años que no tienen conocimientos sobre estos protocolos, por lo cual se hace necesario actualizar a todos los profesionales de la entidad.

La variable Práctica Segura 4. Seguridad en la Administración de Medicamentos, contiene 4 subvariables orientadas a evaluar las conductas de los profesionales del Grupo Sami Salud S.A.S, frente a la seguridad de los pacientes en cuanto a la administración de medicamentos.

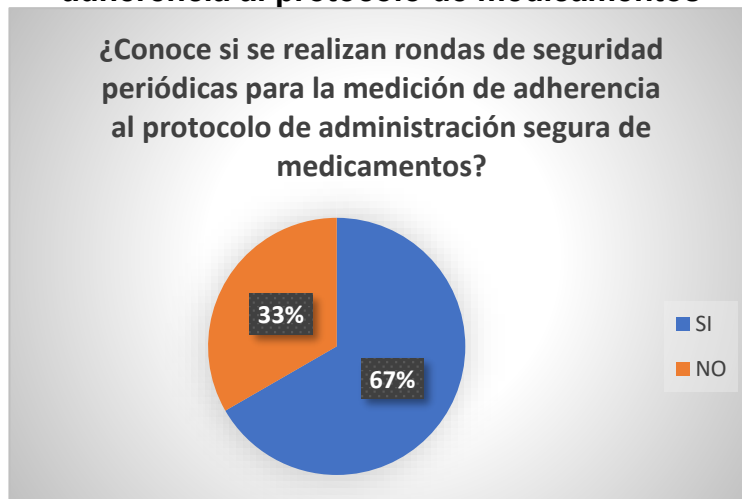
Figura 32.
Subvariable 4.1. Existencia de protocolo de administración de medicamentos en la IPS



Fuente: Lista de Chequeo de Buenas Prácticas Seguras Obligatorias - Adaptada, aplicada a los profesionales de la IPS

Según estas subvariables, el 79% de los profesionales encuestados afirman que la IPS cuenta con un protocolo de administración de medicamentos, mientras que un 21% desmiente esa información (ver figura 32). De ese 21% que no conocen dicho protocolo, solo un caso tiene de 4 a 6 años de antigüedad, los otros 4 casos tienen entre menos de 1 año y 3 años de antigüedad en la entidad.

Figura 33.
Subvariable 4.2. Existencia de rondas periódicas para verificación de adherencia al protocolo de medicamentos



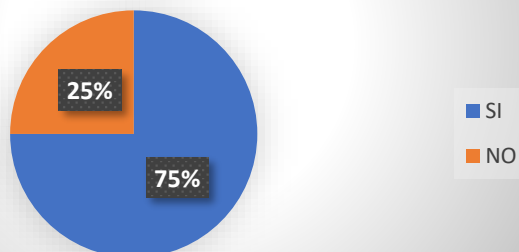
Fuente: Lista de Chequeo de Buenas Prácticas Seguras Obligatorias - Adaptada, aplicada a los profesionales de la IPS

En ese sentido, el 67% de la población afirma que la IPS desarrolla rondas periódicas para medir la adherencia de los profesionales a este protocolo, mientras que el 33% desconoce dichas rondas (ver figura 33).

Del 33% de profesionales que desconocen dichas rondas (8 casos), 2 casos tienen entre 4 y 6 años de antigüedad y los otros 6 casos tienen menos de un año de antigüedad.

Figura 34.
Subvariable 4.3. Existencia de protocolo para rotulación de medicamentos

¿Conoce si existe un protocolo para la rotulación e identificación de medicamentos cuando están siendo administrados al paciente?



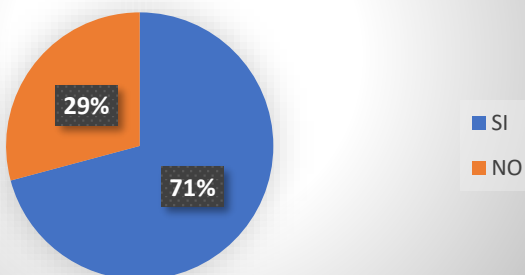
Fuente: Lista de Chequeo de Buenas Prácticas Seguras Obligatorias - Adaptada, aplicada a los profesionales de la IPS

Posteriormente, en un 75% los profesionales declaran conocer sobre la existencia de un protocolo para la rotulación de medicamentos en la IPS y solo un 25% no conoce dicha rotulación (ver figura 34).

De los 6 casos que desconocen este protocolo, 5 tienen menos de un año de antigüedad en la entidad, por lo cual se evidencia la necesidad de incluir al personal de menor antigüedad en todos los procesos, tanto de actualización como de socialización de las prácticas seguras.

Figura 35.
Subvariable 4.4. Identificación de riesgo de alergia a medicamentos de los usuarios de la IPS

¿En su institución los registros de la historia clínica evidencian que se ha identificado el riesgo de alergias a medicamentos de los usuarios?



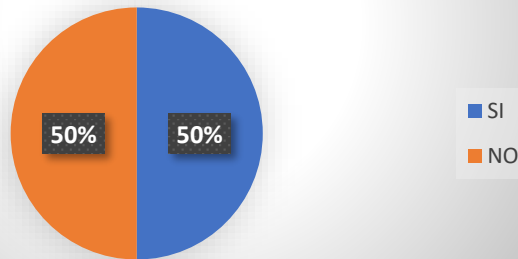
Fuente: Lista de Chequeo de Buenas Prácticas Seguras Obligatorias - Adaptada, aplicada a los profesionales de la IPS

Finalmente, un 71% los profesionales declaran que las historias clínicas de la IPS se han registrado riesgos de alergia a medicamentos (ver figura 35), situación que llama la atención pues ante el desconocimiento de los protocolos de rotulación de medicamentos, se hace necesario poner en conocimiento sobre los riesgos a todos los profesionales de la salud que laboran en la entidad.

La variable Práctica Segura 5. Identificación del Paciente en los Servicios Asistenciales, evalúa a través de 3 subvariables las conductas de los profesionales en la identificación de los pacientes.

Figura 36.
Subvariable 5.1. Medición semestral de adherencia al protocolo de identificación del paciente

¿Cree usted que en la institución se realice la medición semestral de adherencia al protocolo de identificación correcta del usuario y documentación de acciones de mejora?

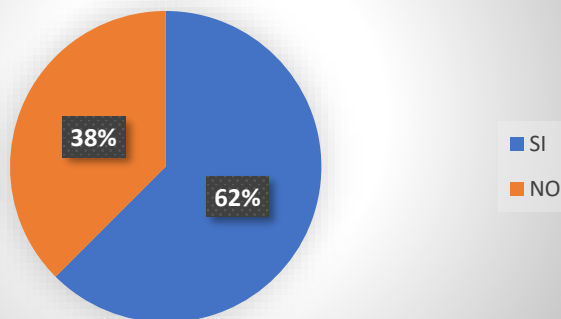


Fuente: Lista de Chequeo de Buenas Prácticas Seguras Obligatorias - Adaptada, aplicada a los profesionales de la IPS

De esta forma, la percepción de los profesionales del Grupo Sami Salud S.A.S, sobre la medición semestral de adherencia al protocolo de identificación del paciente se encuentra dividida, pues el 50% cree que la entidad realiza dicha medición, mientras el otro 50% duda sobre ese procedimiento (ver figura 36).

Figura 37.
Subvariable 5.2. Contribución a la identificación del paciente

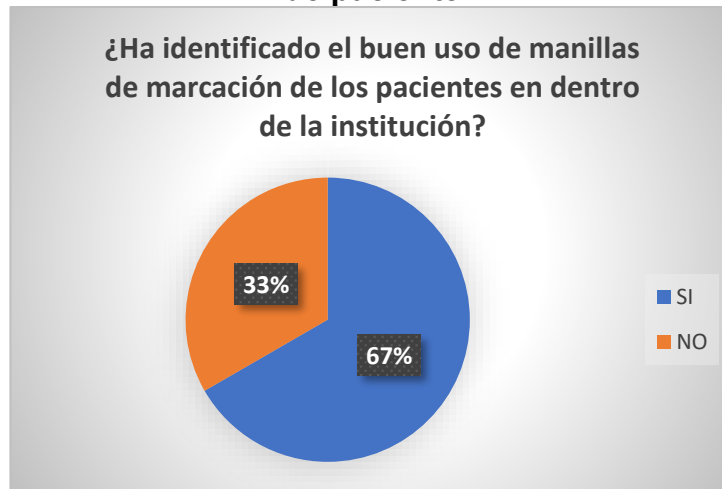
¿Contribuye usted a que el paciente pueda ser plenamente identificado con la manilla?



Fuente: Lista de Chequeo de Buenas Prácticas Seguras Obligatorias - Adaptada, aplicada a los profesionales de la IPS

Por otro lado, se contempla que el 62% de los profesionales contribuyen con esfuerzos propios a la plena identificación del paciente, frente a un 38% que no lo hacen (ver figura 37).

Figura 38.
Subvariable 5.3. Identificación de correcto uso de manilla de identificación de paciente

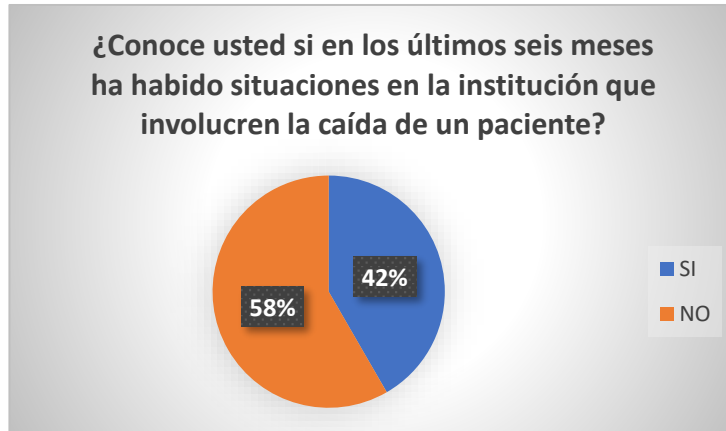


Fuente: Lista de Chequeo de Buenas Prácticas Seguras Obligatorias - Adaptada, aplicada a los profesionales de la IPS

Finalmente, el 67% de los profesionales encuestados han identificado un uso adecuado de las manillas de identificación de pacientes, frente a un 33% que refiere no haber identificado el uso adecuado de las manillas (ver figura 38).

La variable Práctica Segura 6. Prevención y Reducción de Caídas evalúa a través de 5 subvariables la actuación de los profesionales de la salud del Grupo Sami Salud S.A.S, frente a la prevención, mitigación y atención del riesgo de caída en pacientes.

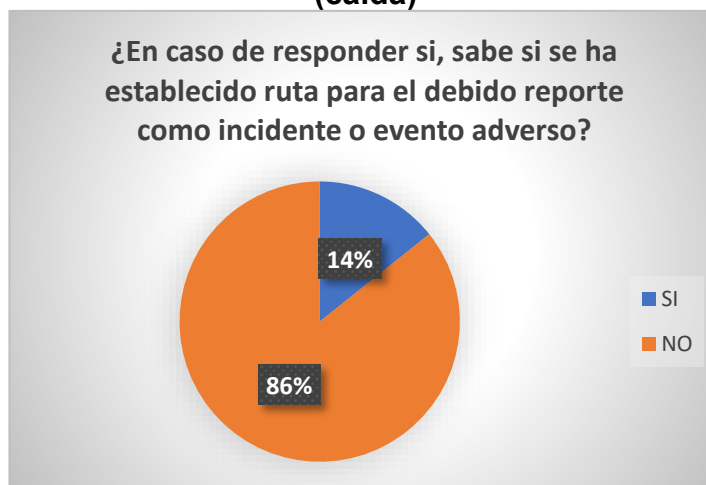
Figura 39.
Subvariable 6.1. Existencia de caídas en la IPS en los últimos 6 meses



Fuente: Lista de Chequeo de Buenas Prácticas Seguras Obligatorias - Adaptada, aplicada a los profesionales de la IPS

En ese sentido, el 58% de los profesionales encuestados manifiesta conocer situaciones de caída de pacientes en los últimos seis meses, mientras que un 42% desmiente esa información (ver figura 39).

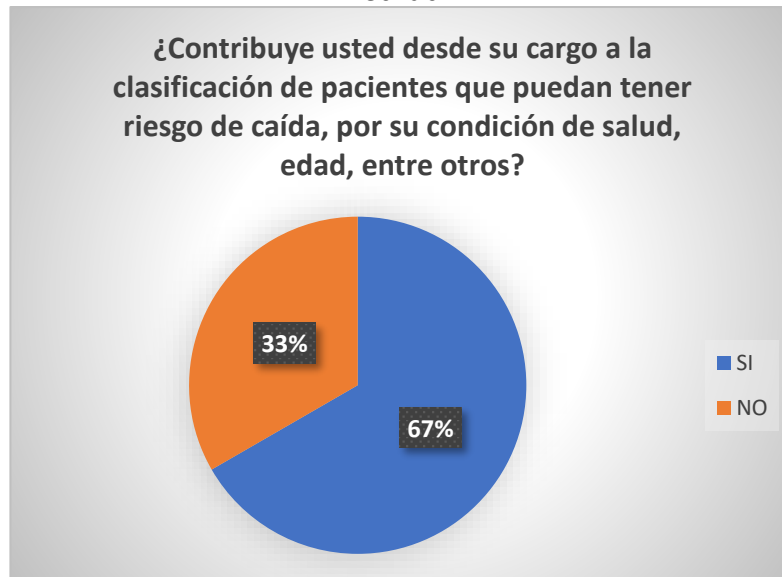
Figura 40.
Subvariable 6.2. Conocimiento sobre ruta para el reporte de evento adverso (caída)



Fuente: Lista de Chequeo de Buenas Prácticas Seguras Obligatorias - Adaptada, aplicada a los profesionales de la IPS

De ese 58% equivalente a 14 casos, el 86%, es decir 12 casos, han manifestado que en dichos eventos no se ha seguido protocolo alguno para hacer el debido reporte (ver figura 40).

Figura 41.
Subvariable 6.4. Contribución a la clasificación de pacientes con riesgo de caída



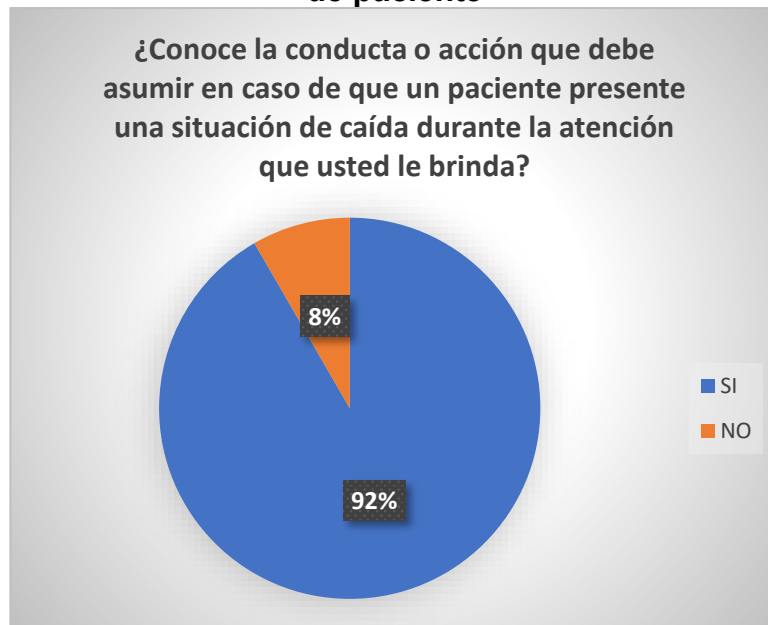
Fuente: Lista de Chequeo de Buenas Prácticas Seguras Obligatorias - Adaptada, aplicada a los profesionales de la IPS

También, el 67% de los profesionales manifiesta que desde su cargo contribuyen a la clasificación de pacientes que puedan experimentar riesgo de caída, frente a un 33% que manifiesta no contribuir en ese aspecto (ver figura 41).

Aquí no existe relación de causalidad con variables como la antigüedad, puesto que los 8 casos que respondieron “no” se encuentran distribuidos entre los rangos: menos de 1 año (3 casos), de 1 a 3 años (1 caso), de 4 a 6 años (4 casos). Por este motivo, se deduce que se debe actualizar a los profesionales en temas

relacionados con prevención, manejo y mitigación del riesgo de caída de pacientes.

Figura 412.
Subvariable 6.5. Conocimiento sobre conducta a asumir en caso de caída de paciente



Fuente: Lista de Chequeo de Buenas Prácticas Seguras Obligatorias - Adaptada, aplicada a los profesionales de la IPS

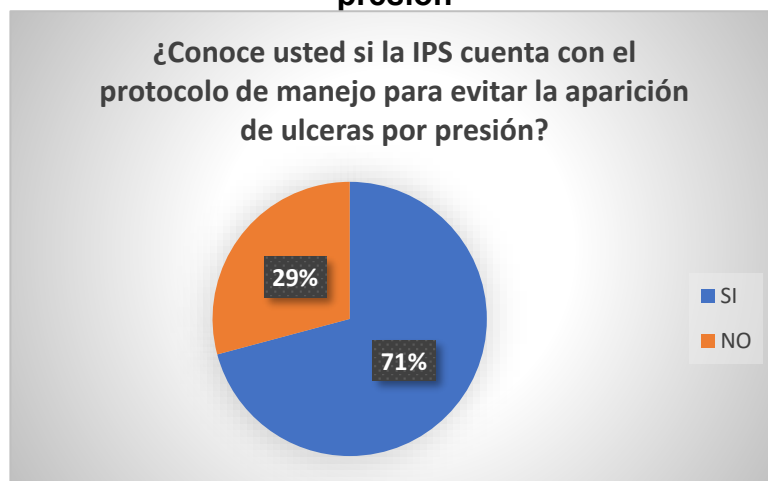
Finalmente, el 92% de los profesionales manifiesta tener pleno conocimiento sobre las acciones a desarrollar en el momento en que sus pacientes puedan experimentar alguna caída en su proceso asistencial, solo el 8% manifiesta no saber cómo proceder en esos casos (ver figura 42).

Los únicos 2 casos que afirmaron no saber cómo proceder en casos de caída de pacientes, se encuentran en el rango de 1 a 5 años de experiencia laboral, por lo

cual se deduce que deben fortalecerse las capacitaciones en esos segmentos poblacionales.

La variable Práctica Segura 7. Úlceras por Presión evalúa a través de 3 subvariables la actuación de los profesionales de la salud del Grupo Sami Salud S.A.S, frente al riesgo de úlceras por presión en pacientes.

Figura 43.
Subvariable 7.1. Existencia de protocolo de manejo para evitar úlceras por presión



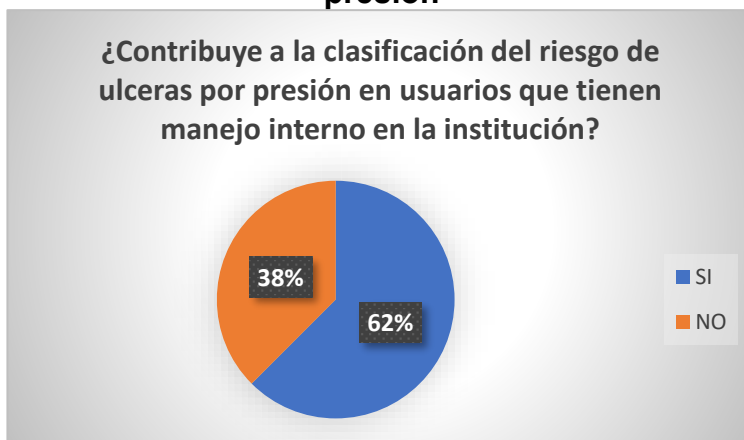
Fuente: Lista de Chequeo de Buenas Prácticas Seguras Obligatorias - Adaptada, aplicada a los profesionales de la IPS

De esto se puede concluir que el 71% de la población encuestada conoce el protocolo de manejo para evitar este tipo de úlceras, frente a un 29% que afirma desconocer dicho protocolo (ver figura 43).

Llama la atención el hecho que relaciona el desconocimiento con la variable antigüedad, pues del 29% que manifestaron desconocer el protocolo para úlceras por presión (7 casos) está en el rango de menos de 1 año de antigüedad en la entidad.

Figura 44.

Subvariable 7.2. Contribución a la clasificación del riesgo de úlceras por presión

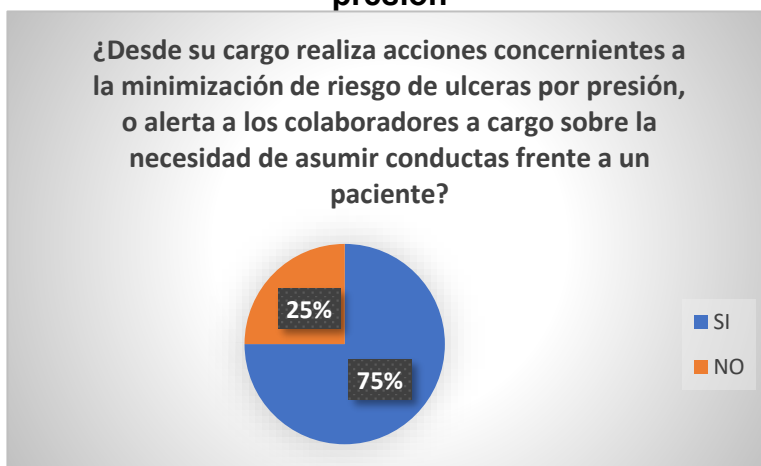


Fuente: Lista de Chequeo de Buenas Prácticas Seguras Obligatorias - Adaptada, aplicada a los profesionales de la IPS

Por su parte, el 62% contribuye desde su cargo a la clasificación del riesgo por este tipo de lesiones (ver figura 44).

Figura 45.

Subvariable 7.3. Contribución a la minimización del riesgo de úlceras por presión



Fuente: Lista de Chequeo de Buenas Prácticas Seguras Obligatorias - Adaptada, aplicada a los profesionales de la IPS

Finalmente, el 75% realiza desde su cargo acciones tendientes a la minimización de dicho riesgo (ver figura 45). Es necesario fortalecer este rubro pues los

profesionales en la salud, por juramento hipocrático, deben contribuir desde su propia experiencia a evitar todo tipo de riesgo para sus pacientes.

6.1.3. Factores de Incidencia en la Adherencia a Prácticas Seguras.

Uno de los factores que incide directamente en la adherencia de los profesionales de la salud a las buenas prácticas para la seguridad del paciente, tiene que ver con la preparación profesional de los colaboradores. Según la caracterización sociodemográfica del personal del Grupo Sami Salud S.A.S, la planta de colaboradores está debidamente formada para asumir estas prácticas obligatorias y cuenta con la experiencia (de 6 a 10 años en promedio) necesaria para asumir dichas tareas.

Por otro lado, y pese al nivel educativo de los profesionales y su vasta experiencia en el sector salud, existe un amplio desconocimiento sobre ciertos aspectos puntuales tales como el Comité de Seguridad del Paciente el cual es del 46%, y la evidencia de su operación periódica el cual asciende al 50%.

Otro factor que incide de manera directa en la adhesión de los profesionales a dichas prácticas obligatorias tiene que ver con la falta de periodicidad en la evaluación de la adherencia, pues en un 58% los encuestados han señalado que el Comité de esa área no realiza evaluación sobre dicha adherencia; de igual manera, el 46% asegura que la IPS no realiza rondas periódicas para evaluar la adherencia al protocolo de lavado de manos y en un 58% afirman que no se realizan rondas para evaluar la adherencia al manual de bioseguridad, lo cual,

puede inferirse, estaría afectando al personal que de manera lógica, un tanto desde el sentido común y poco profesional, estarían flexibilizando su adherencia en vista del poco seguimiento que la IPS hace a estas actividades obligatorias.

Otro factor que afecta directamente en la adherencia a prácticas seguras obligatorias es la falta de contribución de los profesionales a la identificación de los pacientes, pues los colaboradores han señalado en un 50% que la IPS no realiza seguimiento a estas prácticas lo cual puede inferir en la falta de contribución a la identificación de los pacientes la cual asciende a un 38%. Sobre este aspecto es necesario ahondar a partir de nuevos estudios, pues la sistematización de información no permite establecer relación de causalidad entre uno y otro fenómeno.

En general, puede apreciarse que los factores que inciden directamente, sobre todo de manera negativa, en la adherencia de los profesionales a las prácticas seguras obligatorias sobre seguridad del paciente, están relacionadas con la falta de control de la IPS sobre sus protocolos, con la falta de seguimiento y evaluación de las conductas frente a estos indicadores y con el desconocimiento del Comité de Seguridad del Paciente.

6.2. Discusión.

Cabe mencionar, en primer lugar, que tal como lo evidencia la caracterización sociodemográfica de los profesionales de la salud contratados en la entidad del Grupo Sami Salud S.A.S. IPS, el capital humano asistencial de esta institución está

constituido por un equipo de profesionales integrales que están formados en el campo de la salud en áreas como la medicina (4%), fonoaudiología (17%), fisioterapia (21%), nutrición (4%) y enfermería (38%). De igual manera, dicho capital humano evidencia una formación profesional técnica en un 46% y universitaria en un 42%, con el plus de que existe un componente con posgrado que representa el 12% de la población.

En ese mismo sentido, es menester señalar que dicha planta de personal no ha experimentado un mayor índice de rotación laboral pues el grupo presenta una antigüedad media de entre 4 y 6 años en la misma institución; además de una experiencia laboral media entre 6 a 10 años.

Estas cifras permiten inferir que el Grupo Sami Salud S.A.S, es una planta de profesionales con amplios conocimientos sobre la salud pública, con gran experiencia en el campo asistencial y con adecuada formación profesional, factores que, ciertamente, garantizan el funcionamiento a cabalidad de una institución promotora de la salud (27).

Allende a ello, el hecho de que existan valores significativos en lo que refiere a las variables de Experiencia Laboral y Antigüedad, tal como lo señalan Martínez y otros (15), implica que no ha existido mayor rotación laboral al interior de la IPS por lo cual los procesos y procedimientos asistenciales estarían revestidos de un alto grado de estandarización y experiencia (17), lo que a su vez garantiza la seguridad de los pacientes.

Este resultado puede corroborarse desde la experiencia personal de los investigadores que construyeron este estudio, pues se ha evidenciado que el profesionalismo y la experiencia de los colaboradores del Grupo Sami Salud S.A.S, constituyen los pilares de la calidad en la atención y el servicio prestado a los usuarios. Los testimonios de los usuarios dan fe del trato recibido por parte del equipo de profesionales a quienes califican de atentos, accesibles y diligentes.

Por otro lado, aunque la variable de medición 1, sobre el Programa de Seguridad del Paciente, demuestra que en su gran mayoría los profesionales de la salud del Grupo Sami Salud S.A.S, conocen el Programa de Seguridad del Paciente (92%), la ruta de atención para el reporte de eventos adversos (71%) y los riesgos en los procesos asistenciales (79%); es importante señalar que existen porcentajes significativos que permiten inferir, que los profesionales no conocen el coordinador o líder en esa área (33%) ni el comité de Seguridad del Paciente (46%). Además, llama la atención que, pese a contar con los protocolos e instrumentos, los profesionales señalan que desconocen la operación periódica del Comité de Seguridad (50%) así como las acciones de mejora y el seguimiento a la implementación de dicha actividad (58%).

Este desconocimiento, tanto del personal como de la actividad en torno a la seguridad del paciente, constituye un factor que afecta la adherencia de los profesionales a las prácticas seguras, toda vez que la lista de chequeo de MINSALUD evalúa la cercanía entre el profesional de la salud y la actividad en

torno a la Seguridad del Paciente (16,6,12) y, sin esa cercanía, los profesionales no puntúan de manera favorable en dicho instrumento de MINSALUD.

En ese mismo sentido se comporta la variable 2, sobre la monitorización de la Seguridad del Paciente, pues los profesionales han señalado en un 58% que la IPS no evalúa de manera periódica la adherencia de los colaboradores a dichas prácticas de seguridad. De tal manera que, como lo señala la evidencia normativa, las prácticas que garantizan la seguridad de los pacientes deben cumplirse de manera periódica y obligatoria por parte de las IPS (3,23,7,30).

En lo que refiere a la variable 3, sobre la prevención y reducción del riesgo de infección sucede algo similar, pues, aunque los profesionales han señalado que conocen los protocolos de lavado de manos (83%), los manuales de bioseguridad (62%) y provisión de insumos para estas actividades por parte de la IPS (71%), también es cierto que existen falencias en cuanto a la realización de las rondas periódicas de verificación de estas actividades, pues el 46% afirman desconocer la verificación de la adherencia al protocolo de lavado de manos y el 58% afirmó desconocer las rondas de verificación en la adherencia al manual de bioseguridad.

De esto se infiere, al igual que en la variable anterior, que la falta de seguimiento a protocolos y a la adherencia a las prácticas seguras constituye una falencia que tiende a flexibilizar el comportamiento del personal en torno a dichas prácticas obligatorias de seguridad del paciente (12).

En algo en lo que el Grupo Sami Salud S.A.S, si está puntuando de manera adecuada es en la variable 4 sobre la seguridad en la administración de medicamentos; esta variable describe que existe un protocolo de administración de medicamentos y un protocolo de rotulado de los mismos que es conocido en 79% y 75% respectivamente. Sin embargo, no se pueden relajar los controles en este aspecto pues en un 33% los profesionales han señalado que desconocen las rondas periódicas para la medición en la adherencia a estos protocolos.

En contraste con la variable anterior, está la variable 5, sobre la identificación del paciente. Aquí se registra que en un 50% los profesionales no creen que la IPS realice mediciones semestrales sobre la adherencia a estos procedimientos. Además, los profesionales confiesan en un 38% que no contribuyen a que los pacientes puedan ser debidamente identificados y señalan en un 33% que las manillas distintivas de identificación de pacientes no son debidamente utilizadas.

Es necesario ahondar en esta variable para identificar por qué los profesionales registran poca adherencia a las prácticas seguras en cuanto a la identificación de los pacientes, pues las variables no arrojan suficiente información para inferir la causa de dichos problemas.

La variable 6 sobre prevención y reducción de caídas también registra altos porcentajes negativos. En un 86% los profesionales encuestados aseguran que no se ha establecido una ruta para el reporte de caídas como evento adverso,

mientras que en un 46% afirman que la IPS no brinda capacitaciones sobre la prevención y disminución de este riesgo.

Esta situación de falta de socialización y capacitación en este tema específico ciertamente es preocupante, pues no permite que el personal profesional del Grupo Sami Salud S.A.S, pueda puntuar positivamente en la Lista de Chequeo sobre Prácticas Seguras Obligatorias de Seguridad del Paciente.

Finalmente, la variable 7, sobre prevención y disminución del riesgo de úlceras por presión no parece controlada, hay conductas a las que se debe prestar atención pues en un 38% los profesionales declaran que no contribuyen a la clasificación de dicho riesgo, y en un 29% desconocen el protocolo para el manejo de esta situación.

Ahora bien, al cruzar los resultados de las variables de medición del comportamiento profesional, con las variables sociodemográficas de los profesionales en salud, llama la atención que los niveles de desconocimiento tanto de protocolos como del Comité de Seguridad del Paciente, están directamente relacionados con la antigüedad que el personal lleva en la entidad del Grupo Sami Salud S.A.S, pues los datos tabulados evidencian que a menor antigüedad en la entidad mayor desconocimiento y participación en actividades de socialización sobre protocolos de buenas prácticas de seguridad del paciente.

Así por ejemplo, el 100% de los profesionales que desconocen si la IPS cuenta con el Programa de Seguridad del Paciente tienen entre 1 y 3 años de antigüedad;

el 87.5% de quienes no conocen el coordinador o líder de seguridad del paciente tienen entre menos de un año y 3 años de antigüedad; de los 11 profesionales que desconocen el Comité de Seguridad del Paciente, solo 1 está en el rango de 4 a 6 años de experiencia, los otros 10 profesionales están dentro de un rango de menos de un año a 3 años de antigüedad. Mismo comportamiento ocurre en temas como la socialización, la participación, el conocimiento de evidencias de operación y las rutas de atención.

De los 12 profesionales (50%) que no tiene conocimiento sobre evidencia de la operación periódica del Comité de Seguridad del Paciente, el 58% (7 casos) tienen entre menos de un año y tres años de antigüedad, solo el 33% (4 casos) tienen entre 4 y 6 años de antigüedad. De los 7 casos que manifestaron no haber hecho parte de eventos de socialización de temas de Seguridad del Paciente, el 71% (5 casos) tienen menos de 1 año de antigüedad, solo un caso está en el rango de 4 a 6 años de antigüedad. De los 7 casos que desconocen la ruta para el reporte de casos relacionados con fallas en la Seguridad del Paciente, 4 casos (57%) tienen menos de un año de antigüedad, 2 casos (28%) tienen entre 1 y 3 años de antigüedad y un caso (14%) tiene entre 4 y 6 años de antigüedad.

Ese mismo comportamiento se evidencia en las otras variables, lo cual hace inferir que las falencias relacionadas con el desconocimiento de protocolos, rutas, procesos y hasta el personal encargado de realizar estas actividades, obedecen a 2 supuestos: i) por un lado, puede ser que el Comité de Seguridad del Paciente y/o los directivos facultados no han venido actuando con eficiencia durante los

últimos 3 años, o ii) que se esté dejando por fuera de estas actividades al personal más nuevo en la entidad. En ambos casos, los más perjudicados son los empleados más recientes, pues adolecen de destrezas, capacitación y herramientas técnicas para proceder en caso de presentarse un riesgo para el paciente o en caso de que dichos riesgos lleguen a materializarse.

Por esta razón, es necesario que el Comité de Seguridad del Paciente y/o los directivos (auxiliares administrativos) enfoquen sus esfuerzos en capacitar, sobre todo a aquellos profesionales contratados de manera reciente, con la intención de nivelar los conocimientos al respecto.

Por otro lado, los estudios empíricos, tanto a nivel nacional como regional, relacionan el incremento de eventos adversos que comprometen la seguridad de los pacientes, con hechos como i) la desarticulación de la gestión entre los agentes del sistema de salud que genera problemas en la atención y dificulta el logro de los resultados (16), ii) la calidad de los servicios de salud, la cual se define como precaria y crítica y que afecta directamente los procesos asistenciales (16,14), iii) la dispersión de las normas que han producido la falta de continuidad en los lineamientos de la política de seguridad del paciente (16,5), y iv) la limitación de los incentivos para los agentes como para los trabajadores de la salud que afectan el mejoramiento continuo de las entidades (IPS) y la moral de los trabajadores (16,15).

No obstante, la presente investigación contradice estos factores en la medida en que del Grupo Sami Salud S.A.S, cuenta con un personal altamente calificado,

profesionalizado y con experiencia suficiente para hacerle frente a las vicisitudes del sistema de salud y, en consecuencia, adoptar las buenas prácticas obligatorias para la seguridad del paciente.

El problema principal, de acuerdo con los resultados de la investigación, estarían relacionados con una exigüidad del personal administrativo para desarrollar las actividades tanto de capacitación como de seguimiento y evaluación de los procesos asistenciales y su adherencia a las buenas prácticas seguras para los pacientes. Exigüidad que, a su vez, tiene que ver con una falta de recurso humano en la entidad para desarrollar dichas actividades, pues el personal que en el momento se tiene contratado para esa labor (2 auxiliares administrativas) no es suficiente para atender todos los procesos administrativos y llevar a cabo las actividades del Comité de Seguridad del Paciente. En tal sentido, es necesario reforzar dicho comité, con mayor personal capacitado y con experiencia.

En términos generales, puede decirse que las falencias del Grupo Sami Salud S.A.S, en lo que tiene que ver con la adherencia de sus profesionales a las prácticas seguras obligatorias de seguridad del paciente, están relacionadas con la falta de evaluación y seguimiento tanto a los protocolos como a las conductas de adherencia a los mismos; problemas que derivan de una falta de personal administrativo para cumplir dichas funciones.

Existen porcentajes preocupantes que permiten inferir que, pese al conocimiento de los profesionales sobre las actuaciones en caso de situaciones como infección, administración de medicamentos, identificación, caídas y úlceras por presión, lo

mismo que el conocimiento sobre protocolos y procedimientos sobre estos particulares, no existe un adecuado seguimiento y/o evaluación sobre estos protocolos y sobre la adherencia de los profesionales a los mismos, hecho que puede derivar en la relajación de dichas prácticas.

Finalmente, huelga decir que, tal como lo sugieren Mónica Campo, Yuli Cerón y Elizabeth Rodríguez en su investigación *Adherencia al Cumplimiento de las Buenas Prácticas de seguridad del Paciente en el Hospital Local de Candelaria Valle* (16), es la implementación de una *cultura de la seguridad* lo que realmente impacta de manera positiva en las practicas del personal profesional de toda institución. En ese sentido, y teniendo en cuenta que existe un alto índice de desconocimiento de protocolos, canales y personal encargado de atender estos aspectos, es menester implementar campañas de concienciación que permitan difundir dicha cultura al interior de la institución. De esta manera, es posible cambiar las mentes de los profesionales ajustándolas a estándares necesarios para preservar la integridad y la seguridad de los pacientes, razón de ser de todas las instituciones que prestan servicio.

7. CONCLUSIONES

Se concluye que los profesionales de la salud que laboran en del Grupo Sami Salud S.A.S, no demuestran un comportamiento de adherencia total a las buenas prácticas seguras obligatorias de seguridad del paciente, teniendo en cuenta que desconocen del comité de seguridad del paciente y las diferentes funciones que se vinculan a este.

El desconocimiento de este eje entre los profesionales que laboran en la institucion impacta de manera negativa en el desarrollo de los diferentes procesos de la entidad, dejando sin herramientas a los profesionales para ejercer sus funciones en el marco de una atencion integral desde la seguridad del paciente.

Se concluye que ante un desconocimiento de las guias de manejo, protocolos y rutas los profesionales se ven expuestos incurrir en procedimientos inadecuados que dejen expuesta la integridad del paciente durante la atencion, y ante esto se deja prevista la necesidad de integrar espacios de socializacion que promuevan la estandarizacion de procesos y mejoras continuas.

Uno de los factores que incide directamente en la adherencia a las buenas prácticas es la preparación profesional de los colaboradores, pues una formación acorde para asumir estas prácticas obligatorias más la experiencia profesional necesaria para asumir dichas tareas son un elemento que contribuye de manera positiva a la adherencia de los profesionales a las buenas prácticas seguras obligatorias.

En tal sentido, la preparación profesional de los colaboradores resulta un factor determinante en dicha adherencia, pues éstos están debidamente formados para asumir estas prácticas obligatorias y cuenta con la experiencia de 6 a 10 años en promedio necesaria para asumir dichas tareas. Este factor, entonces incide de manera positiva en la alta adherencia de profesionales a las buenas prácticas obligatorias de seguridad de los pacientes.

Los factores que influyen de manera negativa obedecen a parámetros de tipo estructural, como lo son: en primer lugar, la exigüidad del personal administrativo que no da abasto para atender todos los procesos administrativos y los relacionados con el Programa de Seguridad del Paciente; y en segundo lugar, con la desactualización que enfrenta el Comité de Seguridad del Paciente pues la mayoría de profesionales que manifiestan desconocimiento, debido a la falta de socialización de los protocolos de seguridad del paciente con los profesionales de la IPS.

8. RECOMENDACIONES

Como principal recomendación, el presente estudio sugiere fortalecer el Comité de Seguridad del Paciente puntualmente en lo que refiere al recurso humano, pues las 2 auxiliares administrativas con las que cuenta la entidad, no son suficientes para los esfuerzos que requiere no solamente la labor de apoyo administrativo, sino también las labores del Programa de Seguridad del Paciente.

En segundo lugar, se sugiere actualizar los conocimientos de la planta de personal de del Grupo Sami Salud S.A.S, en lo referente a los procedimientos y protocolos relacionados con la seguridad del paciente, pues se evidencia un desfase en el personal, toda vez que los más antiguos demuestran conocimientos fuertes sobre esos items, mientras que los colaboradores más nuevos no tienen dichos conocimientos.

En tercer lugar, se recomienda dedicar esfuerzos y recursos a la ejecución del plan de mejora, pues éste contiene las actividades necesarias para garantizar la adherencia de los profesionales del Grupo Sami Salud S.A.S, a las prácticas seguras obligatorias de seguridad del paciente.

9. BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Seguridad del paciente. [Online].; 2019.. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>.
2. Ministerio de la Salud y la Protección Social. Informe Nacional de Calidad de la Atención en Salud. Bogotá.
3. Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. To Err is Human. Building a Safer Health System Kohn L, Corrigan J, Donaldson M, editores. Washington: The National Academies Press; 2000.
4. Agency for Healthcare Research and Quality. Hospital Survey on Patient Safety Culture..
5. Ministerio de Salud. Seguridad del Paciente y la Atención Segura. Paquetes Instruccionales Guía Técnica "Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente en la Atención en Salud"..
6. Ministerio de Salud. Lineamientos para la Implementación de la Política de Seguridad del Paciente en la República de Colombia. Bogotá de..
7. Ministerio de la Protección Social. Guía Técnica "Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente en la Atención en Salud"..
8. Congreso de Colombia. Artículo 153, Ley 100 de 1993..

9. Presidencia de la República de Colombia. Decreto 1011 de 2006..
10. Organización Mundial de la Salud. Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. París.
11. Organización Mundial de la Salud. Global patient safety action plan 2021–2030: towards eliminating avoidable harm in health care. Geneva.
12. Ministerio de la Protección Social. Herramientas para promover la estrategia de la Seguridad del Paciente en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. Bogotá.
13. Patient Safety & Quality Healthcare. AHRQ: One Decade after To Err Is Human..
14. Díaz , Vásconez Y. Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la empresa social del estado Camu del Prado, de Cereté Córdoba- 2019..
15. Martínez C, Agudelo J, Areiza S, Giraldo D. Seguridad del paciente y su percepción en los profesionales de la salud. Civilizar. 2017; 17(33).
16. Campo M, Cerón Y, Rodríguez E. Adherencia al Cumplimiento de las Buenas Prácticas de Seguridad del Paciente en el Hospital Local de Candelaria Valle- Colombia 2018..

17. Organización Mundial de la Salud. Garantizar la seguridad de los trabajadores de la salud para preservar la de los pacientes. 17 de septiembre de 2020..
18. Congreso de Colombia. Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. 23 de diciembre de 1993..
19. Ministerio de Salud. Resolución 3997 de 1996..
20. Ministerio de Salud. Acuerdo No. 117 de 1998..
21. Congreso de Colombia. Ley 1122 de 2007. 9 de enero de 2007..
22. Congreso de Colombia. Ley1438 de 2011. 19 de enero de 2011..
23. Ministerio de Salud. Evaluación de la Frecuencia de Eventos Adversos y Monitoreo de Aspectos Claves Relacionados con la Seguridad del Paciente. Paquetes Instruccionales Guía Técnica “Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente en la Atención en Salud”..
24. Reason J. Human error: models and management. BMJ. 2000; 320(7237).
25. Arias J, Gómez R. La cultura de la seguridad del paciente: enfoques y metodologías para su medición. CES Medicina. 2017; 31(2).
26. Secretaría de Salud Departamental del Huila. Procesos Prioritarios Seguridad del Paciente..

27. Dentali. Buenas Prácticas de Seguridad del Paciente..
28. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. Metodología de la investigación. 6th ed. México: Mc Graw Hill Education; 2014.
29. Bonilla Castro E, Rodríguez Sehk P. Mas allá del dilema de los metodos: la investigación en ciencias sociales Bogotá: Norma; 2005.
30. Ministerio de Salud Y Protección Social. Resolución 2003 de 2014..
31. Espinoza E. Variables and their operationalization in educational research. Second part. Revista Conrado. 2019; 15(69): p. 171-180.
32. Betancur S. Operacionalización de Variables. [Online].; sf.. Disponible en: http://fcaenlinea.unam.mx/anexos/1349/1349_u2_Act2.pdf.
33. Grupo Sami Salud S.A.S. Nuestra empresa..

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO: “ADHERENCIA DE LOS PROFESIONALES A LAS PRÁCTICAS SEGURAS EN EL GRUPO SAMI SALUD SAS IPS EN LA CIUDAD DE POPAYÁN”

Yo: _____ Certifico que he sido informado(a) con la claridad y veracidad debida respecto al curso y proceso de la investigación, sus objetivos y procedimientos. Que actúo consciente, libre y voluntariamente como participante de la presente investigación contribuyendo a la fase de recolección de la información. Soy conocedor (a) de la autonomía suficiente que poseo para abstenerme de responder total o parcialmente a las preguntas que me sean formuladas y a prescindir de mi colaboración cuando bien lo considere y sin necesidad de justificación alguna.

Que se respetará la buena fe, la confidencialidad e intimidad de la información por mí suministrada, lo mismo que mi seguridad física y psicológica.

Participante consultado

Identificación

Co-investigadores: Ciro F. Angulo C

Jazmín Arizala Q.

Lady Y. Cruz E.

Julieth Erazo Salazar

Leídy J. Zambrano A.

ANEXO 2

Instrumento adaptado, según la lista de chequeo para las buenas prácticas de seguridad de pacientes obligatorias (ministerio de salud y protección social Colombia), para la recolección de datos en la investigación propuesta:

“ADHERENCIA DE LOS PROFESIONALES A LAS PRÁCTICAS SEGURAS EN EL GRUPO SAMI SALUD SAS IPS EN LA CIUDAD DE POPAYÁN”

Practica segura 1. Contar con un Programa de Seguridad del Paciente que provea una adecuada caja de herramientas para la identificación y gestión de eventos adversos

¿En Sami salud IPS cuentan con un Programa de Seguridad del Paciente?

- Si
- No

¿Los directivos de Sami salud están comprometidos con política de seguridad y que además cumpla lineamientos nacionales?

- Si
- No

¿Existe un coordinador o líder en Seguridad de Paciente?

- Si
- No

¿Conoce el comité de seguridad del paciente?

- Si
- No

¿Le han dado a conocer la evidencia y operación periódica de un Comité de Seguridad?

- Si
- No

¿Ha sido participe de una socialización de temas relacionados con Seguridad del Paciente?

- Si
- No

¿Conoce cuál es la ruta para el reporte en casos de que se le presente una falla relacionada con la atención en salud?

- Si
- No

¿Sabe cuáles son los riesgos en los procesos asistenciales?

- Si
- No

¿La institución tiene acciones de mejoramiento o preventivas para evitar o disminuir los riesgos de los procesos asistenciales?

- Si
- No

¿Cuentan con un seguimiento a la implementación de las acciones de mejoramiento o preventivas formuladas para mitigar los riesgos más críticos de los procesos asistenciales?

- Si
- No

¿La institución cuenta con un procedimiento para el desarrollo o adopción de guías de práctica clínica para la atención de las patologías o condiciones que atiende con mayor frecuencia en cada servicio?

- Si
- No

¿Conoce los protocolos que existen en la entidad?

- Si
- No

Practica segura 2. Monitorización de aspectos relacionados con la seguridad del paciente

¿Cree usted que la institución evalúa semestralmente la adherencia a las guías de manejo clínico asociadas a las buenas prácticas de seguridad del paciente

obligatorias?

- Si
- No

Practica segura 3. Prevenir y reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención en salud.

¿Conoce usted si la IPS cuenta con el protocolo de lavado de manos?

- Si
- No

¿Conoce usted si se realizan rondas periódicas donde se mide la adherencia al protocolo de lavado de manos?

- Si
- No

¿Su institución le provee los insumos para la higiene de manos como: ¿Toallas desechables, solución de alcohol glicerinado, jabón antibacterial, en concordancia con el protocolo institucional de higiene de manos?

- Si
- No

¿Conoce usted si su institución cuenta con Protocolo de venopunción que incluye acciones para prevenir las flebitis infecciosas, químicas y mecánicas?

- Si
- No

¿Conoce usted si su institución cuenta con protocolo de manejo de colocación y mantenimiento de sondas vesicales?

- Si
- No

¿Conoce usted si en su institución existe un manual de bioseguridad?

- Si
- No

¿En su institución realizan rondas periódicas donde se mida la adherencia al manual de bioseguridad?

- Si
- No

Practica segura 4. Mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos

¿Conoce usted si existe un protocolo de administración de medicamentos en su institución?

- Si
- No

¿Conoce usted si en su institución realizan ronda de seguridad periódica donde se mide la adherencia al proceso de administración segura de medicamentos?

- Si
- No

¿Conoce usted si existe un Protocolo para la rotulación e identificación de medicamentos cuando están siendo administrados al paciente?

- Si
- No

¿En su institución Los registros de la historia clínica evidencian que se ha identificado el riesgo de alergias a medicamentos de los usuarios?

- Si
- No

Practica segura 5. Relacionada a la correcta identificación del paciente en los servicios asistenciales

¿Cree usted que en la institución se realice la medición semestral de adherencia al protocolo de identificación correcta del usuario y documentación de acciones de mejora?

- Si
- No

¿Contribuye usted a que el paciente pueda ser plenamente identificado con la manilla?

- Si
- No

¿Ha identificado el buen uso de manillas de marcación de los pacientes en dentro de la institución?

- Si
- No

Practica segura 7. Relacionadas a la práctica segura de procesos para la prevención y reducción de la frecuencia de caídas

¿Conoce usted si en los últimos seis meses ha habido situaciones en la institución que involucren la caída de un paciente?

- Si
- No

¿En caso de responder si, sabe si se ha establecido ruta para el debido reporte como incidente o evento adverso?

- Si
- No

¿Se les brinda capacitación o socialización sobre los protocolos u acciones que adopta la IPS para disminuir o evitar las caídas en pacientes?

- Si
- No

¿Contribuye usted desde su cargo a la clasificación de pacientes que puedan tener riesgo de caída, por su condición de salud, edad, entre otros?

- Si
- No

¿Conoce la conducta o acción que debe asumir en caso de que un paciente presente una situación de caída durante la atención que usted le brinda?

- Si
- No

Practica segura 8. Relacionada a la práctica segura de Ulceras por presión

¿Conoce usted si la IPS cuenta con el protocolo de manejo para evitar la aparición de úlceras por presión?

- Si
- No

¿contribuye a la clasificación del riesgo de úlceras por presión en usuarios que tienen manejo interno en la institución?

- Si
- No

¿Desde su cargo realiza acciones concernientes a la minimización de riesgo de úlceras por presión, o alerta a los colaboradores a cargo sobre la necesidad de asumir conductas frente a un paciente?

- Si
- No

ANEXO 3

PLAN DE MEJORA

PLAN DE MEJORAMIENTO PARA ADHERENCIA DE LOS PROFESIONALES A LAS PRÁCTICAS SEGURAS EN EL GRUPO SAMI SALUD SAS IPS EN LA CIUDAD DE POPAYÁN	
0. PROBLEMA:	Desconocimiento por parte de los trabajadores del Grupo Sami Salud de la ciudad de Popayán de los protocolos de seguridad y falta de supervisión de la IPS para corroborar el seguimiento de las buenas prácticas en salud.
1. CAUSAS DEL PROBLEMA:	Posiblemente i) pocas jornadas de socialización de los protocolos ii) poca lectura de los profesionales de los protocolos de la IPS; iii) escasos programas permanentes de formación de profesionales en protocolos de prácticas seguras y iv) ausencia de programas de evaluación y revisión de seguimiento a prácticas seguras rutinarias por parte de la IPS a los profesionales de salud.
2. ÁREAS Y PROCESOS QUE DEBEN SER MEJORADOS:	El Comité de Seguridad del Paciente debe: i) visibilizar sus integrantes, ii) visibilizar sus acciones, iii) proponer plan de seguimiento y evaluación y iv) establecer un cronograma interno de rondas de supervisión de prácticas seguras.
3. OBJETIVO GENERAL DEL PLAN DE MEJORAMIENTO:	Fortalecer el Comité de Seguridad del Paciente y determinar claramente las acciones que éste debe realizar, duración y periodicidad de las mismas; así como responsables de revisión de los procesos seguidos por el personal trabajador de la salud
4. ACTIVIDADES A REALIZAR:	i) creación de pestaña en página web con responsabilidades, derechos y deberes del Comité de Seguridad del Paciente, ii) integración de protocolos de procedimientos en la pág web, iii) envío por correo electrónico de documentación y dirección de la pag a todos los trabajadores, iv) realización de jornadas de socialización de responsabilidades del Comité y de protocolos de procedimiento v) establecimiento de cronograma de rondas de seguimiento vi) establecimiento de cronograma de reuniones para revisión de informes de seguimiento vii) establecimiento de sanciones por incumplimiento de protocolos de prácticas seguras viii) aplicación eficaz de sanciones por incumplimiento de protocolos, ix) realizar jornadas para socializar ruta de reporte de incidentes y eventos adversos; x) establecer incentivos para quienes reporten incidentes y eventos adversos.

PROBLEMA	ACTIVIDAD	RECURSOS NECESARIOS	RESPONSABLES	DURACIÓN ESTIMADA DE LA ACTIVIDAD	OBSERVACIONES
Desconocimiento del personal de salud sobre el Comité de Seguridad del Paciente	i) creación de pestaña en pág web con responsabilidades, derechos y deberes del Comité de Seguridad del Paciente, ii) integración de protocolos de procedimientos en la pág, iii) envío por correo electrónico de documentación y enlace de pág web a todos los trabajadores	i) 1 personas que reúna toda la información, digitalice, suba la información y envíe los correos electrónicos. ii) Computador con acceso a internet	personal designado para ello por parte del Comité de Seguridad del Paciente.	1 mes	
Falta de periodicidad de evaluación de adherencia al protocolo de buenas prácticas	i) Establecimiento de cronograma de rondas de seguimiento ii) establecimiento de cronograma de reuniones para revisión de informes de seguimiento, iii) aplicación de sanciones por incumplimiento de protocolos	i) Contratación de recurso humano, ii) Recursos materiales necesarios para realizar los cronogramas, informes y responsables de aplicar las sanciones.	Comité de Seguridad del Paciente.	2 meses para establecimiento de cronogramas / seguimiento de cronograma es permanente.	
Falta de rondas para evaluar adherencia al lavado de manos					
Desconocimiento del manual de bioseguridad	i) creación de pestaña en pág web con responsabilidades, derechos y deberes del Comité de Seguridad del Paciente, ii) integración de protocolos de procedimientos en la pág, iii) envío por correo electrónico de	i) 1 personas que reúna toda la información, digitalice, suba la información y envíe los correos electrónicos. ii)	personal designado para ello por parte del Comité de Seguridad del Paciente.	1 mes	

	documentación y enlace de página web a todos los trabajadores	Computador con acceso a internet			
Falta de rondas para evaluar la adherencia al manual de bioseguridad	i) Establecimiento de cronograma de rondas de seguimiento ii) establecimiento de cronograma de reuniones para revisión de informes de seguimiento, iii) aplicación de sanciones por incumplimiento de protocolos	i) Contratación de recurso humano, ii) Recursos materiales necesarios para realizar los cronogramas, informes y responsables de aplicar las sanciones.	Comité de Seguridad del Paciente.	2 meses para establecimiento de cronogramas / seguimiento de cronograma es permanente.	
Falta de contribución de los profesionales a la identificación de los pacientes	i) realización de jornadas de socialización de responsabilidades del Comité y de protocolos de procedimiento	i) Permisos para participar en jornadas, ii) materiales necesarios para jornadas (pc, papelería, refrigerios, etc.); iii) personal para dirigir y dinamizar las jornadas	Comité de Seguridad del Paciente.	al menos 4 jornadas al año (1 vez cada 3 meses)	
Falta de seguimiento a las prácticas de identificación de los pacientes	i) Establecimiento de cronograma de rondas de seguimiento ii) establecimiento de cronograma de reuniones para revisión de informes de seguimiento, iii) aplicación de sanciones por incumplimiento de protocolos	i) 1 persona que reúna toda la información, digitalice, suba la información y envíe los correos electrónicos. ii) Computador con acceso a internet	Comité de Seguridad del Paciente.	2 meses para establecimiento de cronogramas / seguimiento de cronograma es permanente.	
Falta de seguimiento a la implementación					

de acciones de mejoramiento.					
Desconocimiento del procedimiento para la adopción de guías de práctica clínica para la atención de las patologías.	i) realización de jornadas de socialización de responsabilidades del Comité y de protocolos de procedimiento	i) Permisos para participar en jornadas, ii) materiales necesarios para jornadas (pc, papelería, refrigerios, etc.); iii) personal para dirigir y dinamizar las jornadas	Comité de Seguridad del Paciente.	al menos 4 jornadas al año (1 vez cada 3 meses)	
Falta de seguimiento a las guías de manejo clínico	i) Establecimiento de cronograma de rondas de seguimiento ii) establecimiento de cronograma de reuniones para revisión de informes de seguimiento, iii) aplicación de sanciones por incumplimiento de protocolos	i) Contratación de recurso humano, ii) Recursos materiales necesarios para realizar los cronogramas, informes y responsables de aplicar las sanciones.	Comité de Seguridad del Paciente.	2 meses para establecimiento de cronogramas / rondas se hacen de manera aleatoria cada semana / reuniones cada mes para revisión de informes	
Desconocimiento del protocolo de venopunción	i) realización de jornadas de socialización de responsabilidades del Comité y de protocolos de procedimiento	i) Permisos para participar en jornadas, ii) materiales necesarios para jornadas (pc, papelería, refrigerios, etc.); iii) personal para dirigir	Comité de Seguridad del Paciente.	al menos 4 jornadas al año (1 vez cada 3 meses)	
Desconocimiento del protocolo de manejo, de colocación y	i) realización de jornadas de socialización de responsabilidades del Comité y de protocolos de procedimiento				

mantenimiento de sondas vesicales		y dinamizar las jornadas			
Falta de ruta para el reporte de incidentes o eventos adversos	<ul style="list-style-type: none"> i) realizar jornadas para socializar ruta de reporte de incidentes y eventos adversos; ii) establecer incentivos para quienes reporten incidentes y eventos adversos. 				