

**INSTRUMENTOS PARA LA IMPLEMENTACION DEL PROGRAMA
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA INSTITUCION HOSPITALARIA ESE
NORTE 2 DE MIRANDA**

**ELIZABETH CRISTINA ORDOÑEZ BRAVO
EDGAR ORDOÑEZ ZAMBRANO
SAMUEL LONDOÑO ORTEGA
TERESA OSORIO
WILLIAM GIOVANNI QUIÑONES SEVILLA**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE MANIZALES
FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN ADMINISTRACIÓN DE SALUD
CALI OCTUBRE DE 2012**

**INSTRUMENTOS PARA LA IMPLEMENTACION DEL PROGRAMA
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA INSTITUCION HOSPITALARIA ESE
NORTE 2 DE MIRANDA**

**ELIZABETH CRISTINA ORDOÑEZ BRAVO
EDGAR ORDOÑEZ ZAMBRANO
SAMUEL LONDOÑO ORTEGA
TERESA OSORIO
WILLIAM GIOVANNI QUIÑONES SEVILLA**

**Tutor:
RICHAR NELSON ROMÁN MARÍN**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE MANIZALES
FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN ADMINISTRACIÓN DE SALUD
CALI OCTUBRE DE 2012**

Nota de aceptación

Presidente del Jurado

Jurado

Jurado

Santiago de Cali, 26 de Octubre de 2012

CONTENIDO

	pág.
INTRODUCCIÓN	8
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
2. ANTECEDENTES	11
3. SUPUESTO TEORICO	14
4. JUSTIFICACION	15
5. OBJETIVOS	17
5.1 OBJETIVO GENERAL	17
5.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	17
6. MARCO TEÓRICO	18
6.1 SITUACIÓN CONTEXTUAL	18
6.1.1 Departamento del Cauca.	18
6.1.1.1 Municipio de Miranda.	18
6.2 REFERENTE TEÓRICO	23
7. DISEÑO METODOLÓGICO	30
7.1.1 Diseño Metodológico Descriptivo	30
7.1.1 Enfoque Cuantitativo.	30
7.1.2 Población de Referencia. Profesional de la institución hospitalaria ESE	30
7.1.3 Técnicas de Recolección. Diseño y aplicación de una encuesta	30
7.1.4 Técnica de Procesamiento y análisis. La digitación de datos se hará	30
7.1.5 Variables.	30
7.1.5.1 Variables cualitativas.	30
7.1.5.2 Variables cuantitativas.	30
8. CRONOGRAMA	32
9. RESULTADOS Y ANÁLISIS	33
10. COMENTARIOS.	57
11. CONCLUSIONES	58

12. RECOMENDACIONES	59
13. GLOSARIO	61
BIBLIOGRAFÍA	62
ANEXOS	63

LISTA DE TABLAS

	pág.
Tabla 1. Ficha técnica: 1 Población afiliada al régimen subsidiado	20
Tabla 2. Ficha Técnica: 2 Principales causas de consulta en servicios de urgencias	21
Tabla 3. Ficha Técnica: 3 Principales causas de consulta externa a nivel general	22
Tabla 4. Ficha técnica: 4 Principales causas por servicio de odontología	23
Tabla 5. Ficha técnica 5: Aspectos Demográficos	30
Tabla 6. Ficha técnica: 6 Aspectos económicos	31
Tabla 7. Ficha técnica: 7 Aspectos de salud	31
Tabla 8. Sección A: su área de servicio o el lugar donde dedica mayor tiempo	33
Tabla 9. Sección B: Su jefe y/o director	39
Tabla 10. Sección C: Comunicación en su servicio y/o área de trabajo	44
Tabla 11. Sección D: Frecuencia de eventos adversos ocurridos / errores reportados	48
Tabla 12. Sección G: Número de eventos adversos presentados y/o errores reportados	53

LISTA DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico: 1 Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente.	34
Gráfico: 2 En ocasiones no se presta la mejor atención al paciente por que hay demasiado personal temporal.	35
Gráfico 3. Fallas / Medidas adoptadas	36
Gráfico 4. Cambio / Evaluación efectividad	37
Gráfico 5. Seguridad del paciente / hacer más trabajo	38
Gráfico: 6 Clima Laboral – Seguridad del Paciente.	40
Gráfico: 7 Jefe – Sugerencias.	41
Gráfico: 8 Gerencia – Seguridad del Paciente.	42
Gráfico: 9: Seguridad paciente – ocurrencia adverso.	42
Gráfico: 10 Jefe – Seguridad del Paciente	43
Gráfico: 11 Adversos /notificación acciones	45
Gráfico: 12 Libertad en hablar	46
Gráfico: 13 Informe – errores unidad	46
Gráfico: 14 Discusión prevención errores	47
Gráfico 15. Notificación / Informe	49
Gráfico: 16. Frecuencia reporte error	50
Gráfico 17. Informe / Unidad	51
Gráfico 18. Cuestionar acciones superiores	52
Gráfico 19. Evento adversos / errores diligenciados	54
Gráfico 20. Tiempo trabajando / Área o unidad	55
Gráfico 21. Horas de trabajo / Semana	56

INTRODUCCIÓN

Los eventos adversos se presentan en cualquier actividad y son un indicador fundamental de la calidad de esa actividad; y sirven de insumo para poder investigar cuales son las causas que los generan, cuales las disposiciones de las instituciones para que estos aparezcan y una vez identificadas las causas y los condicionantes, nos permite identificar las barreras que podrían desarrollarse para evitar la reincidencia de este evento adverso. Lo importante es no dejar que suceda el evento adverso, sin investigar las causas que lo provocaron y sin proponer acciones para evitar que siga presentándose.

Según fuentes estadísticas, los eventos adversos pueden ocasionar la muerte a un número significativo de pacientes, cifra superior a la de las muertes por accidentes de tráfico, cáncer de mama o sida. Muchos de dichos eventos obedecen a errores médicos, ocasionando consecuencias directas en la asistencia y repercusiones económicas.

La seguridad del paciente se considera una prioridad en la asistencia sanitaria, actividad cada vez más compleja, que entraña riesgos potenciales y que reclama día a día acciones pertinentes a mejorar en la prestación del servicio.

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

En razón de lo expuestos y dado los múltiples incidentes que se presentan en las instituciones prestadoras de servicios de salud, surge el presente trabajo de grado sobre seguridad del paciente, cuya metodología se centra en la recolección de información en diversas fuentes, sistematización y análisis de los resultados obtenidos, socialización, con el fin de sugerir a la institución la implementación de un programa de seguridad del paciente, donde se identifiquen los principales eventos adversos y promuevan políticas y prácticas seguras de atención en salud, que garanticen el mejoramiento continuo en la calidad de atención de los pacientes y disminuya los riesgos y eventos adversos en la ESE Norte II Miranda. Programa que será diseñado por el grupo investigador y que contribuirá significativamente en la disminución de eventos adversos, costos y demandas.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La E.S.E. Norte II, dentro de su portafolio de servicios, ofrece: urgencias, Hospitalización, Odontología, consulta medica general, Laboratorio clínico, Apoyo Diagnostico, Fisioterapia, Farmacia, SIAU, Programas de Promoción y Prevención, todos los servicios de baja complejidad, los cuales se prestan las 24 horas del día, La ESE norte II se encuentra en los municipios de Caloto, Corinto, Guachene y Miranda, municipios que hacen parte de la red, este trabajo va enfocado a la relevancia de la implementación del programa de eventos adversos en la ESE Norte II punto de atención Miranda, el equipo de salud ejecutan sus protocolos de atención especialmente en el área de urgencias donde se inicia con la realización del triage y conforme a su clasificación se realiza la intervención en salud, que va desde una valoración y generación de conducta, hasta la estabilización de los pacientes y la remisión de ellos a otras entidades de mayor grado de complejidad.

La Empresa Social del Estado Norte 2 es una entidad pública descentralizada con personería jurídica y autonomía administrativa. Creada mediante decreto departamental No. 0271 del 09 de Abril de 2007, agrupa los municipios de Caloto, Corinto, Miranda y Guachené. Brindando servicios de salud de baja complejidad entendida como un servicio público esencial a cargo del estado y hace parte de la red pública de atención en salud del Departamento del Cauca.

El compromiso con la comunidad obliga a avanzar continuamente en el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad pensando en la atención centrada del paciente. Con el equipo administrativo y sobre todo al talento humano asistencial se puede afirmar que la empresa es rentable financiera y socialmente, con alto grado de compromiso social y regional.

Estudios realizados sobre accesibilidad y oportunidad dentro del servicio de urgencias, muestran que mensualmente son atendidos más de 800 usuarios, conforme a los datos registrados dentro del sistema de información de la empresa; de igual manera vemos que se han presentado algunos eventos adversos, como caída de camilla, reacción a un medicamento aplicado, caída de cama, los cuales son registrados en unos formatos establecidos por la ESE Norte 2, pero no se realiza el seguimiento adecuado, debido a que no se tiene una política institucional ni los protocolos establecidos dentro de la institución.

Dentro de las metas fijadas por la ESE Norte II, se plantea un mecanismo de planeación de mediano plazo que permitirá a la ESE proyectarse con una plataforma sólida en el largo plazo como una empresa líder en prestación de servicios de primer nivel que funciona en red integral de servicios en los diferentes puntos de atención y le brinda a la población de sus municipios de influencia calidad en la atención.

El equipo administrativo, médico y social de la E.S.E continuara trabajando con más ánimo para cumplir con el compromiso de avanzar en el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad pensando siempre en la atención centrada del paciente y con la misión de prestar los servicios de salud de baja complejidad entendida como un servicio público esencial a cargo del estado.

En virtud de lo expuesto es imprescindible formularse el siguiente interrogante ¿Cuales son los aspectos a tener en cuenta para la implementación del programa de seguridad del paciente en la institución ESE Norte 2 de Miranda?

2. ANTECEDENTES

Por una atención sanitaria no segura en los centros médicos, cada año millones de pacientes de todo el mundo sufren daño o fallecen. Para conocer cuáles son los principales problemas de la atención de la salud, se está realizando esfuerzos en diferentes lugares del mundo para identificar sus causas, desarrollarlas y poner en práctica soluciones efectivas a esos problemas. Uno de los primeros pasos es conocer la realidad para así diseñar soluciones dirigidas a prevenir los riesgos y a disminuir la carga de enfermedad relacionada a incidentes involuntarios en los cuidados de salud.

La seguridad del paciente, por su complejidad, prolongación y la vulnerabilidad del paciente, no puede estar libre de riesgos. Debido, a que cada riesgo no es conocido suficientemente, por ello es necesario tratarlos según el escenario en el que se desarrolle cada caso.

Esencialmente, el apoyo que proporciona cualquier organización de salud consiste en tratar de alcanzar la curación o atenuar las dolencias y los problemas de salud de la población de su entorno. En este complejo intercambio intervienen gran número de bienes y servicios: desde administración, hostelería y material médico hasta los cuidados médicos y de enfermería. La integración de todos estos elementos en la seguridad del paciente debe aspirar a ofrecer una asistencia de la mayor calidad posible, en la que el paciente que busca un tratamiento médico tiene la garantía de un procedimiento correcto y seguro en aras del resultado deseado. Sin embargo, la creciente complejidad de los sistemas de salud puede favorecer la proliferación de errores y sucesos adversos, de cuyo conocimiento dependerá que se puedan establecer las medidas necesarias para evitarlos y minimizarlos en la medida que sea posible.

La OMS y OPS han mostrado gran interés en la Atención segura del paciente, es así como en 2005 la OMS constituyó la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, en el marco de la cual se han promulgado dos Retos Mundiales por la Seguridad del Paciente de los cuales Colombia es signataria y por lo cual debe adelantar acciones en tal sentido:

- “Atención Limpia es una atención mas segura” (2007), orientada a la prevención y mejor control de la infección asociada a la atención sanitaria.
- “Prácticas Quirúrgicas Seguras Salvan Vidas.” (2008) que incluye métodos de verificación que han mostrado ser efectivos en la mejoría de la seguridad en los quirófanos.

La Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente/OMS, el programa regional de fortalecimiento de la calidad de la atención sanitaria de OPS/OMS y la Dirección General de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de salud de España, establecieron en 2007 un compromiso para promover, apoyar técnica y financieramente el desarrollo de un estudio de prevalencia de eventos adversos – IBEAS-. Se tomó una muestra de 55 hospitales de Argentina, Colombia (12 hospitales), Costa Rica México y Perú.

Colombia impulsa una política de seguridad del paciente, liderada por el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud, la cual busca prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la Seguridad del Paciente y reducir si es posible la ocurrencia de Eventos Adversos y contar con instituciones seguras y competitivas en todo el Territorio Nacional.

El sistema obligatorio de garantía de la calidad, en sus cuatro componentes: Sistema único de habilitación, auditoria para el mejoramiento continuo, sistema único de acreditación y sistema de información; tiene como fundamento principal disminuir los riesgos que se presentan en la atención en salud en las instituciones prestadoras de servicios de salud especialmente en las áreas de urgencias y hospitalización, brindándoles una mayor seguridad a los usuarios y a sus familias, hecho de vital importancia para las instituciones prestadoras de servicios de salud tanto públicas como privadas.

La medicina Colombiana ha alcanzado niveles importantes de desarrollo, sin embargo, los avances científicos de la medicina también pueden acompañarse de riesgos adicionales, sin que necesariamente eso signifique que haya habido una intención de hacer daño por parte de los trabajadores de la salud, mas bien se presentan por desconocimiento de los factores de riesgo que generan dichas situaciones presentadas.

Los sistemas de prestación de servicios de salud son complejos, por eso se habla de sistemas de alto riesgo, la medicina ha pasado de ser simple y poco efectiva a ser un proceso complejo y potencialmente peligroso.

En una atención de salud compleja o sencilla pueden ocurrir múltiples y variados procesos, para obtener un resultado efectivo en el mejoramiento de la salud del enfermo se hace necesario que en cada proceso que se interviene, se realicen procesos coordinados en forma adecuada y oportuna.

En sistemas tan complejos, alguno o algunos de esos procesos pueden salir mal, por causas no simples atribuibles a la negligencia de un individuo en particular, si no mas bien explicable por la concurrencia de errores de planeación o ejecución durante el desarrollo de los procesos de atención en salud, impactando negativamente en el paciente y generando los llamados eventos adversos; Cuando ocurre un evento adverso el paciente sufre daño y el profesional de la

salud también pues en muchas ocasiones se señala como culpable a este sin detenerse a analizar que no ha habido intención de dañar ni la cadena de procesos de la atención en salud que al fallar han facilitado la ocurrencia de tales situaciones.

La Seguridad del Paciente implica la evaluación permanente y proactiva de los riesgos asociados a la atención en salud para diseñar e implantar de manera constante las barreras de seguridad necesarias.

Para que un sistema de atención en salud sea seguro, es necesaria la participación responsable de todos los actores involucrados en el proceso.

Es así, como a pesar de conocer dichos riesgos, el sector salud está hoy en la mira de una serie de observadores cada vez más informados y que exigen más sus derechos (pacientes, aseguradores en salud, medios de comunicación, ministerios de salud) que están cuestionando el por qué la ocurrencia de una serie de desenlaces negativos no esperados en los pacientes que necesariamente no son complicaciones inherentes a la patología de base, sino debido a la confluencia de otros factores más cercanos a la gestión del proceso de atención; Quiere decir que a pesar de que la atención en salud lleva un riesgo implícito, no siempre se está garantizando una atención adecuada, existen una serie de conceptos y herramientas, no necesariamente nacidas dentro del sector salud, que podrían garantizar una adecuada prevención, mitigación y manejo de dichos desenlaces y que se volvió imperativo, dada la presión social, ética y legal sobre todos los profesionales y organizaciones de salud, por eso se hace necesario garantizar la seguridad del paciente, el acceso a una atención en salud segura, la cual hoy día es un derecho básico de cada uno de los ciudadanos, los cuales tienen derecho a recibir información pertinente, sobre la seguridad de la atención del paciente.

Debido a toda la complejidad de los procesos de atención en salud se hace necesario que se consideren como un sistema de alto riesgo y por lo tanto se involucren en su diseño numerosas barreras de seguridad que prevengan los fallos involuntarios que puedan presentarse durante la atención de un paciente y causarle lesiones que pongan en riesgo la vida de las personas.

3. SUPUESTO TEORICO

Prevenir la ocurrencia de eventos adversos en los procesos de atención en salud de la Ese Norte II punto de atención Miranda, es el compromiso que tiene la gerencia de la Ese Norte II, mediante el despliegue de metodologías científicamente probadas y la adopción de herramientas prácticas que mejoren las barreras de seguridad y establezcan un entorno seguro de la atención en salud.

4. JUSTIFICACION

Realizar una investigación sobre la seguridad del paciente, es una prioridad de la atención en salud en las instituciones, los incidentes y eventos adversos son la luz roja que alerta sobre la existencia de una atención insegura; los eventos adversos se presentan en cualquier actividad y son un indicador fundamental de su calidad, esto nos permitirá llevar al personal de la ESE Norte II, a ejecutar una serie de acciones convincentes que conlleven a comportamientos seguros en la atención médica.

En los últimos años en la mayoría de los sistemas de salud se han implementado políticas que lleven a controlar la aparición de eventos adversos en la atención en salud, solo hasta el año 2000 el Instituto de Medicina de los Estados Unidos, se empezó a analizar en más detalle el tema y buscar eventos adversos prevenibles, hoy la seguridad del paciente es una preocupación universal, dado que a diario se producen en los Hospitales fallas en la atención, tanto en los países desarrollados como en los del tercer mundo. La OMS lanzó recientemente la “Alianza Mundial para la seguridad del paciente” buscando estandarizar en los hospitales y en los sistemas de salud, practicas que brinden mayor seguridad y menores errores, no obstante hoy la IPS encuentra dificultades acerca de cómo detectar, disminuir el riesgo en la atención y brindar mayor seguridad.

En cualquier momento se pueden presentar eventos adversos que puede ser ocasionado por un Factor Humano, Factor en la Organización o Factor Técnico de ahí, la política de seguridad del paciente que desarrolla este país mediante el conjunto de acciones y estrategias sencillas que está impulsando el Ministerio de la Protección Social, para ser implementadas por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud las cuales propenden por ofrecer herramientas y practicas en la consecución de los objetivos, de hacer más seguros los procesos de atención, impactar en la mejora de la calidad y proteger al paciente de riesgos evitables que se derivan de la atención en salud.

En nuestro país existe una sólida decisión por parte del Gobierno, prestadores y aseguradores de desarrollar procesos que garanticen a los usuarios una atención segura en las instituciones prestadoras de servicios de salud; por ello la necesidad de aclarar conceptos e identificar comportamientos seguros, conocer el auto reporte y así identificar los riesgos y eventos adversos que se presentan en la institución de salud (ESE NORTE II) con el objetivo de mejorar la calidad de vida y lograr una mejor adherencia a los protocolos de atención en la institución, teniendo en cuenta que la medida del riesgo va ligado a los pacientes hospitalarios es una cuestión de suma importancia para el sistema de salud, tanto en su dimensión sanitaria como económica, jurídica, social.

Debido a que el número de eventos adversos reportados obedece a una política institucional que induce y estimula el reporte, más no al deterioro de la calidad de

atención. La seguridad del paciente se considera una prioridad en la asistencia hospitalaria, actividad cada vez más compleja, por los riesgos potenciales y en la que no existe un sistema capaz de garantizar la ausencia de eventos adversos, ya que se trata de una actividad en la que se combinan factores inherentes al sistema con actuaciones humanas.

Para poder desarrollar este proyecto se requiere del compromiso de la alta gerencia de la ESE Norte II, conformado por el Gerente, el departamento de garantía de calidad, líderes de los servicios, personal asistencial y administrativo. Asimismo con Instituciones o dependencias que apoyen el estudio como son: Universidad católica de Manizales, Administración de la ESE Norte II, departamento de calidad ESE Norte II.

Con este proyecto se pretende mejorar la calidad de los servicios prestados en el área de urgencias y hospitalización de la ESE Norte II, mejorar la atención médica y de la seguridad que se brinda a los pacientes, además impulsa a las instituciones a mantener las ventajas competitivas para alcanzar, sus objetivos sostener y mejorar su posición en el entorno, tanto del municipio de Miranda como en el Departamento del Cauca.

5. OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar los instrumentos para la implementación del programa de seguridad del paciente, donde se promuevan prácticas seguras de atención en salud, que garanticen el mejoramiento continuo en la calidad de atención y disminuya los riesgos y eventos adversos en la ESE Norte II Miranda.

5.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar las causas más frecuentes de eventos adversos presentado en la ESE Norte II del municipio de Miranda
- Identificar la cultura institucional de seguridad del paciente que maneja la ESE Norte II de Miranda.
- Generar recomendaciones, aspectos a tener en cuenta para un efectivo programa de seguridad del paciente en la ESE Norte II de Miranda Cauca.

6. MARCO TEÓRICO

6.1 SITUACIÓN CONTEXTUAL

6.1.1 Departamento del Cauca. El Departamento de Cauca está situado en el suroeste del país entre las regiones andina y pacífica; localizado entre los 00°58'54" y 03°19'04" de latitud norte y los 75°47'36" y 77°57'05" de longitud oeste. Cuenta con una superficie de 29.308 km² lo que representa el 2.56 % del territorio nacional. Limita por el Norte con el departamento del Valle del Cauca, por el Este con los departamentos de Tolima, Huila y Caquetá, por el Sur con Nariño y Putumayo y por el Oeste con el océano Pacífico.

Está dividido en 42 municipios, 99 corregimientos, 474 inspecciones de policía, así como numerosos caseríos y sitios poblados. Los municipios están agrupados en 27 círculos notariales y 29 notarías; un círculo de registro con sede en Popayán y 8 oficinas seccionales con sede en Bolívar, Caloto, Puerto Tejada, Santander de Quilichao, Patía, Guapi y Silvia; conforma el distrito judicial, Popayán, con 8 cabeceras de circuito judicial en Popayán, Bolívar, Caloto, Guapi, Patía, Puerto Tejada, Santander de Quilichao y Silvia. El departamento conforma la circunscripción electoral del Cauca.

La economía del Cauca está basada principalmente en la producción agrícola y ganadera, la explotación forestal, la actividad pesquera y el comercio. La agricultura se ha desarrollado y tecnificado en el norte del departamento; sus principales cultivos son la caña de azúcar, maíz tradicional, arroz, maíz tecnificado, plátano, fique, yuca, papa, coco, sorgo, cacao, maní y palma africana. En la región del Pacífico se extrae oro, plata y platino. Otros minerales no preciosos que se explotan son azufre, asbesto, caliza, talco, yeso y carbón. La industria fabril se ubica en Popayán, Santander de Quilichao, Puerto Tejada con fábricas de productos alimenticios, bebidas, lácteos, papel, empaques, transformación de la madera, industria azucarera y elaboración de impresos para la exportación. Los centros de mayor actividad comercial son Popayán, Santander de Quilichao, Patía (El Bordo), Puerto Tejada, Piendamó y Corinto.

6.1.1.1 Municipio de Miranda.

- **Aspectos demográficos y socioeconómicos del municipio de Miranda.**

✓ **Creación.** El Municipio de Miranda, se fundó el 07 de Mayo de 1893 y los señores Julio Fernández Medina, Rafael Rojas entre otros protocolizaron la escritura de donación y Fundación ante el notario Florentino Silva, después de su fundación a pasos agigantados la población fue aumentando de manera significativa, debido a los vientos de la guerra de los mil días dando origen a una impecable organización.

✓ **Su nombre.** Para su fundación tuvo lugar una serie de cláusulas establecidas en su escritura de donación y las que Julio Fernández Medina no dejó pasar por alto, la séptima cláusula manifiesta que el nombre de la población sería MIRANDA, en honor al prócer y mártir de la Libertad del Mundo y en especial de la Independencia Nacional Francisco Miranda.

Sebastián Francisco de Miranda Rodríguez

(Caracas, 28 de marzo de 1750 – San Fernando, Cádiz, 14 de julio de 1816)

✓ **Ubicación geográfica.** El Municipio de Miranda se localiza en el extremo Nororiental del Departamento del Cauca, en el piedemonte de la cordillera central; pertenece a la subregión Norte del Departamento, limita al Norte con el municipio de Florida Valle, al Oriente con Río Blanco, al Sur con los municipios de Corinto y Padilla y al Occidente con el municipio de Puerto Tejada, se caracteriza por poseer población indígena, mejores suelos y presencia de actividades industriales.

Posee una extensión total de 19.959 hectáreas (199,59 KM²), equivalente al 0.68% del área total del departamento del Cauca (29.308 Km²) el área municipal se distribuye de la siguiente manera:

- Área Urbana (cabecera municipal y centros poblados Ortigal y Santa Ana 371.3 hectáreas.
- Área Rural 19.587,7 hectáreas.
- Altura 1193 MSNM
- Temperatura promedio entre 17 y 25 °C

✓ **Aspecto geográfico.** Su composición topográfica lo dota con dos regiones naturales con excelentes ventajas climáticas y de producción, una Zona Plana perteneciente al Valle geográfico del río Cauca, de un agradable clima cálido, con un adecuado desarrollo Agroindustrial generado por ingenios azucareros; cuenta con algunos cultivos de soya, frijol, maíz, plátano y cacao. Por otra parte una Zona Montañosa que representa clima templado, frío y páramo; esta región produce en términos agrícolas café, maíz, cítricos, yuca, banano, lechuga, tomate, lulo, mora y plantas medicinales.

El Municipio posee una población de 36.901 (según proyección DANE año 2011) habitantes repartidos en el casco urbano y sus veredas de la zona montañosa y zona plana.

Total Población según DANE: 36.901

Total Población Sisben: 23.549

Total Población Régimen Contributivo: 9.059

Total Población Régimen Subsidiado: 14.675.

Total Población Régimen Especial: 365

Población Listados Censales: 4.679

(Cabildo Indígena, Albergue, Fundación Nuevo Despertar y población de la calle)

Total Población Vinculados (población pobre no asegurada): 722

Tabla 1. Ficha técnica: 1 Población afiliada al régimen subsidiado

EPSS	AFILIADOS
ASMET SALUD	8.572
AIC	4,545
CAPRECOM	871
SALUDVIDA	687
TOTAL	14,675

Fuente: Información régimen subsidiado tomada de la matriz de ministerios de salud y protección social

✓ **Perfil epidemiológico municipio de Miranda año 2011.** Teniendo en cuenta que la Epidemiología es la ciencia que estudia los procesos de salud-enfermedad en las colectividades humanas, analizando la distribución y los factores determinantes de las enfermedades, los daños a la salud y los eventos asociados a la salud colectiva, se presenta el Perfil Epidemiológico de año 2011 para que se tomen medidas específicas de prevención, control o erradicación de las enfermedades de interés en Salud Pública y se fortalezcan los indicadores que sirven de soporte a la planificación, administración y evaluación de las acciones de salud en el Municipio de Miranda; con el ánimo de contribuir de manera significativa en el mejoramiento de las condiciones de salud de la población y disminuir la mortalidad a nivel en general.

Conociendo el perfil epidemiológico del municipio nos permitirá saber cuales son las mayores causas de atención que presta la ESE Norte II y hacia donde debemos encaminar nuestros esfuerzos para mitigar los posibles eventos adversos presentados, dentro los programas presentados tenemos los siguientes:

✓ Orientar Programas de Promoción y Prevención de manera asertiva, acordes a las políticas de Salud Pública, dirigidas a la disminución o eliminación de los

factores determinantes que posibiliten mejorar la calidad de vida de los mirandinos.

✓ Difundir la información Epidemiológica en forma oportuna, permanente y actualizada para la toma de decisiones al respecto de la situación de salud en el Municipio.

✓ Contribuir al desarrollo y ejecución de procesos y sistemas de vigilancia y control epidemiológico del Municipio.

✓ Contribuir en el desarrollo de investigaciones Epidemiológicas y operativas con base en el Perfil Epidemiológico del Municipio.

Tabla 2. Ficha Técnica: 2 Principales causas de consulta en servicios de urgencias

ORDEN	DIAGNOSTICO	TOTAL
1	A	2742
2	B	2045
3	C	1183
4	D	928
5	E	867
6	F	802
7	G	664
8	H	655
9	I	629
10	J	542

Fuente: Información Estadística de la ESE Norte 2 de Miranda.

- A= RINOFARINGUITIS AGUDA
- B= DOLORES ABDOMINALES, NO ETECIFICADOS
- C= INFECCION DE VIAS URINARIAS
- D= DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO
- E= CEFALEA
- F= FIEBRE, NO ETECIFICADA
- G= DOLOR EN ARTICULACION
- H= LUMBAGO, NO ETECIFICADO
- I= MAREO Y DESVANECIMIENTO
- J= GASTRITIS, NO ETECIFICADA

✓ **Morbilidad general**

Tabla 3. Ficha Técnica: 3 Principales causas de consulta externa a nivel general

ORDE N	DIAG NOSTIC O	Menores 1	1 a 4	5 a 14	15 a 44	45 a 59	Mayores 60	Total
1	A				1644	3059	6157	10860
2	B		907	2631	2688	375	45	6646
3	C	880	749	806	1533	378	295	4641
4	D			336	1095	300	207	1938
5	E	359	328	359	565			1611
6	F		213	321	424	124		1082
7	G				681	156	124	961
8	H		228	564				792
9	I				495	115	135	745
10	J					297	439	736

Fuente: Información Estadística de la Ese Norte 2 de Miranda.

A= HIPERTENSION

B= CARIES DE LA DENTINA

C= RINOFARINGITIS AGUDA

D= NAUSEA Y VOMITO

E= DIARRERA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO

F= CEFALEA

G= INCONTINENCIA URINARIA

H= PARASITOSIS INTESTINAL

I= INFECCION DE LAS VIAS URINARIAS

J= DEABETIS

Tabla 4. Ficha técnica: 4 Principales causas por servicio de odontología

ORDEN	DIAGNOSTICO	Las Américas	Nueva EPS	ESE NORTE	AIC	Total
1	A			5095	N.A.	5095
2	B			4343	N.A.	4343
3	C	781	430	3005	N.A.	4,216
4	D			2376	N.A.	2376
5	E			1592	N.A.	1592
6	F	30	176		N.A.	30
7	G	86			N.A.	86
8	H	42			N.A.	42
9	I	30			N.A.	30
10	J		27			

Fuente: Información Estadística de la Ese Norte 2 de Miranda.

A= APLICACIÓN DE SELLANTES

B= CONTROL DE PLACA BACTERIANA

C= CARIES DE LA DENTINA

D= APLICACIÓN DE FLUOR

E= DETARTAJE SUPRAGINGIVAL

F = GINGIVITIS AGUDA

G= OTROS CONTROLES GENERALES DE SALUD DE RUTINA DE OTRAS SUBPOBLACIONES DEFINIDAS.

H= PERSONA QUE TEME ESTAR ENFERMA, A QUIEN NO SE HACE DIAGNOSTICO.

I= DIENTES INCLUIDOS

J= RAIZ RETENIDA

6.2 REFERENTE TEÓRICO

Mejorar la seguridad de los pacientes, se ha convertido en un objetivo prioritario en las políticas de calidad de los sistemas sanitarios y llegando a adoptar estrategias por diversos organismos internacionales (UE, OMS, OCDE, etc.) cuyo fin es abordar la ocurrencia de eventos adversos relacionados con la asistencia sanitaria (Jiménez., Pinilla., Durán., Cabrera y Rodríguez, 2007).

Los aportes que se han dado de las pruebas sobre los riesgos producidos en contextos diversos han llegado hacer numerosos y desde los años 1950 y 1960 se han realizado estudios que han dado cuenta de la problemática, aun cuando en ese tiempo se reconocían en las dimensiones que se conocen actualmente, en 1991 el resultado del Harvard Medical Practice Study indicó que un 4%de los pacientes sufre algún tipo de daño en el hospital; el 70% de eventos adversos

produciendo incapacidad temporal y el 14% de los incidentes son mortales. En 1999, la publicación *Toerris human: building a saferhealth system*, del Instituto de Medicina de Estados Unidos de América, aporta mayor información al respecto. Algunos reportes científicos establecen entre 1 y 10% de ingresos hospitalarios debido a errores en la medicación (Villarreal, 2007).

Según Fajardo, (2010) la atención médica es una causa importante de daño a los pacientes en todo el mundo. Se estima que en aproximadamente 10% de todos los internamientos hospitalarios ocurren incidentes que alargan la estancia hospitalaria al producir infecciones, generar daño físico por caídas o mal uso de medicamentos, o que incluso provocan la muerte.

En países tercermundista y en los que tienen economías en transición (países de Europa del este) Hungría, Polonia, Rusia y demás, existen pruebas que la probabilidad en la aparición de eventos adversos son ocasionadas por el mal estado de las infraestructuras, de los equipos, la calidad de los medicamentos y la irregularidad en el suministro, las deficiencias en la eliminación de desechos y en el control de las infecciones, la deficiente actuación del personal por falta de motivación o conocimientos insuficientes o número insuficiente y por falta grave de recursos para cubrir los costos de funcionamiento esenciales (Villarreal, 2007).

Sin embargo, hoy en día se observa que hace falta documentar más las evidencias científicas sobre la proporción que tales eventos adversos han alcanzado, por el sobre registró de la información que se presenta debido a la resistencia del personal de la salud para notificar dichos errores, lo anterior por el miedo a que se interprete como negligencia en el cuidado y sea la base para posteriores demandas a causa de la mala práctica en salud, por lo tanto, el consejo internacional de enfermedades (CIE), al igual que otras instancias en el mundo que se dedican a promover la salud de la población preocupados por la situación, han manifestado como un asunto de prioridad y puesto al debate público, la identificación y reducción de errores, con el propósito de mejorar la seguridad y la calidad del cuidado de salud que se debe tener, dado que un evento adverso no es más que “el daño lesión o muerte causados por el tratamiento de una enfermedad o estado del paciente por los profesionales de salud y que no obedecen a la propia enfermedad o estados subyacentes” o aquel que “hace referencia al resultado clínico que es adverso al esperado y debido a un error durante el diagnóstico, tratamiento o cuidado del paciente y no al curso natural de la enfermedad o a condiciones propias del mismo” (Villarreal, 2007).

Para evitar esos errores humanos o incidentes inesperados y no deseados, que llevan generar faltas graves, que se dan por factores muy profundos o variados, se requiere de una serie de acciones que velen por la contratación, formación y retención de los profesionales de salud, con fin de aumentar la seguridad de los pacientes (Villarreal, 2007).

Por lo nombrado anteriormente, se requiere del establecimiento de estrategias para disminuir riesgos, dado que mejorarla seguridad de los pacientes exige un enfoque general y multifacético, que permita identificar y gestionar riesgos reales y potenciales y encontrar soluciones generales a largo plazo. En un principio, se ve como necesario desarrollar acciones tales como: prevenir los eventos adversos, sacarlos a la luz y minimizar sus efectos cuando se presenten, para logra estas acciones se ve necesario: (Villarreal, 2007).

Llevar a cabo una primicia de los errores, esto se puede dar con el establecimiento de un sistema completo y oportuno de notificación de los eventos adversos, que facilite el análisis y la reflexión, para la toma de decisiones, que permita la prevención de la ocurrencia de los mismos. Para esos, se requiere realizar investigaciones competentes de las situaciones y un intercambio responsable de los datos (Villarreal, 2007).

Otro punto a tener en cuenta, sería la capacidad de anticiparse a los errores y explorar las debilidades que dan lugar a eventos adversos, para eso se debe tener en cuenta (Villarreal, 2007).

- Análisis de la capacidad instalada y la cultura organizacional requerida.
- Estudios sobre sistemas de registro.
- Epidemiología de los eventos adversos, tipo y tasa de errores por servicio.

Finalmente, un mejoramiento del sistema de prestación de atención sanitaria, para reconfigurar estructuras, reajustar incentivos (Villarreal, 2007).

En Colombia se lanza una política de seguridad del paciente la cual fue publicada por el ministerio de la protección social y liderado por el sistema obligatorio de garantía de la calidad de la atención en salud, tomando como objetivo prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y de ser posible eliminar la ocurrencia de eventos adversos para contar con instituciones seguras y competitivas internacionalmente.

Es importante mencionar que es seguridad del paciente, para el ministerio de la protección social, (2008) es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

Pero en el transcurso de lo que se a nombrado anteriormente, llama la atención un término evento adverso, pero que es esto, es todo suceso imprevisto e inesperado que ha causado o podría haber causado daño a un paciente como consecuencia de la asistencia sanitaria recibida(León, 2009).

Cuando se refieren a seguridad este debe ser visto como un principio fundamental en la atención del paciente y un componente crítico de la gestión de la calidad. Mejorarla requiere una labor compleja que afecta a todo el sistema en la que intervienen una amplia escala de medidas referente a la mejora del funcionamiento, la seguridad del entorno y la gestión del riesgo, incluidos la lucha contra las infecciones, el uso inocuo de medicamentos, la seguridad del equipo, las prácticas clínicas seguras y un entorno de cuidados sano. La Seguridad del Paciente abarca casi todas las disciplinas y los actores de la atención sanitaria y, por tanto, requiere un enfoque general y multifacético para identificar y gestionar los riesgos reales y potenciales para la seguridad del paciente en cada servicio, y para encontrar soluciones generales a largo plazo para el conjunto del sistema (León, 2009).

La necesidad de seguridad es la segunda escala que establece Abraham Maslow dentro de la jerarquía de necesidades, una vez se han suplido las necesidades fisiológicas. La necesidad de sentirnos seguros es una preocupación constante que codiciamos durante toda la vida y la cual debe estar presente permanentemente en nuestro entorno, dado que una vez satisfechas las necesidades fisiológicas, sino hay seguridad, ni amor, ni estimación, lo que primero se satisface antes que cualquier otra necesidad es la seguridad. Si el individuo se siente seguro, estará en un escalón superior de la pirámide de Maslow. Son necesidades de seguridad la dependencia, protección, estabilidad, ausencia de miedo, ansiedad o caos, necesidad de una estructura, unos límites, un orden, una ley, entre otras. Todas ellas apuntando a la evitación o neutralización de situaciones de peligro. En este sentido, hoy en día las intervenciones para el cuidado de la salud del ser humano, en los ámbitos hospitalarios y ambulatorios, están implicando riesgos a partir de la conjugación compleja de procesos, tecnologías e interacciones humanas, que si bien contribuyen en acciones beneficiosas, también incluyen un abanico de posibilidades de práctica insegura para la ocurrencia de eventos adversos (Villarreal, 2007).

El Estudio Iberoamericano de Eventos Adversos (IBEAS), es el primer estudio sobre incidentes que causan daño en la asistencia sanitaria que se realiza a gran escala en Latinoamérica. La ausencia de estudios previos en el ámbito latinoamericano supone un difícil reto, pero a la vez pone de relieve la trascendencia del Estudio IBEAS como primer paso necesario para avanzar en la seguridad de los pacientes.

Algunas razones para pensar en la seguridad del paciente:

- Se estima que uno de cada diez pacientes hospitalizado sufrirá un incidente que le provocará daño durante su estancia. Esta cifra, estudiada en países con economías medias y altas, no se conoce aún en países con economías

emergentes, pero se piensa que en éstos la magnitud del problema puede ser aún mayor.

- Según estimaciones realizadas, en un día cualquiera, 1,4 millones de personas están sufriendo en el mundo alguna infección contraída en el entorno sanitario.
- En algunos países, uno de cada diez ingresos en el hospital es debido a reacciones adversas a medicamentos.
- Lo que es más grave es que alrededor de la mitad de los incidentes que provocan daño podrían haberse evitado con los estándares actuales de cuidados sanitarios. A veces con pequeños gestos, tales como el lavado de las manos o la utilización sistemática de una hoja de verificación, se puede contribuir a salvar muchas vidas.
- Los incidentes que causan daño pueden tener consecuencias muy negativas para los pacientes que los sufren: además del daño físico y moral, las lesiones pueden producir bajas laborales temporales, permanentes o incluso, en algunos casos extremos, su muerte.
- En algunos países se ha calculado que ocasionan un coste económico anual de varios miles de millones de dólares, debido a que estos incidentes, además de producir bajas laborales, aumentan los días extra en el hospital y hacen que se consuman muchos más recursos (más medicación, más intervenciones quirúrgicas, más pruebas diagnósticas, más cuidados en general).
- Por todo ello, la falta de seguridad en la atención es considerada hoy en día como un problema de salud pública mundial y, como tal, se deben dedicar todos los esfuerzos posibles para luchar contra este problema.
- Todas las personas y entidades que de un modo u otro tienen que velar por los cuidados de los pacientes (no sólo el personal sanitario, sino también las personas con responsabilidad en la gestión y en la autoridad sanitaria) son esenciales para que se establezca una cultura de seguridad.
- Los propios pacientes, adecuadamente informados, pueden también ayudar a mejorar su seguridad.

Hablar de Latinoamérica es hablar de diversidad cultural y geográfica pero a la vez de unos condicionantes comunes. Por tanto, para tener una mejor idea de la situación, era necesario realizar un estudio en varios países y a gran escala. En concreto, la investigación se realizó en 58 centros hospitalarios (11379 pacientes) pertenecientes a los siguientes 5 países: Argentina, Colombia, Costa Rica, México

y Perú. Estos cinco países han tenido la valentía de participar, sabiendo que expondrían, a la vista de todos, posibles defectos de sus centros hospitalarios. Pero lo más importante para los centros que han participado es que esta experiencia les ha convertido en pioneros en la integración de una cultura de seguridad de los pacientes. Una cultura que, tal como se pudo comprobar, se empezaba a producir ya desde el primer momento de empezar el estudio y tenía lugar a través de dos vías principales:

- Los trabajadores de los centros, al saber que se estaba realizando esta investigación, tendían a tener mayor preocupación por las consecuencias de su trabajo en la seguridad de los pacientes.
- El mero hecho de investigar permitía desvelar áreas de mejora con lo que ponía a estos hospitales en la línea de salida hacia mayores cotas de seguridad.

En Colombia el Ministerio de la Protección Social, (2008) genera una guía para llevar a cabo unas buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud, la anterior guía fue basada en las siguientes premisas:

- La responsabilidad de dar seguridad al paciente es de todas las personas en la organización.
- Para entregar atenciones seguras es necesario trabajar proactivamente en la prevención y detección de fallas de la atención en el día a día, las cuales son analizadas, enseñan una lección que al ser aprendida previene que la misma falla se repita posteriormente.
- Para aprender de las fallas es necesario trabajar en un ambiente educativo no punitivo, pero a la vez de responsabilidad y no de impunidad.
- El número de eventos adversos reportados obedece a un política institucional que induce y estimula el reporte, más no al deterioro de la calidad de atención.
- El riesgo para un paciente de sufrir eventos adversos mientras se le atiende en todas las instituciones prestadoras de servicio de salud, hospitalarias y clínicas del mundo.

El ministerio establece unos requisitos que se deben cumplir en las instituciones para incentivar, promover y gestionar la implementación de prácticas seguras de la atención en salud, la cual incluye cuatro grupos de requisitos que apuntan a:

- ✓ Obtener procesos institucionales seguros
- ✓ Obtener procesos asistenciales seguros
- ✓ Involucrar los pacientes y sus allegados en su seguridad

✓ Incentivar prácticas que mejoren la actuación de los profesionales

Por otro lado, Aranaz y Limón (2008) mencionan que se necesita aprender a partir de las fallas y errores, por lo tanto tienen en cuenta:

- Un abordaje epidemiológico local para explorar las posibilidades asociaciones con los factores contribuyentes y generalizar las recomendaciones que se deriven de este análisis.
- Completar la información aportada por el estudio epidemiológico con el análisis individualizado y detallado de los efectos adversos más relevantes.
- Promover una cultura fundamentada en la confianza y la colaboración entre profesionales sanitarios, gestores y asociaciones de pacientes y usuarios.

El servicio de salud es un sistema muy complejo y por lo tanto, esta rodeado de un alto riesgo, actualmente la medicina es compleja dejando de ser simple, poco efectivo y relativamente seguro, es decir, que se ha convertido en algo efectivo y potencialmente peligroso, sino se lleva un adecuado control. Los procesos de atención en salud han llegado a ser altamente complejos porque están incorporando tecnologías y técnicas cada vez más elaboradas. Ocurre entonces, que una atención en salud por sencilla que sea, puede llegar a presentar múltiples y variados procesos. Con el fin de obtener un resultado positivo 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 (Ministerio de la protección social, 2008).

En un sistema tan complejo, se puede presentar que alguno o algunos de esos procesos puedan salir mal, por causas no siempre atribuibles a la negligencia de un individuo en particular, sino más bien explicables por la concurrencia de errores de planeación o de ejecución durante el desarrollo de los procesos de atención en salud, impactando negativamente en el paciente y generando, en ocasiones, los llamados eventos adversos (Ministerio de la protección social, 2008).

Para que un sistema de Atención en Salud llegue a ser seguro es necesario la participación responsable de los diversos actores involucrados en el. Por ejemplo cuando ocurre un evento adverso, el paciente sufre daño y el profesional de la salud también pues en muchas ocasiones se señala como culpable a este sin detenerse a analizar que no ha habido intención de dañar ni la cadena de procesos de la atención en salud que al estropearse facilitan la ocurrencia de tal situación. La Seguridad del Paciente implica la evaluación permanente y proactiva de los riesgos asociados a la atención en salud para diseñar e implantar de manera constante las barreras de seguridad necesarias (Ministerio de la protección social, 2008).

7. DISEÑO METODOLÓGICO

7.1 Diseño Metodológico: Descriptivo

7.1.1 Enfoque. Cuantitativo

7.1.2 Población de Referencia. Debido a que solo trabajan 44 personas en la ESE Norte II de Miranda, se decidió realizar las encuestas al 80% de las personas que trabajan, las cuales se encuentran distribuidos de la siguiente manera: 12 de consulta externa, 4 de laboratorio clínico, 4 de servicio odontológico, 4 del Área de Vacunación, 8 de Urgencias, 3 de Hospitalización, para un total de 35 correspondiente a la muestra.

7.1.3 Técnicas de Recolección. Diseño y aplicación de una encuesta estructurada en 5 secciones con preguntas de selección múltiple y un espacio para comentarios.

7.1.4 Técnica de Procesamiento y análisis. La digitación de datos se hará directamente de las encuestas al igual que el análisis posterior.

7.1.5 Variables.

7.1.5.1 Variables cualitativas.

- Personas que hallan sido atendidas en la ESE norte.
- Personal que trabaje en la ESE norte.

7.1.5.2 Variables cuantitativas.

Tabla 5. Ficha técnica 5: Aspectos Demográficos

Variables	Descripción	Naturaleza-nivel de medición	Categorías
Sexo	Sexo al que pertenece los pacientes	Cualitativa-nominal	0. hombre 1. Mujer
Edad	Numero de años Cumplidos	Cuantitativa-razón	0 a n
Nivel de escolaridad	Nivel de escolaridad alcanzado en la vida	Cualitativa-ordina	1. Primaria 2. Secundaria 3. Tecnológicos 4. Universitarios
Tiempo de Permanencia en la ESE Norte	Tiempo transcurrido en años desde que ingreso a la ESE Norte	Cuantitativa-razón	0-n

Fuente: Información estadística de la ESE Norte 2 de Miranda.

Tabla 6. Ficha técnica: 6 Aspectos económicos

Variables	Descripción	Naturaleza-nivel de medición	Categorías
Actividad laboral	Si en la actualidad desempeñando actividades laborales.	Cualitativa-nominal	0. No 1. Si
Percepción de la situación económica	Manera como la persona siente que está su situación económica	Cualitativa-ordinal	1. Muy buena 2. Buena 3. Regular 4. Mala

Fuente: Información estadísticas de la ESE Norte 2 de Miranda.

Tabla 7. Ficha técnica: 7 Aspectos de salud

Variables	Descripción	Naturaleza-nivel de medición	Categorías
Enfermedad y discapacidad	Presencia actual de alguna enfermedad o discapacidad	Cualitativa-nominal	0. No 1. Si
Consumo de medicamentos	Consumo de medicamentos para tratamiento de alguna enfermedad	Cualitativa-nominal	0. No 1. Si

Fuente: Información tomada de las estadísticas de la ESE Norte 2 de Miranda.

- Aspectos éticos. La información suministrada por los profesionales, contara con los principios de confidencialidad y respeto, los hallazgos y sugerencia de implementación de un programa se realizaran posteriormente al gerente de la ESE Norte II de Miranda.

8. CRONOGRAMA

PROCESO	JUNIO				JULIO				AGOSTO				SEPTIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE			
	SEMANA				SEMANA				SEMANA				SEMANA				SEMANA				SEMANA			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1 Visita a la ESE recopilación de información																								
Elaboración del Diagnostico																								
2 Visita a la ESE socialización del Diagnostico																								
Ajustes al Diagnóstico Plan de trabajo																								
Análisis de información propuesta para la ESE																								
3 Visita a la ESE revisión propuesta y socialización																								
Ajustes y elaboración de estadísticas																								
desarrollo y puesta en marcha del proyecto																								
4 Visita recopilación de información																								
Análisis de resultados y socialización final																								
Socialización final																								

9. RESULTADOS Y ANÁLISIS

Tabla 8. Sección A: su área de servicio o el lugar donde dedica mayor tiempo

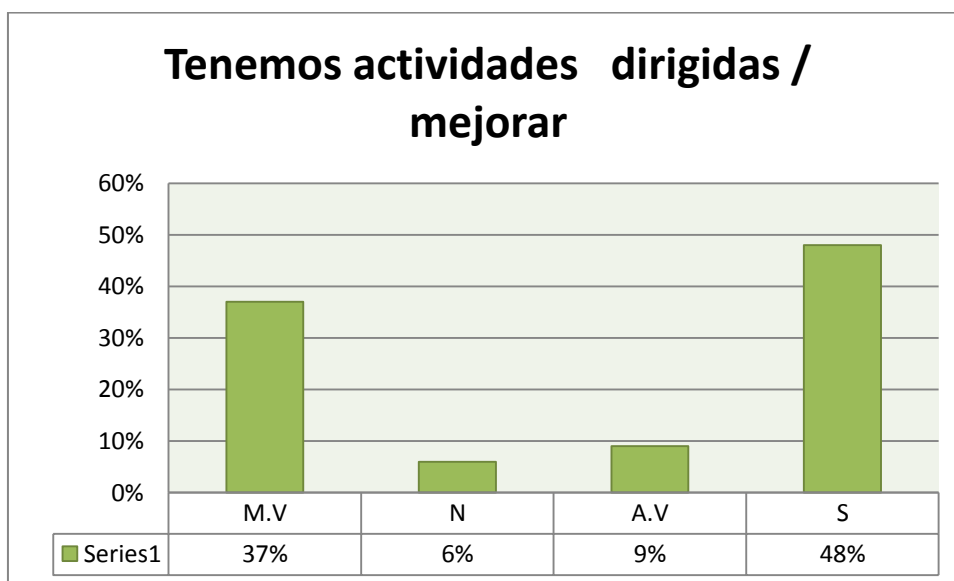
Encuestado	1	2	3	4	5
1	M.V	A.V	M.V	A.V	A.V
2	N	A.V	M.V	M.V	M.V
3	A.V	A.V	S	A.V	M.V
4	M.V	M.V	M.V	M.V	R.V
5	M.V	M.V	S	S	R.V
6	N	A.V	M.V	A.V	M.V
7	A.V	AV	A.V	AV	R.V
8	A.V	R.V	A.V	M.V	R.V
9	M.V	M.V	M.V	M.V	M.V
10	M.V	M.V	M.V	M.V	M.V
11	M.V	M.V	M.V	M.V	M.V
12	M.V	R.V	M.V	M.V	A.V
13	M.V	R.V	M.V	S	S
14	S	N	S	S	N
15	S	N	S	S	N
16	S	N	S	S	N
17	S	R.V	S	S	N
18	M.V	N	S	S	N
19	M.V	N	S	S	N
20	S	N	M.V	S	N
21	S	N	S	S	N
22	S	N	S	S	N
23	S	R.V	S	M.V	N
24	M.V	N	S	S	R.V
25	S	N	S	S	N
26	S	N	S	S	N
27	S	RV	S	S	N
28	S	N	M.V	S	N
29	M.V	N	S	S	N
30	M.V	N	S	S	N
31	S	N	S	M.V	N
32	S	N	S	S	R.V
33	S	N	S	S	N
34	S	R.V	S	S	N
35	S	N	S	S	N

Fuente: encuesta realizada a los profesionales y auxiliares de la institución hospitalaria ESE Norte II Miranda

S= Siempre
 N= Nunca
 R.V= Rara vez
 A.V= Algunas veces
 M.V= La mayoría de veces
 S= Siempre

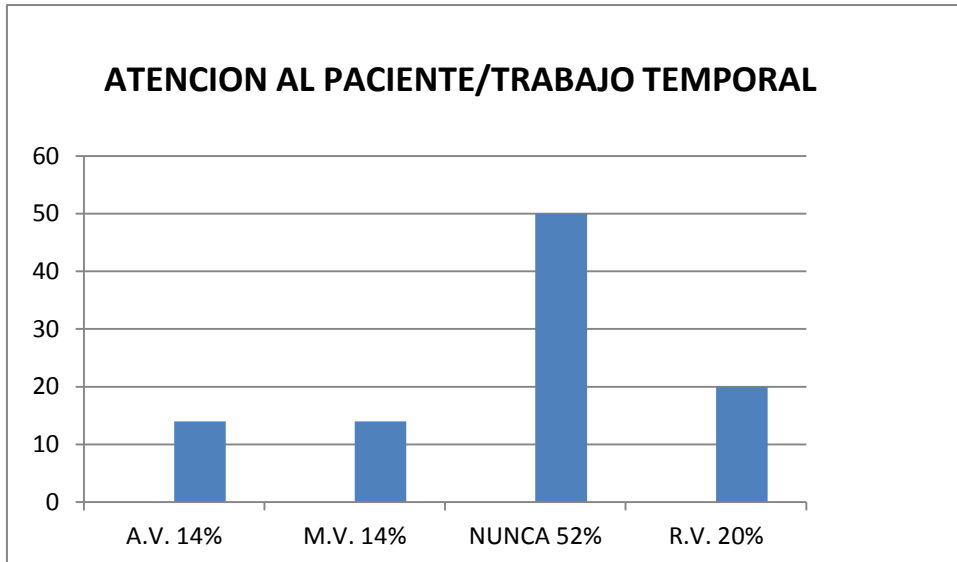
1. Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente.
2. En ocasiones no se presta la mejor atención al paciente por que hay demasiado personal temporal.
3. Cuando se detecta alguna falla en la atención al paciente se toman las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo.
4. Después de hacer los cambios para mejorar la seguridad de los pacientes, evaluamos la efectividad.
5. La seguridad del paciente nunca se compromete por hacer más trabajo.

Gráfico: 1 Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente.



De acuerdo al gráfico el 48% de los profesionales encuestados refiere que siempre tienen actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente, 37% menciona que la mayoría de veces, 9% dice que a veces, 3% que nunca. Se observa que la mayoría de personas encuestadas tienen actividades dirigidas a la seguridad del paciente.

Gráfico: 2 En ocasiones no se presta la mejor atención al paciente por que hay demasiado personal temporal.

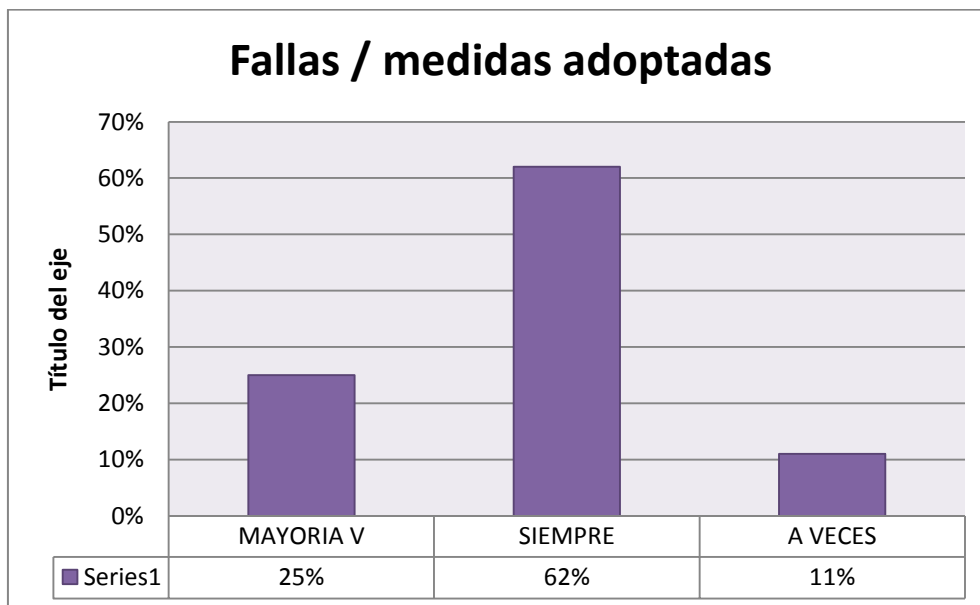


Fuente: encuesta realizada al profesional de la institución hospitalaria ESE Norte II Miranda

En relación a si en ocasiones no se presta la mejor atención al paciente por que hay demasiado personal temporal, se encontró que el 20% dice que rara vez, 52% manifiesta que nunca, 14% señala que la mayoría de veces, y el ultimo 14 % determina que a veces. Se deduce que la contratación temporal tiene poca incidencia en la atención al paciente y esto no es motivo para que se preste un servicio seguro.

Gráfico 3. Fallas / Medidas adoptadas

Cuando se detecta alguna falla en la atención al paciente se toman las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo.

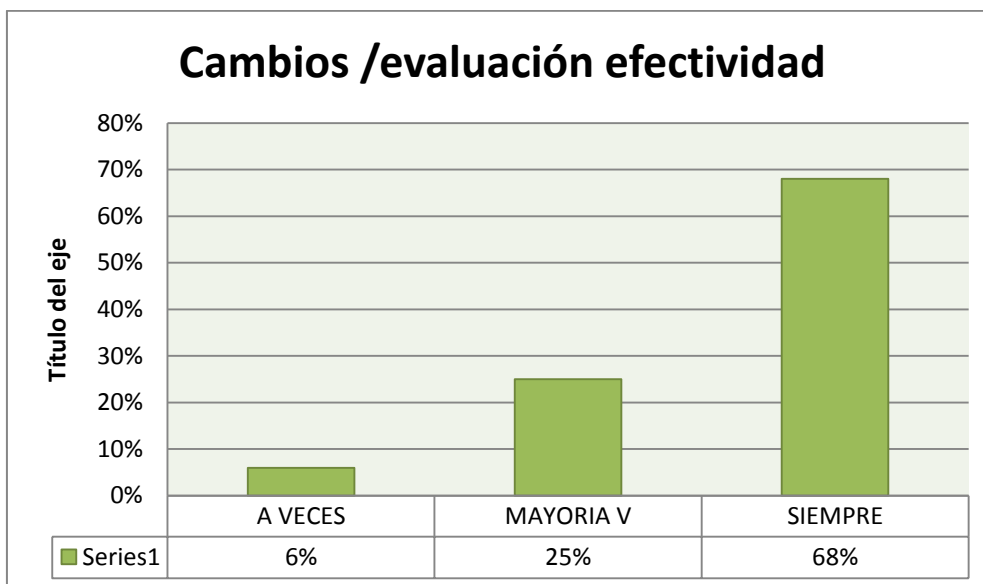


Fuente: encuesta realizada al profesional de la institución hospitalaria ESE Norte II Miranda

De acuerdo al gráfico el 62% de los encuestados refiere que siempre que se detecta alguna falla en la atención al paciente se toman las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo, 25 % dice que se hace la mayoría de veces, el 11% restante indica que a veces. En relación a la información suministrada se determina que siempre se debe tomar las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo.

Gráfico 4. Cambio / Evaluación efectividad

- Después de hacer los cambios para mejorar la seguridad de los pacientes, evaluamos la efectividad.

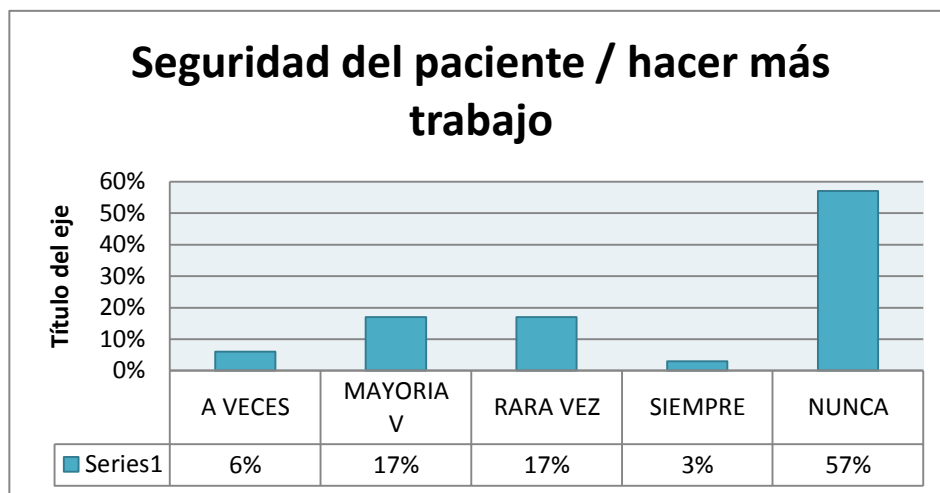


Fuente: encuesta realizada al profesional de la institución hospitalaria ESE Norte II Miranda

Según el gráfico 68% de los profesionales determinan que después de hacer los cambios para mejorar la seguridad de los pacientes, siempre evalúan la efectividad, 25% señala que se hace la mayoría de veces y 6% a veces, se observa que hay diferencia de criterios en relación a la evolución, situación que no debería presentarse pues siempre se debe evaluar lo que se hace.

Gráfico 5. Seguridad del paciente / hacer más trabajo

5. La seguridad del paciente nunca se compromete por hacer más trabajo.



Fuente: encuesta realizada al profesional de la institución hospitalaria ESE Norte II Miranda

Al indagar por la seguridad del paciente en relación al incremento de trabajo se encontró que un 57% dice que nunca se ve comprometida, 17% refiere que la mayoría de veces, 17% menciona que rara vez, 6% indica que a veces y 3% señala que siempre. Se observa que hay mayor tendencia en nunca, infiriendo que es el ideal al cual se debe llegar para avanzar en la prevención de eventos adversos y seguridad del paciente.

Tabla 9. Sección B: Su jefe y/o director

Encuestado	6	7	8	9	10
1	A.V	A.V	A.V	A.V	A.V
2	A.V	M.V	A.V	A.V	R.V
3	A.V	M.V	M.V	R.V	R.V
4	M.V	M.V	S	R.V	R.V
5	M.V	M.V	S	R.V	R.V
6	A.V	M.V	M.V	A.V	N
7	M.V	R.V	M.V	M.V	R.V
8	M.V	R.V	M.V	M.V	M.V
9	R.V	M.V	S	N	N
10	R.V	M.V	M.V	N	N
11	M.V	M.V	M.V	R.V	R.V
12	M.V	A.V	R.V	M.V	N
13	S	S	M.V	R.V	R.V
14	M.V	S	R.V	N	N
15	M.V	S	S	N	N
16	M.V	S	S	N	N
17	S	S	S	N	N
18	S	M.V	S	N	N
19	S	M.V	S	N	N
20	S	S	M.V	R.V	N
21	S	S	S	N	R.V
22	M.V	S	S	N	N
23	S	S	S	N	N
24	S	S	M.V	N	N
25	S	M.V	S	N	N
26	S	S	S	R.V	N
27	M.V	S	S	N	N
28	S	S	S	N	N
29	MV	S	S	N	N
30	S	M.V	M.V	R.V	N
31	S	S	S	N	N
32	S	S	S	N	N
33	S	S	S	N	N
34	S	S	S	N	N
35	S	S	S	N	N

Fuente: encuesta realizada al profesional de la institución hospitalaria ESE Norte II Miranda.

N= Nunca

R.V= Rara vez

A.V= Algunas veces

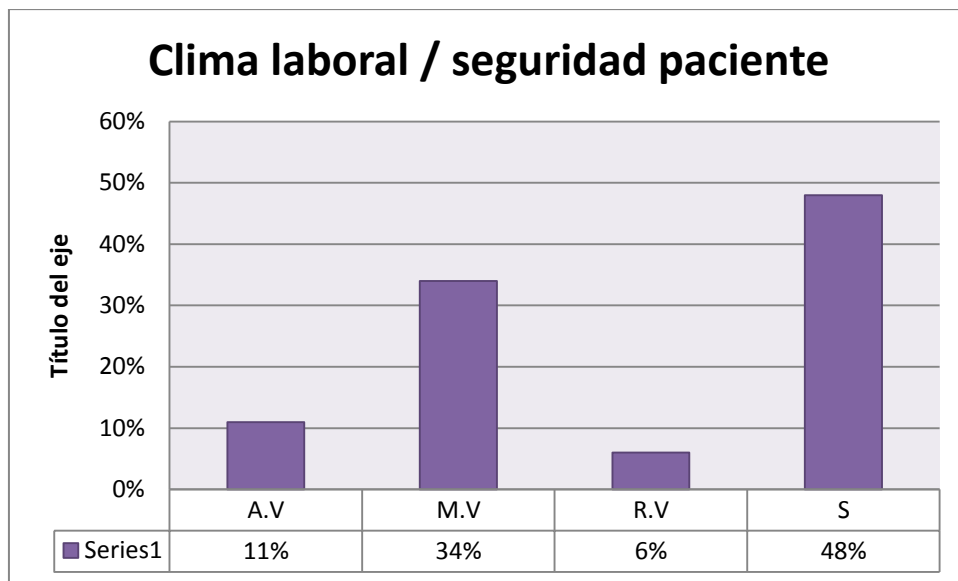
M.V= La mayoría de veces

S= Siempre

- 6- La gerencia o la dirección del hospital facilita un clima laboral que favorece la seguridad del paciente.
- 7- Mi jefe tiene en cuenta, seriamente, las sugerencias que le hace el personal para mejorar la seguridad del paciente.
- 8- La gerencia o dirección del hospital muestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades.
- 9- La gerencia/dirección del hospital sólo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente.
- 10- Mi jefe no toma en cuenta los problemas de seguridad del paciente que se repiten una y otra vez.

Gráfico: 6 Clima Laboral – Seguridad del Paciente.

La gerencia o la dirección del hospital facilita un clima laboral que favorece la seguridad del paciente.

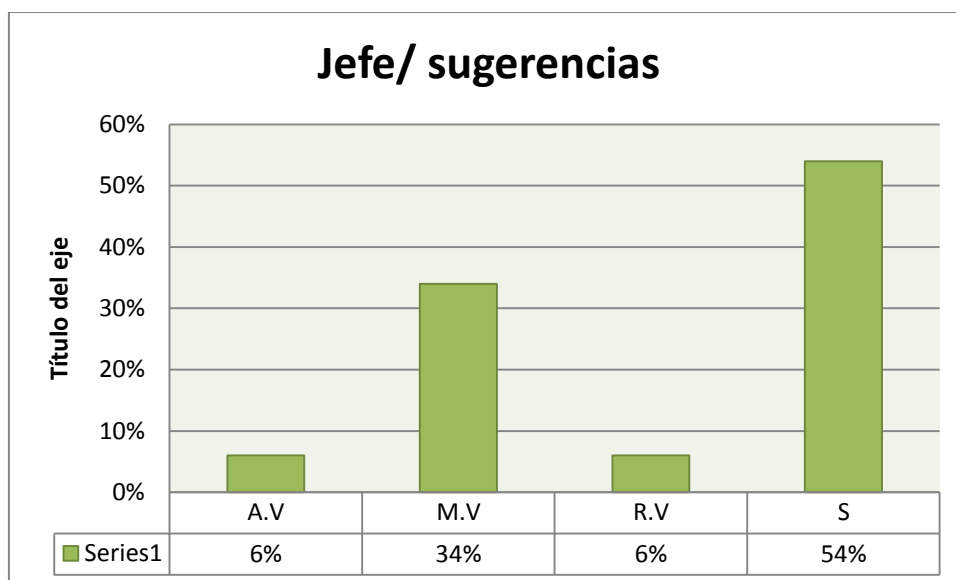


Fuente: encuesta realizada al profesional de la institución hospitalaria ESE Norte II Miranda

Según el gráfico un 48% manifiesta que siempre la gerencia o la dirección del hospital facilita un clima laboral que favorece la seguridad del paciente, 34% menciona que muchas veces, 11% dice que a veces, 6% rara vez. Se observa que en general el clima laboral favorece la seguridad del paciente.

Gráfico: 7 Jefe – Sugerencias.

Mi jefe tiene en cuenta, seriamente, las sugerencias que le hace el personal para mejorar la seguridad del paciente.

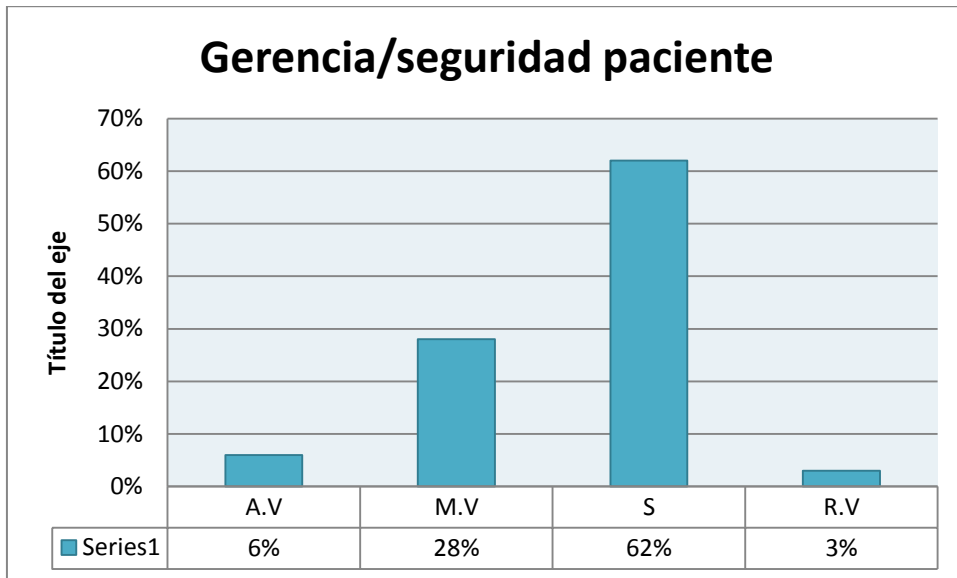


Fuente: encuesta realizada al profesional de la institución hospitalaria ESE Norte II Miranda

En relación a si el jefe tiene en cuenta, seriamente, las sugerencias que le hace el personal para mejorar la seguridad del paciente, 54% señala que siempre, 34% indica que la mayoría de veces, 6% dice que rara vez, otro 6% menciona que a veces. Se deduce gran incidencia en que el jefe tome en cuenta seriamente las sugerencias hechas por los trabajadores, vistas estas como componente fundamental para garantizar la seguridad el paciente.

Gráfico: 8 Gerencia – Seguridad del Paciente.

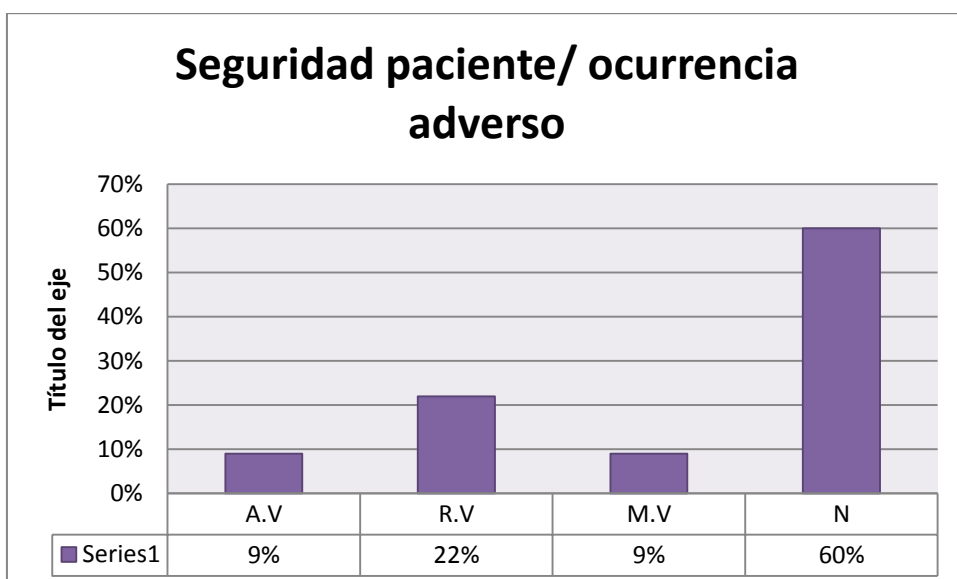
La gerencia o dirección del hospital muestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades.



En relación a si la gerencia o dirección del hospital muestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades, el 62% indica que siempre, 28 % señala que muchas veces, 6% indica que a veces, 3% dice que rara vez. Se deduce que en términos generales la gerencia muestra interés con hecho por la seguridad del paciente.

Gráfico: 9: Seguridad paciente – ocurrencia adverso.

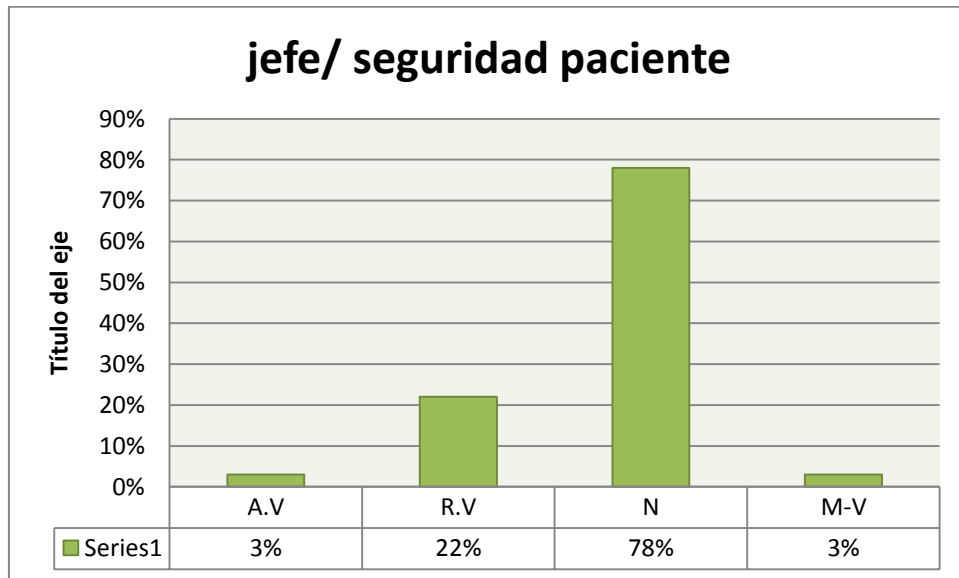
La gerencia/dirección del hospital sólo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente.



De acuerdo al grafico el 60% refiere que nunca la gerencia/dirección del hospital pareciera interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente, 22% señala que rara vez, 9% indica que rara vez, y un 9% restante dice que a veces. Se observa en un significativo porcentaje que la seguridad del paciente prima en la E.P.S.

Gráfico: 10 Jefe – Seguridad del Paciente

Mi jefe no toma en cuenta los problemas de seguridad del paciente que se repiten una y otra vez.



En relación a si el jefe no toma en cuenta los problemas de seguridad del paciente que se repiten una y otra vez, el 78% expresa que nunca, 22% indica que rara vez, 3% determina que la mayoría de veces y otro 3% que a veces. Infiriendo marcada tendencia en que se toman en cuenta los problemas de seguridad del paciente.

Tabla 10. Sección C: Comunicación en su servicio y/o área de trabajo

Encuestado	11	12	13	14
1	A.V	A.V	N	A.V
2	M.V	A.V	A.V	A.V
3	M.V	M.V	M.V	S
4	A.V	A.V	M.V	S
5	A.V	A.V	M.V	S
6	A.V	S	S	S
7	R.V	R.V	A.V	A.V
8	N	N	R.V	A.V
9	S	S	R.V	S
10	S	S	A.V	S
11	R.V	M.V	M.V	M.V
12	M.V	A.V	S	M.V
13	M.V	R.V	M.V	S
14	M.V	M.V	S	S
15	M.V	M.V	S	S
16	M.V	S	S	S
17	M.V	S	S	S
18	S	S	S	S
19	S	M.V	S	S
20	S	S	S	S
21	S	S	S	S
22	S	S	S	S
23	S	M.V	S	S
24	S	S	S	S
25	S	S	S	S
26	S	S	S	M.V
27	S	S	S	S
28	M.V	S	S	S
29	S	M.V	S	S
30	M.V	S	S	S
31	S	S	S	S
32	S	M.V	S	S
33	S	S	S	S
34	S	S	S	S
35	S	S	S	M.V

Fuente: encuesta realizada al profesional de la institución hospitalaria ESE Norte II Miranda

N= Nunca

R.V= Rara vez

A.V= Algunas veces

M.V= La mayoría de veces

S= Siempre

11. Cuando se han presentado eventos adversos y se han notificado, nos informan sobre qué tipo de actuaciones se han llevado a cabo

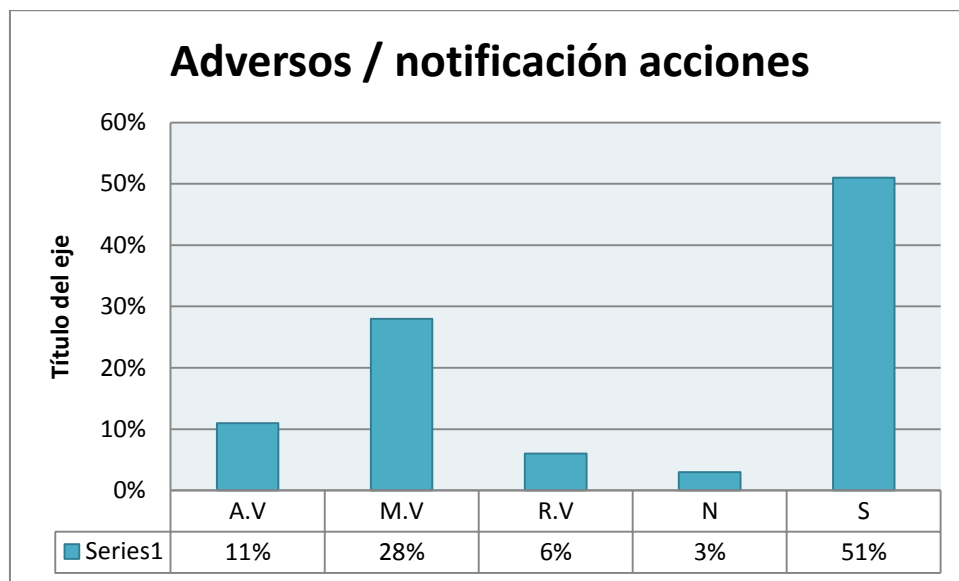
12. Cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente a la atención que recibe el paciente, habla de ello con total libertad.

10. Se les informa al personal sobre los errores que se cometen en esta unidad.

11. En esta área, discutimos formas de prevenir errores para evitar que no se vuelvan a cometer.

Gráfico: 11 Adversos /notificación acciones

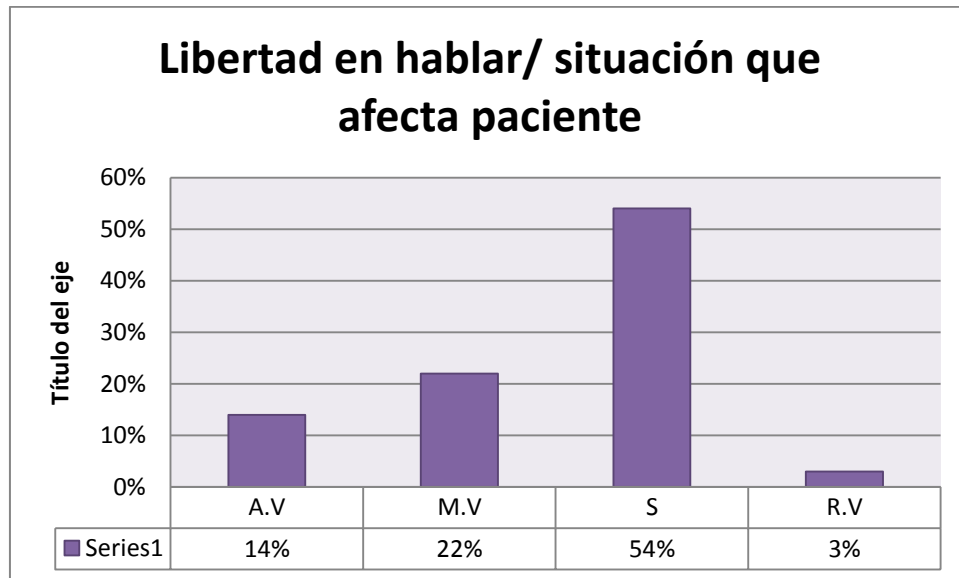
Cuando se han presentado eventos adversos y se han notificado, nos informan sobre qué tipo de actuaciones se han llevado a cabo



Según el gráfico 51% de los profesionales determina que Cuando se han presentado eventos adversos y se han notificado, les informan sobre qué tipo de actuaciones se han llevado a cabo, 28% señala que lo hacen la mayoría de veces, 11% dice que a veces, 6% indica que rara vez, y 3% determina que nunca. Se deduce que cobra importancia el que se notifique las acciones realizadas a raíz de la presencia y notificación de un adverso.

Gráfico: 12 Libertad en hablar

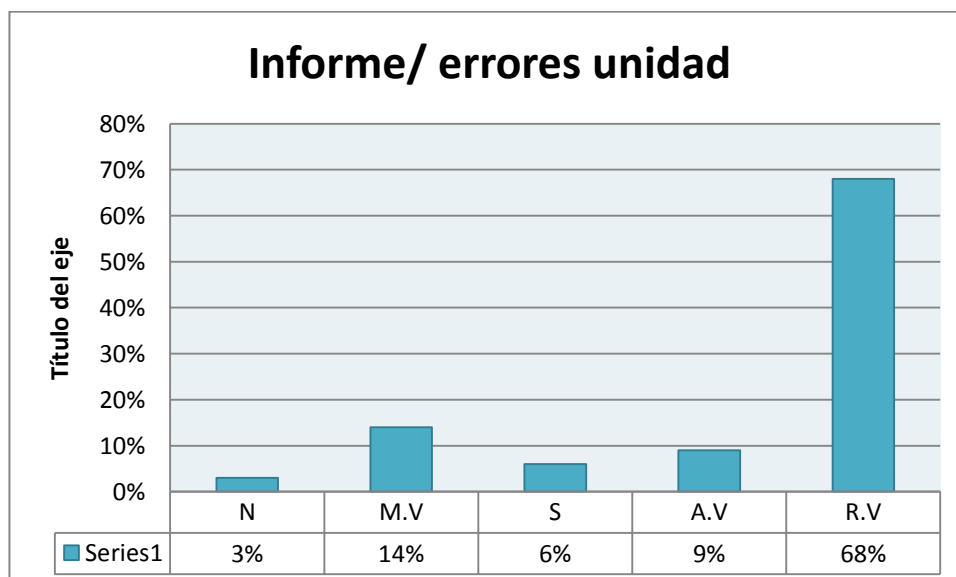
Cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente la atención que recibe el paciente, habla de ello con total libertad.



De acuerdo al gráfico 54% dice que cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente a la atención que recibe el paciente, habla de ello con total libertad, 22% refiere que se puede hacer la mayoría de veces, 14% dice que a veces, 3% indica que rara vez. Se observa mayor tendencia en que hay libertad para hablar de situaciones que afectan al paciente.

Gráfico: 13 Informe – errores unidad

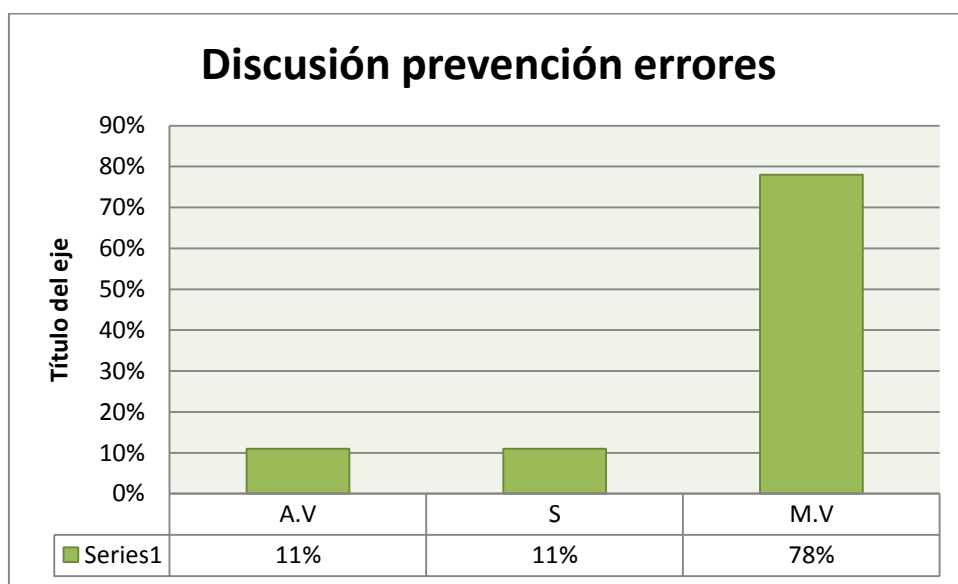
Se le informa al personal sobre los errores que se cometen en esta unidad.



En relación a si se le informa al personal sobre los errores que se cometen en esta unidad, el 68% señala que rara vez, 14% indica que la mayoría de veces, 9% dice que a veces, 6% determina que siempre, 3% que nunca. Se deduce que hay tendencia a dejar de informar los errores en dicha unidad, lo cual valdría la pena analizar concienzudamente desde diferentes contextos y actores.

Gráfico: 14 Discusión prevención errores

En esta área, discutimos formas de prevenir errores para evitar que no se vuelvan a cometer.



Según el gráfico un 78% determina que en dicha área, discuten formas de prevenir errores para evitar que se vuelvan a cometer, 11% menciona que se hace a veces, otro 11% señala que siempre. Se observa que en general se discuten los errores.

Tabla 11. Sección D: Frecuencia de eventos adversos ocurridos / errores reportados

Encuestado	15	16	17	18
1	M.V	S	A.V	A.V
2	A.V	A.V	A.V	A.V
3	M.V	A.V	M.V	A.V
4	A.V	A.V	A.V	A.V
5	A.V	A.V	M.V	M.V
6	M.V	S	S	R.V
7	R.V	R.V	R.V	N
8	A.V	M.V	R.V	N
9	A.V	S	M.V	N
10	A.V	A.V	M.V	R.V
11	A.V	M.V	M.V	A.V
12	A.V	A.V	M.V	R.V
13	A.V	A.V	R.V	A.V
14	A.V	S	S	A.V
15	A.V	S	S	A.V
16	A.V	S	S	A.V
17	A.V	S	S	A.V
18	A.V	S	S	A.V
19	A.V	S	S	A.V
20	A.V	S	S	R.V
21	M.V	S	S	R.V
22	M.V	S	S	A.V
23	A.V	S	S	A.V
24	A.V	S	S	A.V
25	A.V	S	S	R.V
26	A.V	S	S	A.V
27	A.V	S	S	R.V
28	M.V	S	S	A.V
29	A.V	S	S	A.V
30	M.V	S	S	R.V
31	A.V	S	S	A.V
32	A.V	S	S	A.V
33	M.V	S	S	A.V
34	A.V	S	S	A.V
35	M.V	S	S	A.V

Fuente: encuesta realizada al profesional de la institución hospitalaria ESE Norte II Miranda

N= Nunca

R.V= Rara vez

A.V= Algunas veces

M.V= La mayoría de veces

S= Siempre

15. Cuando notificamos algún incidente, nos informan sobre qué tipo de actuaciones se han llevado a cabo.

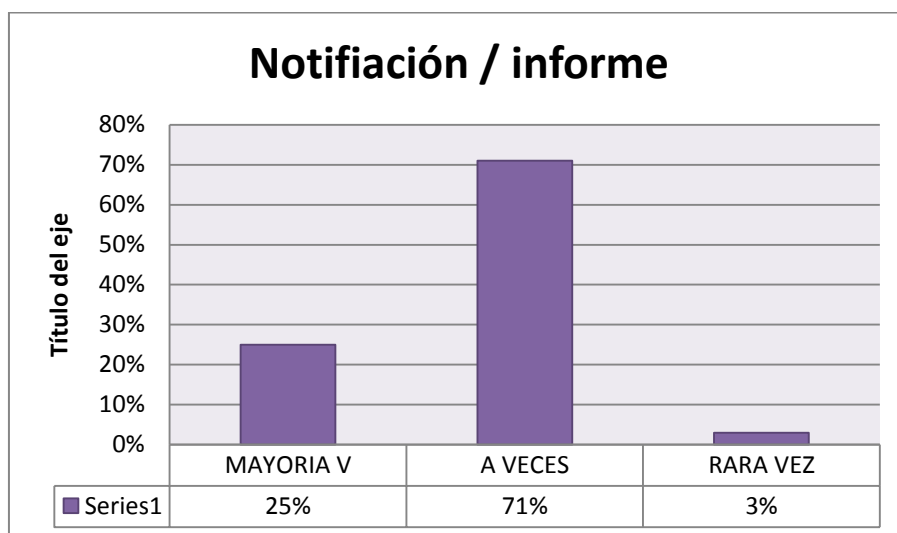
16. ¿cuándo se comete un error, que puede dañar al paciente, pero no lo hace, que tan frecuentemente es reportado?

17. Se nos informa de los errores que ocurren en esta área o unidad.

18. El personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores.

Gráfico 15. Notificación / Informe

15. Cuando notificamos algún incidente, nos informan sobre qué tipo de actuaciones se han llevado a cabo.

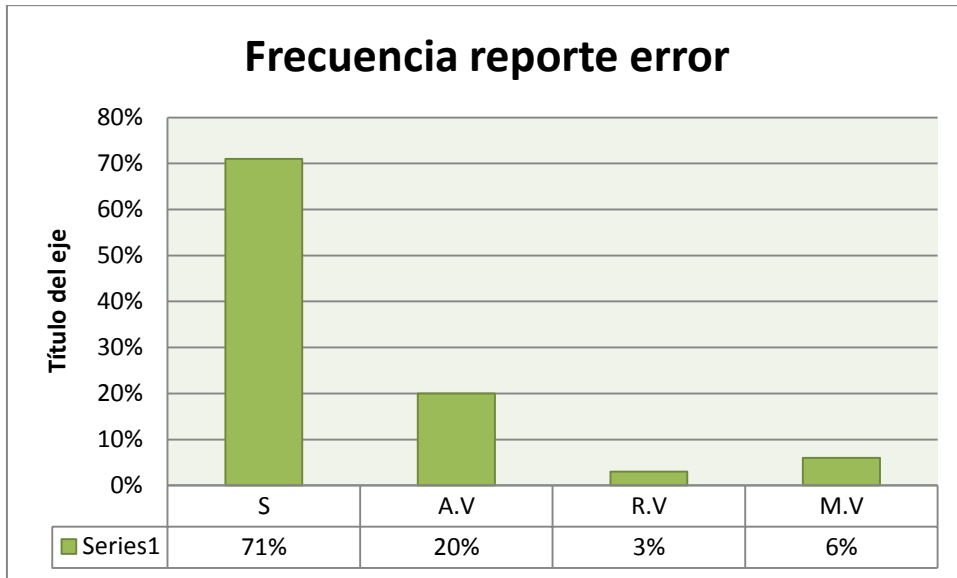


Fuente: encuesta realizada al profesional de la institución hospitalaria ESE Norte II Miranda

Según el gráfico se manifiesta mayor tendencia en que a veces (71%) se informa sobre qué tipo de actuaciones se han llevado a cabo, cuando se notifica algún incidente, deduciendo que se debe fortalecer el informar las acciones llevadas a cabo cuando se notificada un incidente, pues de esta manera se dan bases para prevenir o actuar ante un evento adverso.

Gráfico: 16. Frecuencia reporte error

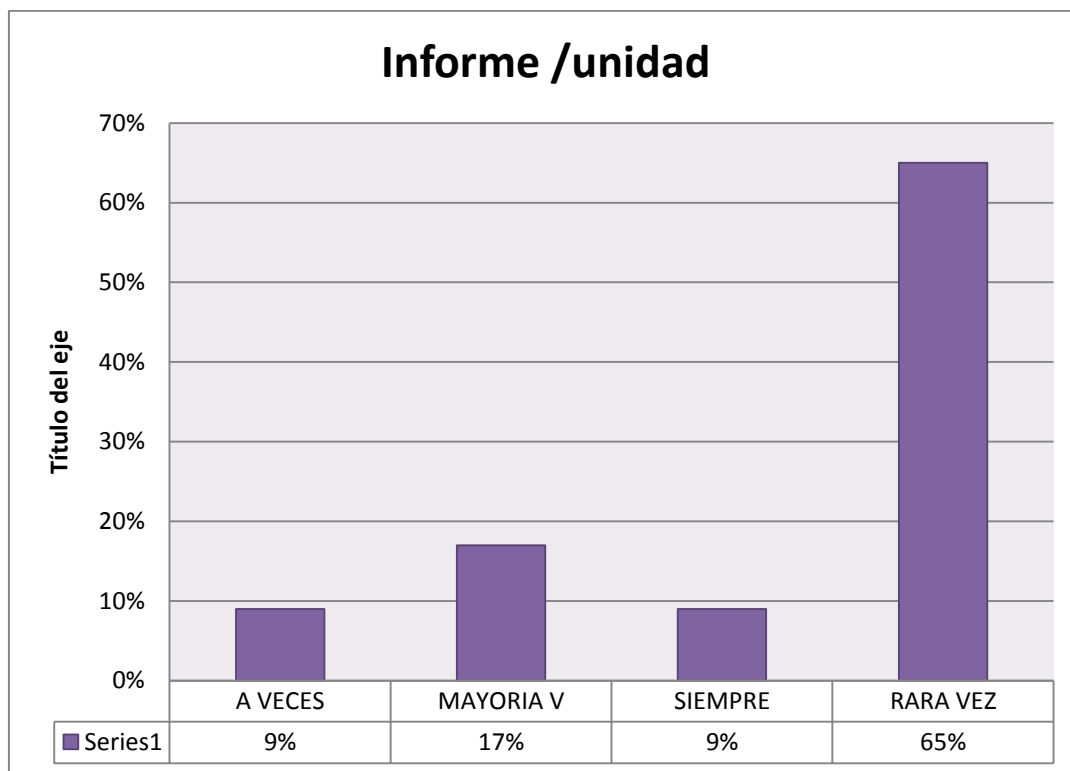
¿Cuándo se comete un error, que puede dañar al paciente, pero no lo hace, que tan frecuentemente es reportado?



Se nota una clara disposición del personal para identificar y prevenir posibles riesgos, el 71% de los encuestados dice que siempre son reportados los eventos adversos.

Gráfico 17. Informe / Unidad

Se nos informa de los errores que ocurren en esta área o unidad.

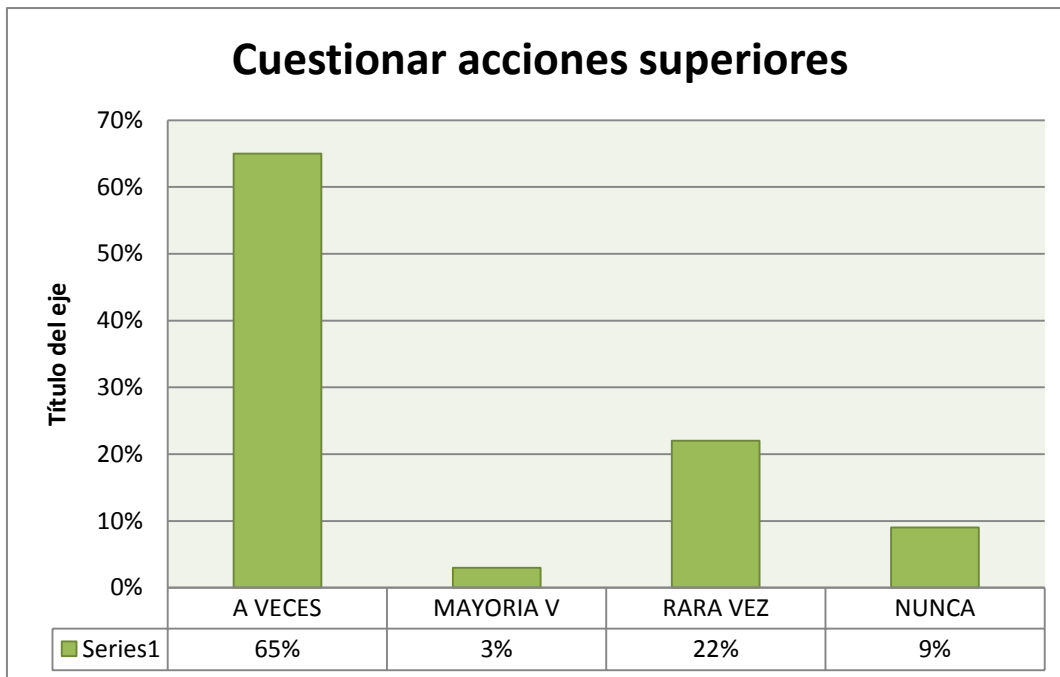


Fuente: encuesta realizada al profesional de la institución hospitalaria ESE Norte II Miranda

Al indagar sobre los errores que ocurren en esta área o unidad, se observa mayor tendencia en rara vez (75%), lo cual refleja la necesidad de fortalecer la socialización de sucesos acontecidos en pro de la seguridad del paciente.

Gráfico 18. Cuestionar acciones superiores

El personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores.



Fuente: encuesta realizada al profesional de la institución hospitalaria ESE Norte II Miranda

Según el gráfico se percibe que no hay total libertad para que el personal puede cuestionar las decisiones o acciones de sus superiores, infiriendo que ello limite el trabajo cooperativo en beneficio del paciente.

Tabla 12. Sección G: Número de eventos adversos presentados y/o errores reportados

Encuestado	1	2	3	4
1	B	B	C	L
2	B	A	C	C
3	B	A	E	B
4	B	D	E	D
5	A	A	B	L
6	A	B	C	D
7	A	A	D	I
8	A	B	C	F
9	A	A	C	D
10	A	A	C	D
11	B	B	C	D
12	D	B	C	D
13	B	C	C	D
14	A	A	D	B
15	A	A	D	C
16	B	A	D	D
17	A	A	D	D
18	A	A	D	D
19	A	B	D	D
20	A	C	D	B
21	A	C	D	D
22	A	B	D	K
23	A	C	D	D
24	A	B	D	D
25	A	A	D	C
26	A	A	D	D
27	A	B	D	D
28	B	A	D	E
29	A	B	D	D
30	A	A	D	D
31	A	C	D	D
32	A	A	D	I
33	A	B	D	D
34	A	C	D	K
35	A	B	D	L

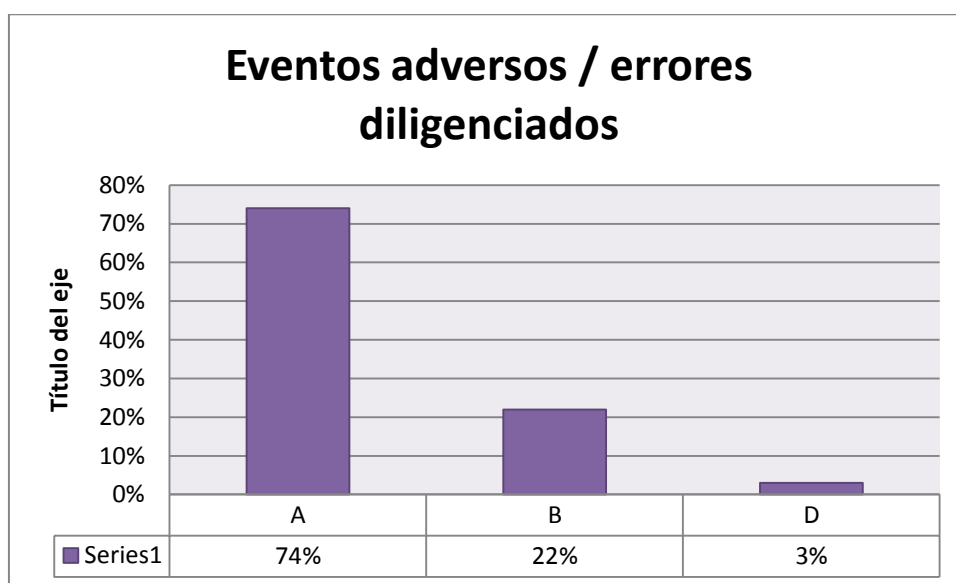
Fuente: encuesta realizada al profesional de la institución hospitalaria ESE Norte II Miranda

1. En los pasados 12 meses, ¿cuántos reportes de eventos adversos / errores ha diligenciado y enviado?

- a) Ningún reporte
- b) De 1 a 2 reportes
- c) De 3 a 5 reportes
- d) De 6 a 10 reportes
- e) De 11 a 20 reportes
- F) 21 reportes o más.

Gráfico 19. Evento adversos / errores diligenciados

En los pasados 12 meses, ¿cuántos reportes de eventos adversos / errores ha diligenciado y enviado?



Fuente: encuesta realizada al profesional de la institución hospitalaria ese norte II Miranda

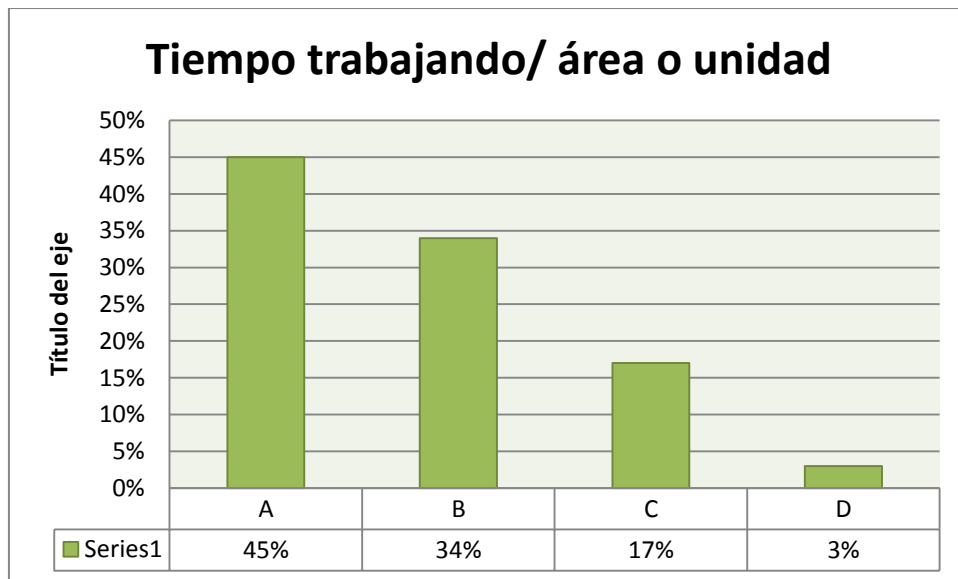
Al indagar por cuántos reportes de eventos adversos / errores ha diligenciado y enviado en los pasados 12 meses, se encontró que el 74% refiere no haber reportado ninguno, el 22% menciona que de uno a dos reportes y un 3% dice que de seis a diez reporte. Se deduce que los eventos adversos así sea en menor proporción siempre están presentes en la atención del paciente.

2. ¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en su actual área/unidad?

- a) Menos de 1 año
- b) De 1 a 5 años
- c) De 6 a 10 años
- d) De 11 a 15 años

Gráfico 20. Tiempo trabajando / Área o unidad

¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en su actual área/unidad?



Fuente: encuesta realizada al profesional de la institución hospitalaria ESE Norte II Miranda

Según el grafico un 45% de los profesionales lleva trabajando en la institución menos de un año, un 34% indica llevar de uno a cinco años, un 17% dice estar trabajando de seis a diez años, el ultimo 3% indica que de once a quince años; se observa que el índice de mayor incidencia lo conforman los encuestados que llevan menos de un año, permite inferir que se debe contar con pautas claras a cerca de como proceder frente a un adverso para poder brindar seguridad al paciente.

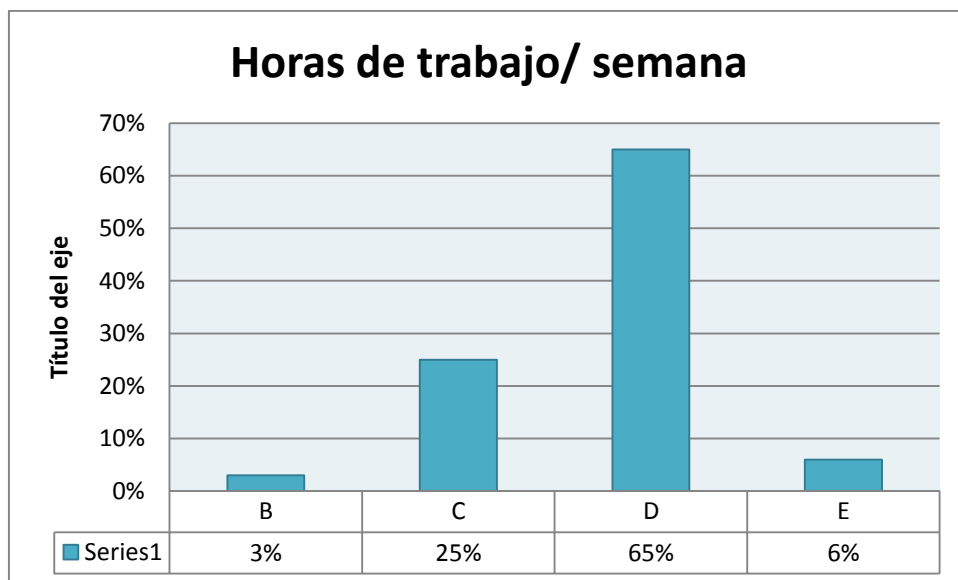
3. ¿Cuántas horas a la semana trabaja usted en esta institución?

- a) Menos de 20 horas a la semana
- b) De 20 a 39 horas a la semana
- c) De 40 a 59 horas a la semana
- d) De 60 a 79 horas a la semana
- e) De 80 a 99 horas a la semana
- f) 6. De 100 a la semana ó más

4. ¿Cuál es su cargo en esta institución? Marque la OPCIÓN que mejor describa su posición laboral.

- a. Medico Especialista
- b. Médico General
- c. Enfermera profesional
- d. Enfermera auxiliar
- e. Odontólogo.
- f. Otro, por favor especifique:
- g. Bacteriólogo
- h. Auxiliar de Laboratorio Clínico

Gráfico 21. Horas de trabajo / Semana



Fuente: encuesta realizada al profesional de la institución hospitalaria ESE Norte II Miranda

Ante la pregunta cuántas horas a la semana trabaja usted en esta institución, se encontró que un 65% señala trabajar de 60 a 79 horas a la semana, lo cual en relación a las otras variables cobra mayor relevancia, se cuestiona si dicha permanecía tan prolongada puede influir en la presencia de eventos adversos y seguridad del paciente.

10. COMENTARIOS:

- Me parece importante que en la institución se implementara un protocolo sobre la seguridad del paciente, igualmente sobre eventos adversos, ya que se reportan pero no hay total conocimiento del personal de como debe ser el diligenciamiento dado el caso, se lleva carpeta de Eventos Adversos pero no se maneja correctamente pues no esta actualizado, a la fecha solo se ha reportado un Evento Adverso en lo que corresponde al 2.012
- En toda la institución nadie esta libre de cometer algún error o de que ocurra un evento adverso ya que somos seres humanos y nos equivocamos, pero se trabaja cada día para ser mejores en nuestra labor y disminuir el porcentaje de dichos errores o eventos; queremos brindar como institución calidad y eficiencia.
- Con relación al paciente no se tienen en cuenta o maneja un protocolo para reportar los eventos adversos. Con poca frecuencia se socializan los errores que suelen presentarse.
- Que aun no sea creado la cultura de reportar los eventos adversos.
- En mi área de trabajo sé que con alguna frecuencia se presentan eventos adversos sobre todo después de la realización de procedimiento que el usuario consulta con el medico pero a veces son ellos los que se quedan con la información y no reportan.
- La mayoría de eventos adversos se presentan en el área de urgencias donde los auxiliares a veces por la congestión del servicio no se dan abasto y disminuyen un poco a la atención a los pacientes los cuales son los más afectados por el riesgo que corren.
- Un numero significativo (13) indica que se debe de tratar de evitar errores para no cometer eventos adversos.

11. CONCLUSIONES

- la cultura de informar las acciones realizadas, ante la notificación de adversos debe ser fortalecida, pues ello motiva a velar por la seguridad del paciente, mejorar cada día y evitar de que se presenten eventos adversos en la practica.
- Los sucesos acontecidos en las diferentes áreas o unidades deben ser socializados con miras a realizar un análisis concienzudo del por que paso y que se pudo hacer para que no pasara, de este modo se aprende de manera colectiva y brinda seguridad al paciente.
- Es necesario replantear la participación y libertad que dan los superiores para el cuestionamiento o acciones, pues ello contribuye a la armonía laboral, al servicio con calidad y seguridad del paciente.
- Es imposible evitar que se sucedan eventos adversos en la atención y seguridad del paciente, por ende se deben implementar acciones conocidas por todos los profesionales para un adecuado proceder, en caso de una situación adversa.
- El tiempo de desempeño prolongado en la función en salud puede inferir significativamente en la presencia de adversos y seguridad del paciente.
- Cualquier estrategia que se diseñe para dar respuesta acertada a eventos adversos y seguridad del paciente debe brindar un clima laboral apropiado, espacios de comunicación, acciones de escucha y participación de los profesionales, equilibrio en el tiempo laboral, entre otros.
- Todo cambio implementado para mejorar la seguridad del paciente debe ser evaluado siempre para poder determinar su efectividad.
- La seguridad del paciente debe prevalecer por encima del trabajo a realizar.
- Siempre que se detecta alguna falla en atención al paciente se deben tomar las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo.

12. RECOMENDACIONES

- Establecer medios de comunicación eficaz y oportuna para dar a conocer la sucesión de adversos y el modo en que se procedió.
- Implementar espacios de socialización para debatir y analizar situaciones adversas presentadas en las diferentes unidades y áreas.
- Se hace indispensable crear un documento claro y preciso que brinde criterios a los diferentes profesionales de como proceder ante un adverso, evitando improvisación y deficiencias en la seguridad del paciente, máxime cuando la permanencia del personal tratante es fluctuante.
- Fortalecer la participación y libertad de opinión ofrecida por jefes para avanzar en la seguridad del paciente y desempeño en adversos.
- Unificar criterios de procedimiento ante la presencia de un adverso y seguridad del paciente.
- Diseñar y ejecutar un programa que brinde indicaciones precisas de como proceder ante un adverso y brindar seguridad al paciente.
- Dar a conocer el programa a cada profesional que llega a la institución.
- Revisar los tiempos asignados a los profesionales, pues es bien sabido que la fatiga física interfiere significativamente en la presencia de adversos y seguridad del paciente.
- Evaluar permanentemente cada una de las acciones realizadas en pro de la seguridad del paciente.
- Reflexionar con el personal la importancia de priorizar la seguridad del paciente ante cualquier tarea a realizar.
- De igual manera se debe tener presente las siguientes conceptos, para efectos de evaluar y mejorar la Calidad de la Atención de Salud, el SOGCS deberá cumplir con las siguientes características:
 1. **Accesibilidad.** Es la POSIBILIDAD que tiene el usuario DE UTILIZAR LOS SERVICIOS de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
 2. **Oportunidad.** Es la POSIBILIDAD que tiene el usuario de OBTENER LOS SERVICIOS QUE REQUIERE, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.

- 3. **Seguridad.** Es el CONJUNTO DE ELEMENTOS estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por MINIMIZAR EL RIESGO DE SUFRIR UN EVENTO ADVERSO en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.
- 4. **Pertinencia.** Es el GRADO en el cual los usuarios OBTIENEN LOS SERVICIOS QUE REQUIEREN, con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la EVIDENCIA CIENTÍFICA y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.
- 5. **Continuidad.** Es el GRADO en el cual los usuarios RECIBEN LAS INTERVENCIONES REQUERIDAS, mediante una SECUENCIA LÓGICA y racional de actividades, basada en el conocimiento científico.

13. GLOSARIO

Evento adverso: cualquier situación que produzca daño o lesión en un paciente, secundario a la atención médica y que no tenga que ver con su patología de ingreso.

Incidente: cualquier tipo de error, equivocación, accidente o desviación de las normas/procedimientos, produzcan o no daño en el paciente.

Seguridad del paciente: son las actividades dirigidas a prevenir las posibles lesiones o efectos adversos relacionados con la atención en salud.

BIBLIOGRAFÍA

ARANAZ, J. y LIMÓN, J. (2008). Luces y sombras en la seguridad del paciente: estudio Y desarrollo de estrategias. Gac sanit. 22, 189 – 204.

FAJARDO, G. (2010). Seguridad del paciente cirugía y cirujanos. Academia mexicana de cirugía. 78, 5, 379 – 380.

JIMÉNEZ, A.B., PINILLA, B., DURAN, M.S., CABRERA, F.J. y RODRÍGUEZ, M.P, (2007). Seguridad del paciente. Anales de medicina interna. 24,12, 202 – 206.

LEÓN, S. (2009). Seguridad del paciente salud en tabasco. Redalyc. 15,1, 821 – 822.

IBEAS: red pionera en la seguridad del paciente en Latinoamérica. Hacia una atención hospitalaria más segura informe, estudio e investigación 2009.

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, (2008). Proyecto de norma técnica sectorial en salud “Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud”. Ministerio de la protección social: Bogotá.

VILLAREAL, E. (2007). Seguridad del paciente un compromiso de todos para un cuidado de calidad. Salud uninorte. 23, 1, 112 – 119.

ANEXOS

GESTION HOSPITALARIA SEGURIDAD DEL PACIENTE Y EVENTOS ADVERSOS

Encuesta sobre la Seguridad del paciente y Eventos Adversos

La siguiente encuesta hace parte del Programa de Gestión Hospitalaria, su opinión sobre las cuestiones relacionadas con la seguridad del paciente y los posibles incidentes, es importante para mejorar los procesos, contestarla apenas le llevará unos minutos.

- Un incidente es cualquier tipo de error, equivocación, accidente o desviación de las normas/procedimientos, produzca o no daño en el paciente.
- La seguridad del paciente son las actividades dirigidas a prevenir las posibles lesiones o los efectos adversos relacionados con la atención en salud.
- Evento adverso” se define como cualquier situación que produzca daño o lesión en un paciente, secundario a la atención médica y que no tenga que ver con su patología de ingreso.

Este cuestionario es estrictamente confidencial; todos los datos se gestionarán respetando el secreto estadístico.

Por favor, señale con una cruz su respuesta en el recuadro correspondiente solo una vez. Las áreas de trabajo que se van a encuestar son las siguientes:

- a) Consulta Externa b) Laboratorio Clínico c) Servicio Odontológico
d) Área de Vacunación e) Urgencias f) Hospitalización

Sección A: Su Arrea de Servicio o el lugar donde dedica mayor tiempo.

Área de trabajo	NUNCA	RARA VEZ	ALGUNAS VECES	LA MAYORIA DE VECES	SIEMPRE
1. Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente.	0	0	0	0	0
2. En ocasiones no se presta la mejor atención al paciente por que hay demasiado personal temporal.	0	0	0	0	0
3. Cuando se detecta alguna falla en la atención al paciente se toman las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo.	0	0	0	0	0
4. Después de hacer los cambios para mejorar la seguridad de los pacientes, evaluamos la efectividad.	0	0	0	0	0
5. La seguridad del paciente nunca se compromete por hacer más trabajo.	0	0	0	0	0

Sección B: Su Jefe y/o Director

Por favor, indique su grado de acuerdo o desacuerdo con las siguientes afirmaciones sobre su jefe o la persona a la cual usted le reporta directamente. Marque UNA SOLA OPCIÓN.

Área de trabajo	NUNCA	RARA VEZ	ALGUNAS VECES	LA MAYORÍA DE VECES	SIEMPRE
6. La gerencia o la dirección del hospital facilita un clima laboral que favorece la seguridad del paciente.	0	0	0	0	0
7. Mi jefe tiene en cuenta, seriamente, las sugerencias que le hace el personal para mejorar la seguridad del paciente.	0	0	0	0	0
8. La gerencia o dirección del hospital muestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades.	0	0	0	0	0
9. La gerencia/dirección del hospital sólo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente.	0	0	0	0	0
10. Mi jefe no toma en cuenta los problemas de seguridad del paciente que se repiten una y otra vez.	0	0	0	0	0

Sección C: Comunicación en su servicio y/o área de trabajo

¿Con qué frecuencia ocurre lo siguiente en su área/unidad de trabajo? Marque UNA SOLA OPCIÓN.

Área de trabajo	NUNCA	RARA VEZ	ALGUNAS VECES	LA MAYORÍA DE VECES	SIEMPRE
11. Cuando se han presentado eventos adversos y se han notificado, nos informan sobre qué tipo de actuaciones se han llevado a cabo.	0	0	0	0	0

12. Cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente a la atención que recibe el paciente, habla de ello con total libertad.	0	0	0	0	0
13. Se les informa al personal sobre los errores que se cometen en esta unidad.	0	0	0	0	0
14. En esta área, discutimos formas de prevenir errores para evitar que no se vuelvan a cometer.	0	0	0	0	0

Sección D: Reporte de incidentes ocurridos / errores reportados

Área de trabajo	NUNCA	RARA VEZ	ALGUNAS VECES	LA MAYORÍA DE VECES	SIEMPRE
15. Cuando notificamos algún incidente, nos informan sobre qué tipo de actuaciones se han llevado a cabo.	0	0	0	0	0
16. Cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente la atención de un paciente, habla del tema con total libertad.	0	0	0	0	0
17. Se nos informa de los errores que ocurren en esta area o unidad.	0	0	0	0	0
18. El personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores.	0	0	0	0	0

En su área/unidad de trabajo, cuando se presentan eventos adversos o suceden errores, ¿con qué frecuencia son reportados? Marque con una X solo una opción.

Sección G: Número de Eventos adversos Presentados y/o errores reportados

Marque con una X solo una opción.

1. En los pasados 12 meses, ¿cuántos reportes de eventos adversos / errores ha diligenciado y enviado? Marque UNA SOLA OPCIÓN.

- a) Ningún reporte
- b) De 1 a 2 reportes
- c) De 3 a 5 reportes
- d) De 6 a 10 reportes
- e) De 11 a 20 reportes
- F) 21 reportes o más.

2. ¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en su actual área/unidad?

- a) Menos de 1 año
- b) De 1 a 5 años
- c) De 6 a 10 años
- d) De 11 a 15 años

3. ¿Cuántas horas a la semana trabaja usted en esta institución?

- a) Menos de 20 horas a la semana
- b) De 20 a 39 horas a la semana
- c) De 40 a 59 horas a la semana
- d) De 60 a 79 horas a la semana
- e) De 80 a 99 horas a la semana
- f) 6. De 100 a la semana ó más

4. ¿Cuál es su cargo en esta institución? Marque LA OPCIÓN que mejor describa su posición laboral.

- a. Medico Especialista
 - b. Médico General
 - c. Enfermera profesional
 - d. Enfermera auxiliar
 - e. Químico Farmacéutico
 - f. Auxiliar de Odontología.
 - g. Personal Administrativo
 - h. Personal de Dirección y Gerencia
 - i. Odontólogo.
 - j. Otro, por favor especifique:
 - K, Bacteriólogo
 - L. Auxiliar de Laboratorio Clínico
-

5. ¿Qué tipo de contrato tiene? Marque UNA SOLA OPCIÓN.

- a) Empleado de planta b) Cooperativa c) Contrato de Prestación de Servicios.

Comentarios:

Por favor, siéntase con libertad para escribir cualquier comentario sobre la seguridad de los pacientes, reporte de errores o eventos adversos que se presenten en su área u institución.

Gracias por diligenciar esta encuesta, esto nos permitirá contribuir al mejoramiento en la calidad del servicio que ofrecemos en nuestra institución y a mejorar el servicio a nuestros usuarios.