

**SEGURIDAD EN LA ATENCION DEL PACIENTE UNA HERRAMIENTA
FUNDAMENTAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD**

**ESTUDIANTES:
DIANA MILENA GALLO FRANCO
GLORIA LUCIA RUIZ CRUZ**

INVESTIGACION II

**DOCENTE:
RUBEN DARIO AGUDELO LOAIZA**

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE MANIZALES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN ADMINISTRACIÓN EN SALUD
MANIZALES
2014**

SEGURIDAD EN LA ATENCION DEL PACIENTE UNA HERRAMIENTA FUNDAMENTAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD

INTRODUCCIÓN

La Alianza Mundial para la Seguridad del *Paciente* “*fue puesta en marcha por el Director General de la Organización Mundial de la Salud en octubre de 2004, y fue creada con el propósito de coordinar, difundir y acelerar las mejoras en materia de seguridad del paciente en todo el mundo, la Alianza es un medio que propicia la colaboración internacional y la acción de los Estados Miembros, la Secretaría de la OMS a expertos, usuarios y grupos de profesionales y de la industria*”¹.

Este es un punto de partida donde la seguridad del paciente se ha convertido en una prioridad para el desarrollo de las políticas públicas de prevención en todo el mundo.

La presente revisión de artículos tiene como objetivo principal analizar la seguridad en la atención al paciente, teniendo en cuenta aspectos importantes en la prestación de los servicios de salud, como son las barreras y oportunidades que los profesionales del servicio de salud tienen en su práctica clínica en el desarrollo de la seguridad del paciente.

encontrando que la seguridad del paciente “*se considera una prioridad en la asistencia sanitaria, actividad cada vez más compleja, que entraña 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*”².

A partir de dicha revisión bibliográfica y posterior análisis en las matrices, estaremos en capacidad de analizar las oportunidades para mejorar la seguridad, y varios aspectos de importancia para el desarrollo de la misma como son el aspecto organizacional, el fomento de la cultura de seguridad, formación y desarrollo profesional; relación con los pacientes, investigación; y planificación estratégica entre otros aspectos fundamentales que se relacionan de manera directa entre la seguridad en la atención del paciente y la especialización en Administración en Salud.

RESUMEN

La seguridad del paciente como herramienta fundamental dentro del desarrollo del quehacer médico implica el análisis y estudio de diferentes conceptos, al mismo tiempo evaluar las condiciones y procedimientos previamente estructurados con el fin de entender y desarrollar políticas que impliquen mayor calidad en la prestación de los servicios médicos. El objetivo de este trabajo radica en realizar una revisión bibliográfica de las diferentes bases de datos que contienen artículos sobre gestión en la seguridad del paciente, utilizando como metodología realizar un análisis descriptivo de los mismos. Cuyo propósito es fundamentar un artículo científico que permita ofrecer criterios importantes sobre el desarrollo de la seguridad del paciente a nivel mundial y su aplicación en el ámbito local.

Palabras Clave:

Seguridad del paciente, políticas públicas, enfermería, centros de salud, salud pública.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La seguridad del paciente en los centros hospitalarios ha sido ya desde hace un buen tiempo, objeto de análisis desde todos los puntos de vista, puesto que se ha convertido en un punto de relevante importancia dentro de los esquemas de prestación de servicios de salud no solo para las instituciones hospitalarias, sino también para el área normativa de los diferentes países.

Al mismo tiempo se ha convertido en fuente importante de estudio e investigación en el área académica, encontrando que necesariamente la seguridad del paciente se debe asumir como un protocolo que debe ser estrictamente implementado; *“se asume que el trabajador de la salud brinda la atención con ética y responsabilidad, nunca con la intención de producir daño y de manera ingenua hasta hace pocos años se creía que el tema de seguridad del paciente era algo implícito en el proceso de atención. Esta presunción no tenía en cuenta que los sistemas de atención en salud son de los procesos más complejos a que se enfrenta el ser humano y que por lo tanto las probabilidades de que algo saliera mal no eran despreciables”*³.

La seguridad del paciente como elemento fundamental y prioritario en la prestación de servicios médicos no sólo en Colombia, sino a nivel internacional, es un tema que se ha venido mostrando con gran importancia dentro del ámbito no sólo académico, sino también en las mismas instituciones que prestan los servicios hospitalarios, es así como por ejemplo Colombia, impulsa una política de seguridad del paciente, liderada por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, *“cuyo objetivo es prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y de ser posible eliminar la ocurrencia de Eventos adversos para contar con instituciones seguras y competitivas internacionalmente”*⁴.

A partir de esto encontramos entonces que en Colombia la seguridad del paciente ha venido progresando de manera importante, alcanzando estándares significativos en calidad en la prestación de servicios médicos, pero al mismo tiempo también se han preocupado claramente por el desarrollo de políticas, que permitan cada vez mejorar la calidad de la prestación de los servicios médicos, que los pacientes se sientan claramente más cómodos cuando asisten a las entidades hospitalarias.

Al respecto, “la medicina colombiana ha alcanzado niveles importantes de desarrollo, obteniendo amplio reconocimiento por parte de nuestros ciudadanos e incluso a nivel internacional; prueba de ello son los niveles alcanzados en los programas de trasplantes de órganos y tejidos, en manejo del paciente neonatal en programas de madre canguro o en los temas relacionados con la investigación científica, entre muchos otros”⁵.

Pero aún así encontramos que existe todavía gran desmotivación de las personas hacia los sistemas de salud, *“el 75% de las personas atendidas en los centros de atención están insatisfechas con la prestación del servicio, y en el 85% de los casos los centros de atención en salud no cumplen la reglamentación necesaria para atender los casos que se les presenta.”⁶*

Es así como esta investigación está motivada en el aspecto básico de incrementar el conocimiento a través de la revisión bibliográfica y posterior análisis de artículos relacionados con la seguridad del paciente no sólo a nivel nacional, sino también en otros lugares del mundo; en los cuales encontraremos análisis y estadísticas como la siguiente: *“reducción de la mortalidad infantil evitable por desnutrición en forma progresiva el 30% en el 2013. Al mismo tiempo que se ha dado una reducción a 2.60% la prevalencia*

de desnutrición global en niños y niñas menores de 5 años y a 8,0% la prevalencia de desnutrición crónica en niños y niñas menores de 5 años”⁷.

A partir de los cuales podemos realizar una discusión proactiva que intente analizar la necesidad para que los pacientes puedan acudir con tranquilidad a los sistemas de salud, generando al mismo tiempo una importante actitud hacia la seguridad del paciente en el área de atención médica.

Es éste pues, es un tema que en la actualidad genera importante teoría documental y materia bibliográfico de tal manera que nos abre espacios para realizar un importante análisis investigativo a través de la revisión de artículos que muestran que la seguridad del paciente en los últimos años ha encontrado un pleno desarrollo como política y estrategia global en países con diferente nivel de desarrollo; son muchos los programas que existen a nivel internacional, que pretenden crear conciencia al respecto de generar políticas claras en el manejo del paciente y su seguridad frente a los servicios médicos.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la relación que existen entre las políticas públicas y la seguridad del paciente en la prestación de servicios médicos en el ámbito nacional e internacional?

OBJETIVO GENERAL

Proporcionar información amplia sobre la relación entre las políticas públicas y la seguridad del paciente en el ámbito nacional e internacional, el cual nos permita encontrar aspectos como, cuál ha sido la influencia de las políticas públicas en la implementación de seguridad en la atención del paciente y qué importancia tiene esto en la prestación de los servicios médicos.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analizar la seguridad del paciente como una herramienta que se implementa dentro de las políticas públicas en salud para la prevención en centros hospitalarios.
- Conocer el desarrollo de la seguridad del paciente en diferentes países y su influencia positiva en la prestación de los servicios de salud.

METODOLOGIA

CRITERIOS DE SELECCIÓN

Mediante la revisión bibliográfica de diferentes artículos científicos publicados únicamente entre enero 01 de 2008 y la fecha actual, cuyo enfoque sea la seguridad del paciente y la gestión de las políticas públicas que permitan eliminar la mayor cantidad de eventos adversos presentados en las unidades hospitalarias; que se hayan desarrollado como análisis de la situación real de la atención del paciente, en cuanto a su seguridad en el desarrollo de los tratamientos médicos en los centros hospitalarios de diferentes países como: Colombia, Brasil, México, Cuba y Perú entre otros muchos del mundo, con la idea principal de analizar el entorno que gira alrededor de la formación en seguridad del paciente. Se revisaron publicaciones en los idiomas inglés y español, los cuales necesariamente debían incluir contenido y relevancia científica, y estrictamente estructurados bajo normas Vancouver.

UNIDAD DE ANÁLISIS

La unidad de análisis para el desarrollo de la presente investigación fue básicamente la revisión bibliográfica de artículos científicos relacionados con la Gestión en la Seguridad del Paciente, cuya base de datos principal fue SCIELO.

INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

El instrumento de investigación que se empleó fue el análisis de datos de información bibliográfica recolectada en el área médico científica para el desarrollo del proyecto.

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE MANIZALES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN ADMINISTRACIÓN EN SALUD**

**GESTION DE LA SEGURIDAD DE LA ATENCION AL PACIENTE
SEGUNDO PERIODO 2013**

MATRIZ PARA ANÁLISIS DE ARTÍCULOS No. 1

Título	Guía práctica para la habilitación y certificación de prestadores de servicios de salud. Decreto 1011 y resolución 1043 del 2006, resoluciones 2680 y 3763 del 2007 (2006-2010).
Autor y Año	Isabel Cristina Artunduaga, Juan De Dios Polanía, Claudia Mora, Amelia Rodríguez, Miguel Boada, María Eugenia Henríquez y otros.
Ubicación del artículo (base datos)	Google Scholar
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Habilitación y certificación de prestadores de servicios de salud. [Documento en Internet]. Bogotá: Secretaría Distrital de Salud; 2008 [acceso 16 de julio de 2013]. Disponible en: http://www.saludcapital.gov.co/Publicaciones/Garantia%20de%20Calidad/GUIA%20PRACTICA%20DE%20HABILITACION/Guia%20Practica%20Habilitacion.pdf

Objetivo del artículo	Conocer la reglamentación necesaria para realizar los procedimientos médicos en salud desde una plataforma científica, tecnológica y humana optima para atender los requerimientos básicos del usuario, y cumplir los objetivos de salud a nivel global.
Palabras Clave	Habilitación servicios de salud-certificación servicios de salud-decretos - reglamentarios de salud-salud como objeto social
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	Sistema Único de Habilitación, auditoria para el mejoramiento en atención en salud, sistema único de acreditación, sistema de información para la calidad
Muestra	Dirección distrital De Desarrollo De Servicios De Salud Bogotá
Intervención y proceso medición	Centros de salud pública Bogotá
Resultados	El 75% de las personas atendidas en los centros de atención están insatisfechas con la prestación del servicio- en el 85 % de los casos los centros de atención en salud no cumplen la reglamentación necesaria para atender los casos que se les presenta- la proyección científica de los centros de salud es mínima frente a los requerimientos de ciudad y localidad.
Discusión	La calidad de prestación de servicios de Salud debe ser la provisión de servicios de salud A los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo teniendo en cuenta el balance

	entre beneficios, riesgos y costos con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios.
Análisis Personal	Conocer la reglamentación de orden municipal, departamental, y nacional en cuanto a la prestación de servicios de salud pasa a un segundo plano cuando de atender los requerimientos médicos de los pacientes con una infraestructura insuficiente se refiere ya que si bien hay una reglamentación que se debe cumplir, cuando los directivos y el personal de atención de los centros no cuenta con los recursos técnicos ni materiales suficientes, la aplicación de la normatividad y la reglamentación como tal se torna bacia y sin funcionalidad en este caso.

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE MANIZALES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN ADMINISTRACIÓN EN SALUD**

**GESTION DE LA SEGURIDAD DE LA ATENCION AL PACIENTE
SEGUNDO PERIODO 2013**

MATRIZ PARA ANÁLISIS DE ARTÍCULOS No. 2

Título	Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021: La salud en Colombia la construyes tú
Autor y Año	ALEJANDRO GAVIRIA URIBE Ministro de Salud y Protección Social-NORMAN JULIO MUÑOZ MUÑOZ Viceministro de Protección Social -FERNANDO RUÍZ GÓMEZ Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios- otros 2013
Ubicación del artículo (base datos)	Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021: La salud en Colombia la construyes tú Ministerio de Salud y Protección Social
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Grupo de Comunicaciones Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021: La salud en Colombia la construyes tú [Internet]. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social, 2013 [acceso 16 de julio de 2013]. Disponible en: http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Plan%20Decenal%20-%20Documento%20en%20consulta%20para%20aprobaci%C3%B3n.pdf
Objetivo del	Alcanzar la equidad en la prestación del servicio de salud teniendo en cuenta las

artículo	condiciones de la población a trabes del mejoramiento de estas.
Palabras Clave	Plan Nacional de Salud, Atención primaria en salud, Atención en salud ambiental, Entornos ambientales saludables, Entornos laborales saludables –prevención de las enfermedades laborales y accidentes laborales- hábitos de vida saludables.
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	El Plan Decenal de Salud Pública, PDSP, 2012 – 2021 se sustenta y se articula en normas y políticas nacionales e internacionales. La Constitución Política de 1991 (Congreso de la República de Colombia, 1991), establece que Colombia es un Estado Social de Derecho, organizado de forma descentralizada, con autonomía de sus entidades territoriales, participativa y pluralista, fundada en el respeto de la dignidad humana y solidaria con las personas.
Muestra	Datos de causas de mortalidad y morbilidad en Colombia
Intervención y proceso medición	Realización de Acciones que buscan fortalecer en la población la selección adecuada de los alimentos y la práctica de hábitos alimentarios saludables que le permitan mantener un estado de salud y nutrición adecuadas. Incluye factores determinantes del medio ambiente, los entornos y estilos de vida, la situación nutricional de la población, la disponibilidad, la calidad y el acceso a los servicios de salud, agua potable y saneamiento básico.
Resultados	<p>Reducción de la mortalidad infantil evitable por desnutrición en forma progresiva el 30% en el 2013.</p> <p>Reducción a 2.60 % la prevalencia de desnutrición global en niños y niñas menores de 5 años y a 8,0% la prevalencia de desnutrición crónica en niños y niñas menores de 5</p>

	<p>años.</p> <p>Reducción a la mitad de las personas que padecen hambre y pobreza extrema</p>
Discusión	<p>Lograr una Articulación de los distintos sectores involucrados en la construcción de la Salud, mediante la conformación y desarrollo de alianzas, que conlleven a la conformación de pactos y acuerdos orientados a la lucha contra el hambre y las enfermedades de riesgo en los ámbitos nacional y regional, tanto rural como urbano, la promoción y apoyo a los procesos de planificación descentralizados y la participación ciudadana en temas asociados con la salud y la seguridad de los colombianos y colombianas.</p>
Análisis Personal	<p>Los planteamientos establecidos en el Plan Decenal de Salud Pública, sustentan los esfuerzos planteados en Colombia desde hace ya varios años, con la idea clara de promover ambientes saludables, de articular todos los sectores de la sociedad bajo el esquema de que el país debe ser sostenible en materia de seguridad social, es decir, Colombia bajo los criterios y desarrollos expuestos en el Plan Decenal de Salud Pública, debe convertirse en país que goce de salud en todos los rincones del mismo, y que al mismo tiempo garantiza el bienestar integral de todos los ciudadanos.</p> <p>Dicho Plan se plantea como un nuevo paradigma en el manejo de los recursos a todos los niveles en el país, y se reconoce como una política de estado que reconoce la salud como un derecho fundamental y que a partir de su intervención el efecto de la misma deber ser totalmente eficaz para sus habitantes.</p>

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE MANIZALES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN ADMINISTRACIÓN EN SALUD**

**GESTION DE LA SEGURIDAD DE LA ATENCION AL PACIENTE
SEGUNDO PERIODO 2013**

MATRIZ PARA ANÁLISIS DE ARTÍCULOS No. 3

Título	Políticas Públicas En salud: Aproximación a Un análisis
Autor y Año	Políticas Públicas En salud: Aproximación a Un análisis: grupo de investigación en Gestión y políticas de salud Universidad De Antioquia - Agosto 2008
Ubicación del artículo (base datos)	CLAD Centro Latinoamericano de administración para el desarrollo
(Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Molina G, Cabrera G. Políticas públicas en salud: Aproximación a un análisis. [Documento en internet]. Medellín: Facultad Nacional de Salud Pública "Héctor Abad Gómez". Universidad de Antioquia; 2008 [acceso 17 de julio de 2013]. Disponible en: http://quajiros.udea.edu.co/fnsp/cvsp/Politicass%20publicas%20en%20salud.pdf
Objetivo del artículo	Determinar un marco de análisis conceptual teórico en el tema de políticas públicas en Salud
Palabras Clave	Políticas, políticas públicas, reformas, Salud en Colombia.
Conceptos	Las reformas al sector salud dadas en las últimas décadas tanto en el ámbito nacional

manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	<p>como internacional, han generado cambios importantes en los sistemas de salud, tanto en sus políticas, como en sus estrategias para proyectar la salud como una herramienta de progreso en sus ciudadanos.</p> <p>El artículo analiza las políticas de salud, creando una discusión importante al respecto de las políticas públicas en cuanto al marco de la salud se refiere.</p>
Muestra	Políticas públicas en salud implementadas en Colombia a nivel nacional.
Intervención y proceso medición	Políticas públicas de salud, análisis históricos, textos.
Resultados	Desde el análisis de las políticas públicas en salud se encontró que las estrategias y métodos por medio de los cuales la política en salud es formulada están transversalizados por el sistema político del país y la perspectiva de los actores políticos del mismo gobierno.
Discusión	Las políticas públicas solo se están discutiendo desde un marco normativo y legal y no se está teniendo en cuenta la implementación y el funcionamiento del sistema de salud dentro del régimen contributivo y subsidiado que está incrementando la muertes en los centros de atención, lo que dibuja una normativa aislada de la realidad actual que viven diariamente las personas que utilizan el sistema
Análisis Personal	Cuando hablamos de políticas públicas en Salud debemos tener en cuenta el termino de lo público como algo de interés común y prioritario para las personas sin hacer distinción de clase o estrato social con el que se mide el accesos a ella, es por esto que lo público no debería ser un tema que se discuta desde lo parlamentario, si no un tema incluyente que permita una participación ciudadana y humana real de las

	personas que diariamente se ven afectadas en el tema de salud por las discusiones de las políticas públicas de este tema que se dan desde el congreso.
--	--

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE MANIZALES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN ADMINISTRACIÓN EN SALUD**

**GESTION DE LA SEGURIDAD DE LA ATENCION AL PACIENTE
SEGUNDO PERIODO 2013**

MATRIZ PARA ANÁLISIS DE ARTÍCULOS No. 4

Título	Derechos humanos, una oportunidad para las políticas públicas en salud
Autor y Año	Álvaro Franco-Giraldo, Carlos Álvarez-Dardet - Mayo de 2008
Ubicación del artículo (base datos)	SciELO
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Franco-Giraldo Álvaro, Álvarez-Dardet Carlos. Derechos humanos, una oportunidad para las políticas públicas en salud. Gac Sanit [revista en Internet]. 2008 Jun [Acceso 16 de julio de 2013]; 22(3): 280-286. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112008000300015&lng=es .
Objetivo del artículo	Hacer hincapié en la perspectiva de las políticas públicas en salud, basadas en los derechos humanos, aclarando la relación de las políticas públicas con el ejercicio de los derechos humanos, más allá del derecho a la salud, y reconocer la necesidad de

	implementar mecanismos participativos y genuinamente democráticos.
Palabras Clave	Salud, Derechos humanos, Políticas públicas, mecanismos participativos, investigación.
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	<p>La política es la obtención y el ejercicio del poder.</p> <p>La forma en que éste sea utilizado por el Estado, por el gobierno o por los actores de la sociedad civil definirá las relaciones y la red de fuerzas sociales comprometidas o no con las demandas ciudadanas y los derechos humanos.</p> <p>La salud pública depende en gran medida de la política y de los actores que actúan en función de ella, según la Organización Mundial de la Salud.</p> <p>La salud pública investiga los procesos sociales, políticos y económicos que determinan las modalidades «adoptadas por la respuesta social organizada» en salud: «la investigación en políticas de salud se enfoca en la interrelación de las diversas organizaciones que forman parte del sistema de salud o influyen en él.</p>
Intervención y proceso medición	<p>Históricamente, primero se desarrollaron los derechos civiles –siglo XVIII–, después los derechos políticos, y más adelante, en el siglo XX, los derechos sociales. Sin embargo, son innumerables las limitaciones que presenta esta taxonomía cuando se trata de aplicarla de manera secuencial y mecánica en la búsqueda de la democracia.</p>
Resultados	<p>La salud debe constituirse en un tema de primer orden en la agenda política, como una cuestión social con amplias potencialidades redistributivas de la riqueza en el mundo.</p>

	<p>Los derechos ciudadanos se convierten en una vía importante para la transformación social, en una poderosa herramienta para el desarrollo de políticas públicas orientadas a mejorar las condiciones de salud de la población. Pero se requieren nuevas estrategias y métodos, en su globalidad, para enfrentar mayores desafíos, como la defensa de los derechos de los ciudadanos y la salud en instancias donde el Estado no responde ni existe una autoridad garante.</p> <p>La salud debe constituirse en un tema de primer orden en la agenda política, como una cuestión social con amplias potencialidades redistributivas de la riqueza en el mundo.</p> <p>Los derechos ciudadanos se convierten en una vía importante para la transformación social, en una poderosa herramienta para el desarrollo de políticas públicas orientadas a mejorar las condiciones de salud de la población. Pero se requieren nuevas estrategias y métodos, en su globalidad, para enfrentar mayores desafíos, como la defensa de los derechos de los ciudadanos y la salud en instancias donde el Estado no responde ni existe una autoridad garante.</p> <p>La salud pública, como bien público global, y las políticas públicas tienen sentido si se apoyan en los derechos humanos mediante mecanismos de construcción ciudadana y participación política, de ahí que sea necesario promoverlos, más allá de las acciones encaminadas a resolver su vulneración en los sistemas de salud. Hoy empieza a reconocerse en el argot político-académico que los problemas relacionados con las políticas públicas y los derechos humanos conllevan enfermedades, epidemias y muerte.</p>
Discusión	<p>Las políticas en salud Además de proveer una vía a los gobernantes y a la comunidad internacional para valorar el desarrollo de la salud, se requiere conocer bien los contenidos indispensables para la salud y el bienestar de la población, así como los elementos mínimos de los derechos individuales y colectivos, que se</p>

	puedan plasmar en políticas públicas.
Análisis Personal	El desarrollo humano desde la integralidad se debe volver un foco de atención para atender la salud como algo prioritario en nuestro país, y no seguir siendo indiferentes a los acontecimientos que muestran esta figura de atención tan débil que deteriora la vida de los colombianos, por esto se hace importante conocer cuál es la importancia de la salud y cómo podemos defenderla para hacer cumplir el marco legal que se estableció para que accedamos a ella, imponiendo la calidad ante el deterioro de los servicios.

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE MANIZALES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN ADMINISTRACIÓN EN SALUD**

**GESTION DE LA SEGURIDAD DE LA ATENCION AL PACIENTE
SEGUNDO PERIODO 2013**

MATRIZ PARA ANÁLISIS DE ARTÍCULOS No. 5

Título	Mercantilización de los servicios de salud para el desarrollo: el caso de Colombia
Autor y Año	Oscar Echeverri, Año 2008
Ubicación del artículo (base datos)	SCIELO
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Echeverri O. Mercantilización de los servicios de salud para el desarrollo: el caso de Colombia. Rev Panam Salud Publica. 2008; 24(3):210–6. Acceso el 16 de agosto de 2013. Disponible en: http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v24n3/a08v24n3.pdf
Objetivo del artículo	Mostrar la relación circular entre la salud y el desarrollo y los cambios que se producen en las últimas décadas en materia de producción de servicios de salud y la entrega que han dado lugar a un nuevo paradigma.
Palabras Clave	Servicios de salud, reforma en atención de la salud, equidad en el acceso,

	mercantilización, Colombia.
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	El propósito de este ensayo es mostrar que el manejo de los servicios de salud como una mercancía en una economía de mercado no favorece el mejoramiento de la salud y, por tanto, va en contravía de los esfuerzos para incrementar el desarrollo, pues existe una relación circular entre la salud y el desarrollo en la cual la primera condiciona el desarrollo y viceversa. En el caso de Colombia, al cual se hará referencia especial, el cambio en la forma de financiar y entregar los servicios de salud como una mercancía ha conducido a un mayor grado de exclusión e inequidad para la población y a un deterioro marcado de la salud pública.
Muestra	Según varios estudios, el costo de la intermediación en Colombia (16%–24%), es similar al de los EUA, de más del doble que en Alemania (7%) y por lo menos una vez y media más que en Holanda (9%–11%).
Intervención y proceso medición	Políticas públicas (textos)
Resultados	En los últimos dos siglos, la economía ha fracasado en resolver el problema de la pobreza en el mundo, pero ha tenido éxito en crear riqueza. Hoy son necesarias la filosofía y la ética para liderar la economía y así poder lograr un mundo con mayor cohesión social, con respeto por las diferencias, con el control de la codicia y la avaricia de los ricos, sin la envidia de los pobres, sin la arrogancia de los poderosos y con la justicia social de una civilización menos egoísta y más ética. Esta reflexión importa cuando se trata de garantizar servicios de salud a la población, pues éstos

	deben contribuir a reducir la pobreza y la exclusión, no a aumentarlas.
Discusión	<p>Hay un asomo de cambio en el mundo con relación a la visión de la pobreza.</p> <p>Desde 1989, sin un contrincante ideológico que lo mantuviera ocupado, el capitalismo pudo hacer un alto para reflexionar y constatar (miró sus llagas) que, por definición, es un sistema que genera desigualdad, que nunca ha sido equitativo y que tiende a excluir a los que están en desventaja.</p> <p>Esta reflexión ha conducido a un creciente interés por investigar sobre la exclusión, la inequidad, la cultura de la pobreza, considerados determinantes sociales de la enfermedad.</p> <p>Los europeos ya lanzaron una propuesta para desarrollar una sociedad con cohesión social, equitativa, incluyente y respetuosa de la diferencia. ¿Podemos seguir el ejemplo en Colombia y en América Latina? No esperemos más para comenzar.</p>
Análisis Personal	<p>La relación que existe por lo general entre inversión del Estado y el pragmatismo de los servicios de salud sobre todo en los países más subdesarrollados, es totalmente clara, pues para muchos países no es una prioridad crear sistemas de salud que puedan ser completamente transparentes y eficaces en la prestación de sus servicios, y por el contrario, en muchos países como Colombia, el sistema de salud es un caos, pues existen claramente gran cantidad de problemáticas que afectan de manera directa los servicios de salud, y que en últimas, son los usuarios quienes se ven afectados de manera directa.</p>

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE MANIZALES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN ADMINISTRACIÓN EN SALUD**

**GESTION DE LA SEGURIDAD DE LA ATENCION AL PACIENTE
SEGUNDO PERIODO 2013**

MATRIZ PARA ANÁLISIS DE ARTÍCULOS No. 6

Título	Paradigmas en el análisis de políticas públicas de salud: limitaciones y desafíos
Autor y Año	Walter Salas-Zapata, Leonardo Ríos-Osorio, Rubén Darío Gómez-Arias Xavier Álvarez-Del Castillo
Ubicación del artículo (base datos)	SciELO Public Health
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Salas-Zapata Walter, Ríos-Osorio Leonardo, Gómez-Arias Rubén Darío, Álvarez-Del Castillo Xavier. Paradigmas en el análisis de políticas públicas de salud: limitaciones y desafíos. Rev Panam Salud Publica [serial on the Internet]. 2012 July [cited 2013 Aug 16] ; 32(1): 77-81. Available from: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892012000700012&lng=en . http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892012000700012 .
Objetivo del artículo	La investigación en políticas de salud se considera esencial para asegurar la efectividad y eficiencia de las políticas públicas. Los análisis de políticas públicas de salud (APPS) obedecen a diferentes propósitos; entre ellos, contribuir a resolver aquellos problemas que originaron la política. Tal propósito enfrenta dos grandes

	<p>obstáculos: 1) la polisemia y heterogeneidad de los modelos aplicados al análisis de políticas públicas, condiciones que dificultan la selección de los métodos de análisis y la valoración de sus alcances; y 2) los enfoques metodológicos tradicionales que limitan la capacidad de los análisis para contribuir a resolver los problemas detectados.</p>
Palabras Clave	Políticas públicas de salud; gestión del conocimiento; investigación.
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	<p>Las políticas públicas pueden entenderse como dispositivos para el control social generados en el contexto de la modernidad, que reflejan las interacciones de un sistema de actores y se expresan en sus reglas y modos de actuación, definiendo la forma de proceder frente a un asunto considerado de interés público; en el caso de la salud pública su asunto son los problemas que afectan la salud.</p> <p>El análisis de políticas públicas puede considerarse como una disciplina científica y como una ciencia social aplicada.</p> <p>Particularmente, se ha definido como un proceso multidisciplinar) y multi-metodológico de gestión del conocimiento dirigido a explicar tanto las interacciones de influencia entre actores, instituciones, intereses e ideas como la naturaleza y el resultado de las decisiones y acciones que emergen de tales interacciones.</p>
Muestra	Este ensayo pretende revisar los fundamentos epistemológicos de los modelos predominantes en APPS desde mediados del siglo xx, examinando sus alcances y limitaciones, con el fin de proponer opciones que mejoren la utilidad y la capacidad

	de los estudios para contribuir a la solución de los problemas de salud.
Intervención y proceso medición	Según los principios de las democracias liberales, las políticas públicas relacionadas con la salud deberían formularse para resolver un problema de salud considerado de interés público. En un sentido similar, los análisis de políticas públicas de salud (APPS) deberían también contribuir a la solución del problema destacando los aciertos y las limitaciones de las políticas y las intervenciones basadas en ellas. No obstante, la heterogeneidad de tradiciones ideológicas, conceptuales y metodológicas utilizadas por los APPS (8, 9) ha generado un marco polisémico y confuso que dificulta su evaluación. Esta dificultad se refleja en las deficiencias metodológicas de las investigaciones publicadas en los últimos años.
Resultados	Los APPS realizados en los últimos años se han amparado predominantemente en enfoques positivistas, y minoritariamente en enfoques socio histórico y propositivos. Los enfoques positivistas suelen desconocer procesos subjetivos y contextuales que son esenciales en una política pública, y su predominio como paradigma hegemónico podría limitar el alcance de los APPS. Aunque menos utilizados, los enfoques sociohistóricos podrían contribuir a resolver estas lagunas; sin embargo, no aseguran un compromiso del investigador con el problema ni una adecuada interacción con los tomadores de decisiones que garantice la aplicación del conocimiento.
Discusión	Los investigadores podrían mejorar la utilidad de los APPS para resolver los problemas que son objeto de las políticas si definen adecuadamente modelos que consideren, entre otros, los siguientes argumentos: las políticas públicas son la expresión de relaciones de poder, que actúan como dispositivos de control; el entorno social, económico y ecológico es un determinante de toda política pública de

	salud y, como tal, es un componente esencial de los APPS; los modelos y métodos deberían constituirse como espacios de gestión del conocimiento que faciliten el aprendizaje, la participación y la interacción de los investigadores y los demás actores sociales para facilitar la comunicación y la cooperación entre ellos.
Análisis Personal	Las personas que trabajan dentro del sistema general de salud dentro de sus políticas de atención al usuario den trían que tener en cuenta los resultados y hallazgos encontrados en investigaciones realizadas dese los focos sociales en donde su objetivo es conocer el sentir de los usuarios y las empresas prestadoras de servicios de salud, ya que desde estas percepciones la atención a usuarios se haría más desde lo real y no tanto desde lo que se pensaría sería menor para ellos.

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE MANIZALES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN ADMINISTRACIÓN EN SALUD**

**GESTION DE LA SEGURIDAD DE LA ATENCION AL PACIENTE
SEGUNDO PERIODO 2013**

MATRIZ PARA ANÁLISIS DE ARTÍCULOS No. 7

Título	Calidad en los servicios de salud desde los marcos de sentido de diferentes actores sociales en Colombia y Brasil
Autor y Año	María E. Delgado-Gallego, María L. Vázquez-Navarrete y Lygia de Moraes-Vanderlei - 2010
Ubicación del artículo (base datos)	Scielo Public Health
(Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Delgado-Gallego, María E; Vázquez-Navarrete, María L; de Moraes-Vanderlei, Lygia. Calidad en los servicios de salud desde los marcos de sentido de diferentes actores sociales en Colombia y Brasil. Rev. Salud pública 12(4): 533-545, ILUS, TAB. 2010 Aug.. [Acceso en 16 de agosto de 2013]; 12(4): 533-545. Disponible en: http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v12n4/v12n4a01.pdf
Objetivo del artículo	Objetivo Analizar los marcos de sentido en la definición de la calidad de un servicio de salud de los diversos actores sociales en Colombia y Brasil. Método Estudio cualitativo, descriptivo-interpretativo, mediante grupos focales y entrevistas

	individuales en dos municipios de Colombia y Brasil. Muestra teórica de agentes sociales, buscando variedad del discurso: a. Usuarios y líderes; b. Personal de salud y; c. Formuladores de políticas.
Palabras Clave	Evaluación de servicios de salud, calidad de la atención de salud, investigación cualitativa, Colombia, Brasil.
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	<p>No toda diferencia sanitaria entre grupos expresa una desigualdad en salud. No lo es la variación natural, biológica; tampoco la resultante de un comportamiento perjudicial que ha sido elegido libremente. Son desigualdades aquellas diferencias entre grupos de la población que son injustas, evitables e innecesarias.</p> <p>Los grados de equidad van a estar determinados originalmente por los modelos de aseguramiento y de financiamiento de la salud. La igualdad de acceso a los servicios para quienes posean iguales necesidades, independientemente de sus ingresos y de su capacidad de pago, está íntimamente relacionada con la vigencia de los principios de solidaridad, universalidad y equidad. La falta de transparencia y las imperfecciones de mercado en razón de la competencia imperfecta, límites de la soberanía del consumidor, asimetrías de información, diversos mecanismos de exclusión, atomización y las dificultades de asociación que enfrentan los consumidores requieren regular los mercados de aseguramiento y prestaciones. Por su parte, las transiciones demográficas ponen sobre la mesa tapete cómo atender las necesidades de los diferentes grupos de edad en materia de protección social y cuidado.</p>
Muestra	Muestra teórica, con diferentes grupos de actores donde podían circular discursos diferentes: Usuarios (U) desde los 18 años, de distintos estratos sociales y sexo;

		líderes (L); personal de salud (PS); miembros de consejos municipales de salud (CMS) en Brasil y formuladores de políticas (FP) municipales, estatales, y a nivel nacional sólo en Brasil.
Intervención y proceso medición	y	Estudio cualitativo, descriptivo-interpretativo, mediante grupos focales y entrevistas individuales en dos municipios de Colombia y Brasil. Muestra teórica de agentes sociales, buscando variedad del discurso: a. Usuarios y líderes; b. Personal de salud y; c. Formuladores de políticas. Análisis de contenido, con generación mixta de categorías y segmentación de los datos por país, informantes y temas.
Resultados		Los marcos de sentido desde los cuales construyen la calidad de la atención, usuarios y personal de salud en ambos países, mostraron convergencias en torno a tres grandes ejes: adecuación de la estructura, nivel técnico y humanización de la atención. Presentaron, no obstante, matices diferenciadores: los usuarios de ambos países profundizan en aspectos estructurales y organizativos como disponibilidad y accesibilidad de recursos, y en aspectos técnicos, como resolutivez y calidad técnica. El personal de salud de Colombia y Brasil mostró similitudes, pero mientras los primeros destacaban más una administración ágil y tiempo de consulta mayor; los segundos, más disposición de personal especializado, materiales e insumos suficientes. Por su parte, el marco de sentido de los formuladores emergió del conjunto de normas legales.
Discusión		Los matices aportados por los distintos marcos de sentido de calidad de los actores sociales, indican la necesidad de tenerlos en cuenta en su totalidad, ya que apuntan a diferentes debilidades del sistema. Además, muestran que los usuarios profundizan más en aspectos técnicos del servicio de lo considerado habitualmente.

Análisis Personal

Los riesgos que genera el inadecuado manejo técnico de los sistemas hospitalarios y de salud genera inestabilidad en cuanto a las políticas de calidad, en donde lo que pretende el gobierno de países como Brasil y Colombia buscan alianzas que benefician el sector salud desde los usuarios como los prestadores de salud. Entre tanto los esfuerzos por construir mejor calidad de vida siga aumentando los riesgos de enfermedad disminuirán y se generara una de saturación de los sistemas de salud.

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE MANIZALES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN ADMINISTRACIÓN EN SALUD**

**GESTION DE LA SEGURIDAD DE LA ATENCION AL PACIENTE
SEGUNDO PERIODO 2013**

MATRIZ PARA ANÁLISIS DE ARTÍCULOS No. 8

Título	La seguridad del paciente, una responsabilidad en el acto del cuidado
Autor y Año	MSc. Carlos Agustín León Román. Rev Cubana Enfermer v.22 n.3 Ciudad de la Habana jul.-sep. 2006
Ubicación del artículo (base datos)	SCIELO
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	EON ROMAN, Carlos Agustín. La seguridad del paciente, una responsabilidad en el acto del cuidado. <i>Rev Cubana Enfermer</i> [online]. 2006, vol.22, n.3, pp. 0-0. ISSN 1561-2961. [revista en la Internet]. 2006 Sep [citado 2013 Agosto 16]; Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192006000300007&lng=es .
Objetivo del artículo	El objetivo de este trabajo, es reflexionar sobre la seguridad del paciente como responsabilidad profesional, en el acto del cuidado.

Palabras Clave	Seguridad del paciente, calidad, enfermería.
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	<p>La enfermería es una profesión con profundas raíces humanistas, genuinamente preocupada por las personas que confían en su cuidado, en especial de quienes experimentan una situación de enfermedad y sufrimiento. Es una actividad formal que aprecia y valora la conciencia colectiva del gremio. Sus fundamentos dan sustento a una práctica, profundamente humanista, que ha evolucionado con el avance científico-técnico. Acorde con su propósito de superación, se acoge a la corriente que tiende a garantizar la calidad en los sistemas de los servicios de salud, que busca satisfacer las necesidades de la sociedad. Así, la calidad se ha convertido en un elemento esencial de los servicios de salud.</p> <p><i>The Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization (JCAHCO)</i>, ha establecido programas de evaluación de calidad, que la define como el grado en que los servicios de atención al cliente aumenta la probabilidad de obtener los resultados deseados por él y reduce la probabilidad de los efectos indeseados y de conformidad con el estado real del conocimiento. (Manual de acreditación para hospitales. Barcelona: Ediciones SG; 1995.)</p> <p>El abordaje por enfermería sobre temas de calidad y efectividad de los tratamientos en los pacientes, se remonta a tiempos pasados, como se puede apreciar en el postulado de <i>Florence Nightingale</i>, cuando planteó "...las leyes de la enfermedad pueden ser modificadas si comparamos tratamientos con resultados..."</p> <p>El sistema de salud requiere que todos los responsables en la atención de la población, se involucren con las acciones destinadas a mejorar la calidad del servicio en los diversos ámbitos. La calidad tiene un valor tan importante como la salud; es por ello que el personal de enfermería, como miembro del equipo de salud, debe desarrollar una</p>

	<p>cultura de calidad e incorporarse a los programas con una actitud pro-activa.</p> <p>La calidad en la atención de enfermería es un concepto complejo que comprende la asistencia acorde con el avance de la ciencia, a fin de implantar cuidados que satisfagan las necesidades de cada uno de los pacientes y asegurar su continuidad.³</p> <p>A nivel internacional, existe una corriente de crear nuevas estrategias que permitan garantizar la seguridad del paciente, así que como que se pueda evidenciar la calidad de atención que se brindan y facilitar así, la creación de indicadores de evaluación.</p>
Muestra	<p>Se realizó una revisión bibliográfica en el primer trimestre del año 2006, que incluyó diversos libros de textos, bibliografías y páginas Web; además se realizaron consultas a expertos en la materia para ampliar los conocimientos relacionados al programa de seguridad del paciente.</p> <p>Se detallaron los criterios que sustentan a la enfermería como profesión, la misión y las directrices que rigen la responsabilidad social, así como los 10 criterios internacionales para evaluar la seguridad del paciente, basado en el estudio analítico de la bibliografía consultada.</p>
Intervención y proceso medición	<p>La enfermería abarca los cuidados autónomos y en colaboración que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos, en todos los contextos, e incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, y los cuidados de los enfermos, discapacitados, y personas moribundas. Funciones esenciales de la enfermería son la defensa, el fomento de un entorno seguro, la investigación, la formación, la participación en la política de salud y en la gestión de los pacientes y los sistemas de salud</p>

En estos momentos en que avanzamos hacia un mayor requerimiento social de nuestros servicios y con ello, consolidar la presencia en un campo fuertemente profesionalizado, a un nivel de colaboración y no de subordinación, se puede plantear que la enfermería es una profesión porque:

- Constituye un servicio a la sociedad.
- Posee un cuerpo de conocimientos y habilidades propias, que busca constantemente acrecentar su competencia para mejorar la calidad de sus servicios.
- Cuenta con un objeto de estudio (el cuidado), razón de ser de la enfermería.
- Establece sus propias normas y políticas para controlar sus actividades.
- Se encarga de la preparación de las personas que van a desempeñar la profesión.
- Adapta sus servicios a las necesidades que se le van presentando.
- Acepta la responsabilidad y compromiso de proteger al público al que sirve.
- Trata de utilizar al máximo de sus posibilidades, a las personas que la ejerce.
- Regula su propia práctica.
- Se ajusta a un código de conducta basado en sus principios éticos.
- Convoca la unión de sus miembros con el propósito de alcanzar objetivos comunes en respuesta al encargo social.

La finalidad y el objetivo de la prestación de los servicios de enfermería, consisten en cumplir las metas inherentes a la definición de esta profesión, que con su calidad humana y como elemento fundamental del sistema de salud, ha sido una fuerza importante para delinear el futuro del sistema.

El sistema de salud cubano, ha tenido grandes transformaciones en función de la calidad de la asistencia que se brinda a la población. Los profesionales de

enfermería enfrentan la necesidad de responder a estos cambios y demandas.

Es indudable que los cambios que se han producido en el sistema del servicio de salud han repercutido en el ejercicio de la enfermería, haciendo inevitable las innovaciones en este campo.

La enfermería cubana, sustentada que los programas continuos de garantía de calidad, establecen el sentido de responsabilidad que tienen los profesionales de la salud con la sociedad, en términos de calidad, pertinencia y costos de los servicios asistenciales proporcionados.

Los enfermeros cubanos trabajan en función por la calidad del cuidado, a través del cumplimiento de los cuatro principios básicos que rigen su actuación. Estos principios son:

1. Ayudar al paciente a conservar su personalidad.
2. Ayudar al paciente a recuperar su salud.
3. Proteger al paciente de lesiones o agentes externos o enfermedades.
4. Ayudar al paciente a incorporarse a la sociedad.

La calidad de los servicios de enfermería se define como la atención oportuna, personalizada, humanizada, continua y eficiente que brinda el personal de enfermería de acuerdo con estándares definidos para una práctica profesional competente y responsable; con el propósito de lograr la satisfacción del usuario y del prestador del servicio.

La enfermería a nivel internacional trabaja arduamente por mejorar la calidad de la

formación, la asistencia, la investigación y la gestión; para lograr así, la seguridad del paciente que está a su cuidado.

Para lograr esta meta, se debe desarrollar la gestión para la calidad del cuidado, que se basa en una filosofía del cambio, que involucra a todos y que establece claramente la visión y la misión del trabajo.

Es meritorio señalar que toda profesión, posee una misión, una expresión más precisa de la finalidad o razón para la existencia de su organización. Esto permite transmitir información tan importante como:

- ¿Por qué existimos?
- ¿A quién servimos?
- ¿Qué servicios proporcionamos y qué hacemos para proporcionarlos?

La misión de los enfermeros cubanos es lograr un óptimo estado de salud de la persona, la familia y la comunidad; de este modo se asegura una atención integral, personalizada, de calidad y libre de riesgo. Se debe realizar un uso racional de los recursos humanos y tecnológicos, mediante un clima organizacional propicio que siga las estrategias y programas priorizados por el Ministerio de Salud Pública.

Para cumplir con la misión social se debe implementar estrategias que refuercen la identidad profesional, que contribuya al desarrollo de la disciplina, que mejore la organización y que otorgue credibilidad en los servicios de enfermería en las instituciones de salud.

Se puede apreciar claramente dentro de la misión, la dimensión social de la

profesión de enfermería, la cual presenta directrices que rigen la responsabilidad social que se asume. Estas directrices son:

- Demostrar un compromiso personal y profesional en el acto del cuidado.
- Estar capacitado para desempeñar la profesión.
- Administrar cuidados seguros y continuos.
- Respetar los derechos básicos de los individuos.
- Ser portavoz del paciente y abogar por él.
- Aplicar acciones de prevención, promoción, curación y rehabilitación.
- Evitar riesgos o secuelas.
- Brindar atención de calidad.
- Respetar al individuo sin enjuiciar su orientación sexual, estatus socioeconómico, grupo étnico, problemas de salud o naturales, raza o influencia ideológicas.
- Colaborar en las funciones de liderazgo dentro de un sistema cambiante de atención de salud.

Estas directrices permiten reflexionar para el control del acceso a la profesión y de las formas en que ésta debe ejercerse, lo que hace imprescindible una legitimación, no sólo social, sino legal. *Ellioten* 1975, planteó "...las profesiones pretenden tener responsabilidad única sobre algún aspecto del bien público y saber cómo conseguir ese bien..."

En la actualidad, se imparten cursos sobre la seguridad del paciente, donde se hace énfasis en los siguientes 10 aspectos que permiten su evaluación. Estos aspectos son:

1. Identificación del paciente.

2. Comunicación clara.
3. Manejo de medicamentos

- Paciente correcto.
- Medicamento correcto.
- Vía correcta.
- Dosis correcta.
- Rápidez correcta.

4. Cirugía y procedimientos.

- Cirugía o procedimiento correcto.
- Sitio quirúrgico correcto.
- Momento correcto.

5. Evitar caída del paciente.

6. Uso de protocolos y guías.

7. Evitar Infecciones nosocomiales.

8. Clima de seguridad.

9. Factores humanos.

10. Hacer partícipe al paciente en la toma de decisiones.

Si se valora estos 10 aspectos, se puede plantear que la seguridad del paciente, no es un modismo, ni un nuevo enfoque en los servicios de salud; sino, una responsabilidad en el acto del cuidado.

Las intervenciones seguras que de ellos se derivan, tienen la capacidad de producir un impacto positivo sobre la mortalidad, morbilidad, incapacidad y complicaciones

	<p>en los usuarios, así como determinar la garantía de la calidad del cuidado.</p> <p>En este sentido, desde <i>Florence Nightingale</i>, hasta la actualidad, la enfermería siempre ha mostrado disposición y compromiso con la seguridad del paciente y mejorar de manera continua los procesos de atención que brinda.</p> <p>Los principales componentes del cuidado que hacen posible alcanzar los objetivos son: carácter tangible, fiabilidad, rapidez, competencia, cortesía, credibilidad, seguridad, accesibilidad, oportunidad, comunicación y conocimiento de la situación del paciente.</p>
Resultados	<p>Se puede plantear, que la seguridad del paciente dentro de los programas de garantía de calidad, no es un modismo, ni un nuevo enfoque en los servicios de salud; sino una responsabilidad profesional implícita en el acto del cuidado.</p> <p>Se debe preparar enfermeros que tengan una visión de su profesión como disciplina científica, que se preocupen por el bien fundamental de la humanidad y que respondan a su encargo social a brindar cuidados oportunos, con calidad y libres de riesgo.</p>
Discusión	<p>Brindar cuidados seguros responde a un modo de actuación profesional, elemento esencial en la cultura de calidad que se estampa en los servicios de salud.</p> <p>La seguridad del paciente implica responsabilidad legal y moral en el ejercicio, practica de la profesión de forma competente y segura (sin negligencia y mala praxis), así como la autodeterminación y autorregulación.</p> <p>Eso implica valorar adecuadamente a las personas que pretenden ejercer la profesión y para ello, se debe seleccionar a los candidatos adecuados, ya que una actividad, que pretende lograr el status profesional, no puede permitirse que sea considerada como</p>

	<p>refugio para aquellos que no tienen vocación, capacidades y aptitudes.</p> <p>El impetuoso desarrollo del sistema de salud exige recursos humanos cada vez mejores, preparados desde el punto de vista técnico, profesional y humano, que puedan enfrentar los desafíos del desarrollo científico-técnico.</p>
Análisis Personal	<p>El artículo presenta de manera simple los componentes que debe tener cada institución y el personal que labora en el mismo para que se dé un equilibrio entre el cuidado a los usuarios y el mejoramiento en la calidad de atención buscando siempre que no se presente ningún daño a la integridad de los pacientes.</p> <p>Este estudio se basó en la recopilación de diferentes textos con el fin de generar un compendio más estructurado que garantice una base sólida a la hora de implementar un adecuado sistema de seguridad del paciente, reducir la incidencia y prevalencia de eventos adversos y la concientización de que un trabajo bien realizado y la prestación de adecuados servicios de salud son la mejor carta de presentación para las instituciones de salud.</p>

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE MANIZALES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN ADMINISTRACIÓN EN SALUD**

**GESTION DE LA SEGURIDAD DE LA ATENCION AL PACIENTE
SEGUNDO PERIODO 2013**

MATRIZ PARA ANÁLISIS DE ARTÍCULOS No. 9

Título	Sistema de salud de Colombia
Autor y Año	Gianella Malca Camila, Año: 201
Ubicación del artículo (base datos)	SCIELO
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Gianella-Malca Camila. Sistema de salud de Colombia. Salud pública Méx [revista en la Internet]. 2011 Oct [citado 2013 Ago 16]; 53(5): 369-369. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000500003&lng=es .
Objetivo del artículo	Presentar una descripción de las condiciones de salud de Colombia y una descripción detallada Del sistema colombiano de salud.
Palabras Clave	Salud – Población, Sistema de Salud, Colombia

Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	<p>El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) con sus dos regímenes, el régimen contributivo (RC) y el régimen subsidiado (RS). El RC afilia a los trabajadores asalariados y pensionados y a los trabajadores independientes con ingresos iguales o superiores a un salario mínimo. Motivos por los cuales se plantea la revisión del funcionamiento ineficiente que se está dando para buscar soluciones.</p>
Muestra	<p>El RS afilia a todas las personas sin capacidad de pago. En 2010 las coberturas fueron de 39.7% y 51.4% de la población total, respectivamente. Los Regímenes Especiales (RE) afilian a los trabajadores de las Fuerzas Militares, la Policía Nacional, la Empresa Colombiana de Petróleos (ECOPETROL), el Magisterio y las universidades públicas. En 2010 sólo 4.3% de la población permanecía fuera del sistema de seguridad social en salud.</p>
Intervención y proceso medición	<p>La Constitución Política de 1991 estableció el derecho de todos los colombianos a la atención a la salud como un servicio público cuya prestación se realiza bajo la dirección, coordinación y control del Estado con la participación de agentes públicos y privados. La Ley 60 de 1993 dio impulso al mandato constitucional mediante normas que dieron origen a la descentralización del sistema. La Ley 100 del mismo año creó el actual SGSSS.</p>
Resultados	<p>Realizando el análisis de la situación de salud actual en Colombia se encontró que Subsisten asimismo fallas y quejas en la prestación de los servicios. Hay una tensión permanente entre Pagadores y prestadores. Una mejor regulación y una supervisión más efectiva de los actores públicos y privados que participan en el sistema continúan siendo retos fundamentales.</p>

Discusión	La práctica de la salud pública, la información completa y oportuna, así como la evaluación de sus procesos y resultados, aparece como un reto mayor sin el cual será difícil orientar el sistema con criterios de promoción y prevención.
Análisis Personal	La base del buen funcionamiento del sistema de salud en Colombia no está en la protección del usuario, o protección de las entidades prestadoras del servicio, está en las acciones efectivas y prioritarias que se hagan para dar atención oportuna y eficaz a quien lo requiera sin tener en cuenta si pertenece al régimen subsidiado o al contributivo.

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE MANIZALES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN ADMINISTRACIÓN EN SALUD**

**GESTION DE LA SEGURIDAD DE LA ATENCION AL PACIENTE
SEGUNDO PERIODO 2013**

MATRIZ PARA ANÁLISIS DE ARTÍCULOS No. 10

Título	Condiciones para el acceso universal a la salud en América Latina: derechos sociales, protección social y restricciones financieras y políticas
Autor y Año	Ana Sojo, Año: 2011
Ubicación del artículo (Base datos)	SCIELO
(Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	SOJO, Ana. Condiciones para el acceso universal a la salud en América Latina: derechos sociales, protección social y restricciones financieras y políticas. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , V. 16, n. 6, June 2011. [Citado 16 de agosto de 2013]. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n6/02.pdf
Objetivo del artículo	Tras una sucinta problematización de la equidad en salud, sus determinantes sociales y sectoriales, se analizan aspectos macroeconómicos del comportamiento reciente del gasto en salud en la región. Dadas las importantes tensiones contemporáneas respecto de los derechos y la definición de prestaciones de salud, se tratan tres experiencias emblemáticas, de sistemas de salud muy diversos: Chile,

	Colombia y México. Ellas abarcan distintos aspectos: la garantía de las prestaciones, la reducción de formas de racionamiento implícitas y/o de barreras de entrada, o bien aspectos de calidad.
Palabras Clave	Equidad en salud, Judicialización, Derecho a la Salud, Protección social, América Latina
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	<p>No toda diferencia sanitaria entre grupos expresa una desigualdad en salud. No lo es la variación natural, biológica; tampoco la resultante de un comportamiento perjudicial que ha sido elegido libremente. Son desigualdades aquellas diferencias entre grupos de la población que son injustas, evitables e innecesarias.</p> <p>Los grados de equidad van a estar determinados originalmente por los modelos de aseguramiento y de financiamiento de la salud. La igualdad de acceso a los servicios para quienes posean iguales necesidades, independientemente de sus ingresos y de su capacidad de pago, está íntimamente relacionada con la vigencia de los principios de solidaridad, universalidad y equidad. La falta de transparencia y las imperfecciones de mercado en razón de la competencia imperfecta, límites de la soberanía del consumidor, asimetrías de información, diversos mecanismos de exclusión, atomización y las dificultades de asociación que enfrentan los consumidores requieren regular los mercados de aseguramiento y prestaciones. Por su parte, las transiciones demográficas ponen sobre la mesa tapete cómo atender las necesidades de los diferentes grupos de edad en materia de protección social y cuidado.</p>
Muestra	Entre 1993 y 1994 se establece por conexidad el derecho a la salud fundamental; 1994-2003, se expande la noción de conexidad, con lo cual se genera un activismo

	<p>de la tutela individual; desde 2003 se avanza hacia la consideración como derecho fundamental y aunque no se afirma que todo sea posible de reclamar, se incrementan las demandas por servicios no POS¹⁶. Entre 2003 y 2005, las tutelas crecieron un 68%. A fines de 2009, cerca del 60% de ellas corresponden a salud y pensiones y de ese conjunto, 75% a salud. El monto de las tutelas por servicios, procedimientos o medicamentos no incluidos en el POS, alcanzaron un valor aproximado al 0,25% del PIB y fueron recobradas al FOSyGA. En el 2007 se realizaron 1 millón de recobros (120 millones de servicios al año).</p>
Intervención y proceso medición	<p>El gasto en salud, evidentemente, no escapa a las restricciones fiscales y contributivas. Ha aumentado de manera sostenida pero moderada. En algunos casos incluso se incrementó de manera importante desde 1990. Las siguientes cifras ilustran tendencias nacionales, no comparables entre países, dado que se agregan diferentes niveles de gobierno.</p> <p>La ciudadanía política y civil, por una parte, y la social, por otra, tienen supuestos, lógicas y formas organizativas distintas. Las dos primeras coinciden en grandes rasgos con los derechos a la representación y a la participación y nacen en la época moderna vinculadas con un proceso de automatización de las esferas social y política respecto de la económica</p> <p>Los derechos son indivisibles, tanto en un sentido ético como práctico, en la medida que se refuerzan mutuamente. Los civiles y políticos son indispensables para controlar el cumplimiento de las obligaciones que emanan de los derechos sociales.</p>

<p>Resultados</p>	<p>La magnitud de las tensiones de financiamiento llevó en enero del 2010 a que el Gobierno expidiera 12 decretos dentro del marco de la Emergencia Social para encarar a corto plazo el desfinanciamiento del sistema y que han generado gran polémica. Sus detractores se refieren tanto a su contenido como a su carácter inconsulto, y por no haber utilizado el conducto regular del Congreso.</p> <p>La declaratoria de emergencia social aduce una mezcla de situaciones sobrevinientes, agravamiento súbito de problemas antiguos y cuestiones estructurales. Por una parte, un aumento extraordinario de solicitudes de medicamentos y servicios no contemplados en el POS que pondría en inminente riesgo de agotarse la cuenta de compensación del régimen contributivo: dado que esa cuenta es la columna vertebral de sistema, de entrar en problemas de insuficiencia, todo el sistema presentará fallas crecientes.</p>
<p>Discusión</p>	<p>La coexistencia de diversos sistemas de aseguramiento va de la mano de la competencia por los recursos. En el caso del SPS, su creación ha redundado en la disminución de la partida de recursos públicos destinados a los derechohabientes de la Seguridad Social.</p> <p>De allí que la regulación debiera velar porque este elemento no conduzca a conductas de riesgo moral en detrimento de la amplitud y calidad de las prestaciones públicas para ampliar la participación privada.</p>
<p>Análisis Personal</p>	<p>Los sistemas de salud a nivel global por lo general presentan saturación de usuarios que los vuelven insostenibles para el estado, en el caso particular de</p>

Colombia el sistema de salud desde siempre ha presentado falencias en todos los sentidos, es decir, en su infraestructura hospitalaria, en la prestación de los servicios médicos, en la planeación estratégica de los mismos servicios, y principalmente en las políticas públicas que deben propender de manera directa por el buen funcionamiento de los mismos.

El colapso actual de los servicios de salud es muestra de ello, pues a partir de la ley 100 y la división de la salud en diferentes regímenes de afiliación, los mismos fueron mostrando que no estaban lo suficientemente estructurados para la cantidad de usuarios que tendrían y por lo tanto el sistema se vio superado por los usuarios.

Al mismo tiempo la protección del derecho a la salud por medio de la tutela, que como su nombre lo indica propende por tutelar el derecho fundamental a la vida y a la dignidad..., han dado también al traste con la planificación de los regímenes de salud en Colombia pues ésta los ha llevado a tener que responder por servicios médicos que no tenían en su Plan Obligatorio de Salud, encontrándose entonces con grandes dificultades financieras como las que hoy atraviesan la gran mayoría de servicios médicos en el país.

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE MANIZALES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN ADMINISTRACIÓN EN SALUD**

**GESTION DE LA SEGURIDAD DE LA ATENCION AL PACIENTE
SEGUNDO PERIODO 2013**

MATRIZ PARA ANÁLISIS DE ARTÍCULOS No. 11

Título	Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021
Autor y Año	ALEJANDRO GAVIRIA URIBE Ministro de Salud y Protección Social-NORMAN JULIO MUÑOZ MUÑOZ Viceministro de Protección Social -FERNANDO RUÍZ GÓMEZ Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios- otros 2013
Ubicación del artículo (base datos)	Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021: La salud en Colombia la construyes tú Ministerio de Salud y Protección Social
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Grupo de Comunicaciones Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021: La salud en Colombia la construyes tú [Internet]. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social, 2013 [acceso 16 de julio de 2013]. Disponible en: http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Plan%20Decenal%20-%20Documento%20en%20consulta%20para%20aprobaci%C3%B3n.pdf
Objetivo del	Alcanzar la equidad en la prestación del servicio de salud teniendo en cuenta las

artículo	condiciones de la población a trabes del mejoramiento de estas
Palabras Clave	Plan Nacional de Salud, Atención primaria en salud, Atención en salud ambiental, Entornos ambientales saludables, Entornos laborales saludables –prevención de las enfermedades laborales y accidentes laborales- hábitos de vida saludables.
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	El Plan Decenal de Salud Pública, PDSP, 2012 – 2021 se sustenta y se articula en normas y políticas nacionales e internacionales. La Constitución Política de 1991 (Congreso de la República de Colombia, 1991), establece que Colombia es un Estado Social de Derecho, organizado de forma descentralizada, con autonomía de sus entidades territoriales, participativa y pluralista, fundada en el respeto de la dignidad humana y solidaria con las personas.
Muestra	Datos de causas de mortalidad y morbilidad en Colombia
Intervención y proceso medición	Realización de Acciones que buscan fortalecer en la población la selección adecuada de los alimentos y la práctica de hábitos alimentarios saludables que le permitan mantener un estado de salud y nutrición adecuadas. Incluye factores determinantes del medio ambiente, los entornos y estilos de vida, la situación nutricional de la población, la disponibilidad, la calidad y el acceso a los servicios de salud, agua potable y saneamiento básico.
Resultados	<p>Reducción de la mortalidad infantil evitable por desnutrición en forma progresiva el 30% en el 2013.</p> <p>Reducción a 2.60 % la prevalencia de desnutrición global en niños y niñas menores de 5 años y a 8,0% la prevalencia de desnutrición crónica en niños y niñas menores de 5</p>

	<p>años.</p> <p>Reducción a la mitad de las personas que padecen hambre y pobreza extrema</p>
Discusión	<p>Lograr una Articulación de los distintos sectores involucrados en la construcción de la Salud, mediante la conformación y desarrollo de alianzas, que conlleven a la conformación de pactos y acuerdos orientados a la lucha contra el hambre y las enfermedades de riego en los ámbitos nacional y regional, tanto rural como urbano, la promoción y apoyo a los procesos de planificación descentralizados y la participación ciudadana en temas asociados con la salud y la seguridad de los colombianos y colombianas.</p>
Análisis Personal	<p>Los planteamientos establecidos en el Plan Decenal de Salud Pública, sustentan los esfuerzos planteados en Colombia desde hace ya varios años, con la idea clara de promover ambientes saludables, de articular todos los sectores de la sociedad bajo el esquema de que el país debe ser sostenible en materia de seguridad social, es decir, Colombia bajo los criterios y desarrollos expuestos en el Plan Decenal de Salud Pública, debe convertirse en país que goce de salud en todos los rincones del mismo, y que al mismo tiempo garantiza el bienestar integral de todos los ciudadanos.</p> <p>Dicho Plan se plantea como un nuevo paradigma en el manejo de los recursos a todos los niveles en el país, y se reconoce como una política de estado que reconoce la salud como un derecho fundamental y que a partir de su intervención el efecto de la misma deber ser totalmente eficaz para sus habitantes.</p>

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE MANIZALES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN ADMINISTRACIÓN EN SALUD**

**GESTION DE LA SEGURIDAD DE LA ATENCION AL PACIENTE
SEGUNDO PERIODO 2013**

MATRIZ PARA ANÁLISIS DE ARTÍCULOS No. 12

Título	Guía práctica para la habilitación y certificación de prestadores de servicios de salud. Decreto 1011 y resolución 1043 del 2006, resoluciones 2680 y 3763 del 2007 (2006-2010).
Autor y Año	Isabel Cristina Artunduaga, Juan De Dios Polanía, Claudia Mora, Amelia Rodríguez, Miguel Boada, María Eugenia Henríquez y otros.
Ubicación del artículo (base datos)	Google Scholar
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Habilitación y certificación de prestadores de servicios de salud. [Documento en Internet]. Bogotá: Secretaría Distrital de Salud; 2008 [acceso 16 de julio de 2013]. Disponible en: http://www.saludcapital.gov.co/Publicaciones/Garantia%20de%20Calidad/GUIA%20PRACTICA%20DE%20HABILITACION/Guia%20Practica%20Habilitacion.pdf
Objetivo del artículo	Conocer la reglamentación necesaria para realizar los procedimientos médicos en salud desde una plataforma científica, tecnológica y humana optima para

	atender los requerimientos básicos del usuario, y cumplir los objetivos de salud a nivel global.
Palabras Clave	Habilitación servicios de salud-certificación servicios de salud-decretos - reglamentarios de salud-salud como objeto social
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	Sistema Único de Habilitación, auditoria para el mejoramiento en atención en salud, sistema único de acreditación, sistema de información para la calidad
Muestra	Dirección distrital De Desarrollo De Servicios De Salud Bogotá
Intervención y proceso medición	Centros de salud pública Bogotá
Resultados	El 75% de las personas atendidas en los centros de atención están insatisfechas con la prestación del servicio- en el 85 % de los casos los centros de atención en salud no cumplen la reglamentación necesaria para atender los casos que se les presenta- la proyección científica de los centros de salud es mínima frente a los requerimientos de ciudad y localidad.
Discusión	La calidad de prestación de servicios de Salud debe ser la provisión de servicios de salud A los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios.

Análisis Personal	<p>Conocer la reglamentación de orden municipal, departamental, y nacional en cuanto a la prestación de servicios de salud pasa a un segundo plano cuando de atender los requerimientos médicos de los pacientes con una infraestructura insuficiente se refiere ya que si bien hay una reglamentación que se debe cumplir, cuando los directivos y el personal de atención de los centros no cuenta con los recursos técnicos ni materiales suficientes, la aplicación de la normatividad y la reglamentación como tal se torna vacía y sin funcionalidad en este caso.</p>
--------------------------	--

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE MANIZALES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN ADMINISTRACIÓN EN SALUD**

**GESTION DE LA SEGURIDAD DE LA ATENCION AL PACIENTE
SEGUNDO PERIODO 2013**

MATRIZ PARA ANÁLISIS DE ARTÍCULOS No. 13

Título	La Seguridad Del Paciente Y La Atención Segura
Autor y Año	Ministerio de Protección Social, 2009
Ubicación del artículo (base datos)	Página del Ministerio de Protección Social.
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Ministerio de Protección Social. La seguridad del paciente y la atención segura. Colombia. Ministerio de Protección Social. 2009. [acceso 20 de diciembre de 2012]. Disponible en: http://www.unisinucartagena.edu.co/ObservatorioS/doc/La%20Seguridad%20del%20Paciente%20y%20la%20Atencion%20Segura.pdf
Objetivo del artículo	Desarrollar y fortalecer los conocimientos y competencias para abordar general y claramente el tema de “La Política de Seguridad del Paciente”.
Palabras Clave	Seguridad del paciente, atención segura, política, normalización, cultura.
Conceptos manejados en el artículo	La seguridad del paciente se considera una prioridad en la asistencia sanitaria, actividad cada vez más compleja, que entraña riesgos potenciales y en la que no existe un sistema

**(Introducción-
planteamiento
problema)**

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.

Según indican las estadísticas, cada año en Estados Unidos, los eventos adversos pueden ocasionar la muerte de hasta 98.000 pacientes, cifra superior a la de las muertes por accidentes de tráfico, cáncer de mama o sida. En Canadá y Nueva Zelanda, cerca de 10% de los pacientes hospitalizados sufren consecuencias negativas debidas a errores médicos, mientras que en Australia, esta cifra es de aproximadamente 16,6%. A las consecuencias directas en la asistencia se suman las repercusiones económicas: hospitalizaciones adicionales, demandas judiciales, infecciones intrahospitalarias, y el dolor de la afectación de los pacientes y sus familias, junto con la pérdida de ingresos, discapacidades y gastos médicos representan en algunos países un costo anual entre 6.000 millones y 29.000 millones de dólares estadounidenses. Esta información ha conducido a la comunidad científica a la reflexión acerca de la absoluta necesidad de adoptar medidas eficaces, y contrastadas que permitan reducir el creciente número de efectos adversos derivados de la atención sanitaria y su repercusión en la vida de los pacientes.

Algunos países han desarrollado ya estrategias para intervenir sobre este problema, proponiendo planes y medidas legislativas en la materia. Se han asumido también los retos en investigación y desarrollo de sistemas de información que permitan detectar y analizar los errores, facilitando la adquisición y difusión del conocimiento indispensables para controlar los efectos adversos evitables en la práctica de la atención sanitaria.

Colombia impulsa una Política de Seguridad del Paciente, liderada por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, cuyo objetivo es prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y de ser posible eliminar la ocurrencia de Eventos Adversos para contar con instituciones seguras y competitivas internacionalmente; así, desde junio de 2008, el Ministerio de la Protección Social expidió los

“Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente.

Como parte de la misma Política de Seguridad del Paciente, el Ministerio de la Protección Social por medio de la Unidad Sectorial de Normalización, desarrollo un documento que recoge las prácticas más relevantes desarrolladas en el ámbito de la Seguridad del Paciente, estamos hablando de la Guía Técnica “Buenas Prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud”, cuya orientación es brindar a las instituciones directrices técnicas para la operativización e implementación practica de los mencionados lineamientos en sus procesos asistenciales.

La Seguridad del Paciente es una prioridad de la atención en salud en nuestras instituciones, los incidentes y eventos adversos son la luz roja que alerta acerca de la existencia de una atención insegura.

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.

Los principios transversales que orientan todas las acciones a implementar en la Política de Seguridad del Paciente son:

a) Enfoque de atención centrado en el usuario:

Significa que lo importante son los resultados obtenidos en él y su seguridad, lo cual es el eje alrededor del cual giran todas las acciones de seguridad del paciente.

b) Cultura de seguridad:

El ambiente de despliegue de las acciones de seguridad del paciente debe darse en un entorno de confidencialidad y de confianza entre pacientes, profesionales, aseguradores y la comunidad. Es deber de los diferentes actores del sistema facilitar las condiciones que permitan dicho ambiente.

c) Integración con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud:

La Política de Seguridad del Paciente es parte integral del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud y es transversal a todos sus componentes.

d) Multicausalidad:

El problema de la seguridad del paciente es un problema sistémico y multicausal en el cual deben involucrarse las diferentes áreas organizacionales y los diferentes actores.

e) Validez:

Para impactar en la salud del paciente, se requiere implementar metodologías y herramientas prácticas, soportadas en la evidencia científica disponible.

f) Alianza con el paciente y su familia:

La política de seguridad debe contar con los pacientes y sus familias e involucrarlos en sus acciones de mejora.

g) Alianza con el profesional de la salud:

La política de seguridad parte del reconocimiento del carácter ético de la atención brindada

por el profesional de la salud y de la complejidad de estos procesos, por lo cual contará con la activa participación de ellos y procurará defenderlo de señalamientos injustificados.

Objetivos de la política de seguridad del paciente:

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

	Paciente a los diferentes organismos de vigilancia y control del sistema.
Intervención y proceso medición	La metodología a implementar para el desarrollo de la instrucción, integra las principales herramientas pedagógicas utilizadas para el fortalecimiento de competencias técnicas y operativas, se desglosan en la Guía de la Sesión Educativa del presente paquete; también se presentan los ambientes y los recursos necesarios para su eficaz abordaje, es fundamental que se sigan las instrucciones que se registran para alcanzar los objetivos de formación del tema.
Resultados	<p>En el resultado final de este proceso, los colaboradores de la institución no deben sentir miedo de hablar libremente de sus fallas y por ende el auto-reporte de los incidentes y eventos adversos que suceden se debe hacer evidente.</p> <p>Una estrategia fundamental para avanzar en esta dirección consiste en favorecer al interior el desarrollo de un clima organizacional educativo, más que en encontrar culpables para imponer un castigo.</p> <p>Es importante conocer, caracterizar y cuantificar los factores que determinan la cultura de seguridad en una institución; una forma de obtener la información necesaria para direccionar las acciones tendientes a promover este clima cultural y evaluar el impacto de este proceso es la aplicación de la “Encuesta de Clima de Seguridad”</p>
Discusión	Se deben identificar las situaciones y acciones que puedan llegar a afectar la seguridad del paciente durante la prestación del servicio y gestionarlas para obtener procesos de atención seguros. El programa de seguridad del paciente debe contemplar al menos los siguientes elementos.

	<p>Paciente</p> <p>Debe:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Establecer, implementar y armonizar la política de Seguridad del Paciente con el direccionamiento estratégico de la institución. ✓ Establecer la prioridad que para la institución representa la seguridad del paciente ✓ Socializar y evaluar su conocimiento por parte de los funcionarios de la institución ✓ Promover un entorno no punitivo. <p>Promoción de la cultura de seguridad</p> <p>La 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. Se debe caracterizar por:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una comunicación interpersonal adecuada basada en la confianza mutua • Percepción compartida de la importancia de la seguridad • Confianza de la eficacia de las medidas preventivas. • Enfoque pedagógico del error como base, que lleve al aprendizaje organizacional y se origine de la conciencia del error cometido. • La existencia de un plan de capacitación y recursos.
<p>Análisis Personal</p>	<p>El artículo nos muestra de manera clara los pasos para la implementación de las políticas de seguridad, es un instructivo que brinda la información necesaria y suficiente para que cualquier institución logre capacitar a todo su personal sobre las políticas, además de garantizar una adecuación de las mismas dependiendo las necesidades de la institución.</p> <p>Además implementa un proceso de capacitación con el fin de acercarse de manera</p>

importante a lo que es la normatividad y operatividad de dicho proceso.

Al mismo tiempo que muestra la importancia de la implementación de la seguridad del paciente como herramienta fundamental para el desarrollo de un equilibrio entre prestación de servicios de salud y pacientes sanos, mediante el ejercicio de crear e implementar cultura en varios aspectos relacionados con la seguridad del paciente.

Es decir, no sólo de parte de quienes son los prestados de los servicios de salud, sino también de quienes asisten los centros hospitalarios, de tal manera que mediante la cultura de seguridad se puedan interiorizar varios aspectos claves como las competencias y los patrones de comportamiento individuales y grupales dentro los centros prestadores de servicios de salud, los cuales son fundamentales para el desarrollo de la seguridad del paciente como herramienta preventiva.

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE MANIZALES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN ADMINISTRACIÓN EN SALUD**

**GESTION DE LA SEGURIDAD DE LA ATENCION AL PACIENTE
SEGUNDO PERIODO 2013**

MATRIZ PARA ANÁLISIS DE ARTÍCULOS No. 14

Título	Siete pasos para la seguridad del paciente.
Autor y Año	National Patient Safety Agency, Año 2009.
Ubicación del artículo (base datos)	National Patient Safety Agency
Citación Bibliográfica del artículo (Vancouver)	National Patient Safety Agency 2009. [citado 2012 Dic 20] Disponible en: www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/siete_pasos_seguridad_paciente.pdf
Objetivo del artículo	La publicación del Ministerio de Sanidad, An organisation with a memory (Una organización con memoria), impulsó el movimiento de seguridad del paciente en el NHS. El informe estudió el volumen creciente de evidencia internacional en seguridad del paciente. Se dirigió la atención a la escala y patrón de incidentes de seguridad del paciente potencialmente evitables a y a las consecuencias devastadoras que pueden

	<p>producir en los pacientes, sus familias y el personal sanitario involucrado. El informe también reconoció que, como en muchos otros países, existe escaso aprendizaje sistemático sobre incidentes en seguridad del paciente y fallos de servicio en el NHS. “An organisation with a memory” propuso soluciones basadas en desarrollar una cultura de transparencia, conciencia de notificación y seguridad entre las organizaciones del NHS, e identificó cuatro áreas clave que necesitan ser abordadas si el NHS está dispuesto a modernizar con éxito su enfoque para aprender de los errores</p>
Palabras Clave	Cultura de seguridad, seguridad del paciente, urgencias.
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	<p>Cada día una enorme cantidad de personas son tratadas y atendidas en la atención primaria financiada por el NHS. Por ejemplo, casi un millón de personas visitan a su médico de familia; 1,5 millones de prescripciones son dispensadas, y las enfermeras de distrito realizan 100.000 visitas. En toda esta compleja actividad, el potencial de riesgo para los pacientes es alto; algunas veces las cosas van mal y como consecuencia los pacientes sufren algún daño. Cuando los pacientes se desplazan entre los sectores de atención primaria y secundaria, se incrementa más el potencial de problemas de seguridad del paciente. Siete pasos para la seguridad del paciente en atención primaria es una guía de las mejores prácticas, que describe las siete áreas clave de actividad en las que las organizaciones y equipos de atención primaria deben trabajar para salvaguardar la seguridad de los pacientes que atienden.</p>
Muestra	<p>Las herramientas y soluciones descritas en estos Pasos han sido desarrolladas por expertos en seguridad del paciente conjuntamente con el personal y organizaciones del NHS. Hemos hecho todos los esfuerzos para primero poner a prueba cada iniciativa del NPSA. Aunque esto ha ralentizado nuestro progreso pensamos que era crucial antes de cualquier implantación nacional a través del NHS. Hemos intentado no ser</p>

	<p>demasiado preceptivos – existen soluciones nacionales para procesos y procedimientos universales, pero los problemas locales requieren soluciones adecuadas al entorno local propio. Esperamos que esta guía les ayude a identificar los beneficios que pueden obtener en su propia organización, práctica o equipo.</p>
<p>Intervención y proceso medición</p>	<p>Los Pasos descritos no son exclusivamente un proceso después de otro, ya que son parte de un proceso continuo y proporcionan a las organizaciones, personal y equipos de atención primaria un marco sobre el que trabajar para la mejora de seguridad del paciente. Les ayudarán a desarrollar una cultura donde el personal y los pacientes sean tratados de un modo abierto y justo, donde la seguridad del paciente sea una característica principal de sus políticas y sistemas y esté presente en la mente de todos y en el trabajo de todos.</p> <p>La NPSA cree que la experiencia del paciente debería estar en el centro de cualquier campaña para hacer más segura la atención al paciente, y que una mejor comunicación entre el personal y los pacientes es una cuestión clave en ese esfuerzo. Teniendo esto en cuenta, hemos asegurado que los principios de participación y comunicación con los pacientes sean un importante componente de cada Paso.</p>
<p>Resultados</p>	<p>Los siete pasos para la seguridad del paciente</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Paso 1: Desarrollar una cultura de seguridad. Crear una cultura que sea abierta y justa. 2. Paso 2: Liderar y apoyar a su personal. Establecer un enfoque claro y sólido sobre seguridad del paciente en toda su organización. 3. Paso 3: Integrar su actividad en gestión del riesgo. Desarrollar sistemas y procedimientos para gestionar sus riesgos, e identificar y valorar cuestiones que puedan fallar.

	<ol style="list-style-type: none"> 4. Paso 4: Promover la notificación. Garantizar que su personal pueda fácilmente notificar incidentes a nivel local y nacional. 5. Paso 5: Involucrar y comunicar con pacientes y público. Desarrollar vías para comunicar abiertamente y escuchar a los pacientes. 6. Paso 6: Aprender y compartir lecciones de seguridad. Animar al personal para utilizar el análisis de causa raíz al objeto de conocer cómo y por qué suceden incidentes. 7. Paso 7: Implantar soluciones para prevenir el daño. Introducir lecciones a través de cambios en prácticas, procedimientos o sistemas.
<p>Discusión</p>	<p>“Siete pasos para la seguridad del paciente en atención primaria” es su guía para la seguridad del paciente. Es más relevante para el personal responsable del gobierno y gestión del riesgo clínico, pero también se aplica a todos aquellos que son responsables de proporcionar asistencia a los pacientes en servicios de atención primaria. Esta guía es igualmente aplicable para el personal del NHS y contratistas independientes con distintas responsabilidades.</p> <p>Estos Pasos están basados en un minucioso estudio del material publicado en todo el mundo, reflejando el pensamiento actual y mejor práctica, y la experiencia en cuanto a qué es lo que funciona en seguridad del paciente. La guía está dividida en Pasos individuales que pueden ser descargados por separado y utilizados para desarrollar sus estrategias, políticas y planes de actuación, así como para presentaciones a su personal.</p>
<p>Análisis Personal</p>	<p>La política de seguridad del paciente debe verse como la cultura que debe tener un equipo la cual está formada por el modelo de creencias, valores, actitudes, normas, asunciones tácitas y procedimientos arraigados, que influyen en la forma de actuar de</p>

las personas y de trabajar en conjunto.

Se establecen siete pasos para mejorar la seguridad del paciente:

Crear una cultura que sea abierta y justa.

1. Establecer un enfoque claro y sólido sobre seguridad del paciente en toda su organización.
2. Desarrollar sistemas y procedimientos para gestionar sus riesgos, e identificar y valorar cuestiones que puedan fallar.
3. Garantizar que su personal pueda fácilmente notificar incidentes a nivel local y nacional.
4. Desarrollar vías para comunicar abiertamente y escuchar a los pacientes.
5. Animar al personal para utilizar el análisis de causa raíz al objeto de conocer cómo y porqué suceden incidentes.
6. Introducir lecciones a través de cambios en prácticas, procedimientos o sistemas.

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE MANIZALES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN ADMINISTRACIÓN EN SALUD**

**GESTION DE LA SEGURIDAD DE LA ATENCION AL PACIENTE
SEGUNDO PERIODO 2013**

MATRIZ PARA ANÁLISIS DE ARTÍCULOS No. 15

Título	Plan estratégico de seguridad del paciente 2009 – 2012
Autor y Año	SESCAM, Año: 2008
Ubicación del artículo (base datos)	SESCAM
Citación Bibliográfica del artículo en (Vancouver)	SESCAM Servicio de Salud de Castilla-La Mancha Coordina: Área de Seguridad del Paciente y Calidad Percibida Diseño y Maquetación: AD-MEDIOS Fotomecánica e impresión: EGRAF [Citado 2012 Dic. 26]. Disponible en: http://sescam.jccm.es/web1/ciudadanos/elSescam/Plan_Estrategico_Seguridad_SESCAM_09-12.pdf
Objetivo del artículo	Mejorar la seguridad del paciente a través de acciones de prevención y de gestión de riesgos, poniendo en marcha diversos proyectos de seguridad de los pacientes en el marco de las políticas de calidad del Ministerio de Sanidad y Consumo.

Palabras Clave	Seguridad del paciente, políticas sanitarias, estrategias de actuación.
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento o problema)	Diariamente, en el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha miles de personas son tratadas con éxito y, en su práctica totalidad, de forma segura. Pero debe tenerse en cuenta que los adelantos científicos y tecnológicos de las últimas décadas han creado un sistema sanitario de enorme complejidad cuyas actuaciones conllevan riesgos. La experiencia demuestra que las cosas pueden ir mal y que los eventos adversos derivados de la atención sanitaria afectan, y afectarán en el futuro, a nuestro sistema sanitario a pesar de la dedicación y el buen hacer de los profesionales. Por ello, es necesario abordar el tema de manera planificada para que en las actuaciones sanitarias se tenga presente dónde pueden existir deficiencias y proponer medidas correctoras que disminuyan la probabilidad de que ocurran eventos adversos.
Intervención y proceso medición	<p>El enfoque general de partida para la formulación de este Plan Estratégico de Seguridad del Paciente ha sido su clara orientación a la implantación y por eso se han seguido para su elaboración las siguientes fases:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fase de lanzamiento. 2. Análisis de situación. 3. Definición de la visión de futuro. 4. Definición de estrategias y configuración del mapa estratégico. 5. Propuesta de actuaciones e indicadores.

	<p>6. Elaboración de un primer documento.</p> <p>7. Fase de participación y validación.</p> <p>8. Redacción final del documento y divulgación.</p>
Resultados	<p>En el año 2008, el convenio firmado con el Ministerio de Sanidad y Consumo para la promoción de prácticas seguras, abordó tres aspectos clave en la prevención de eventos adversos, tales como: Plan Estratégico de Seguridad del Paciente del SESCAM</p> <ul style="list-style-type: none"> » Prácticas seguras en el uso de medicamentos. » Mejora en la comunicación entre profesionales y pacientes y familiares, así como entre niveles asistenciales. » Prevención de la infección secundaria a cuidados sanitarios. <p>Todos estos proyectos y actividades mencionados son, tan sólo, una pequeña parte de las actuaciones que se llevan a cabo dentro del ámbito de la seguridad del paciente, puesto que día a día, en todas y cada una de las Gerencias y centros sanitarios del SESCAM, se desarrollan muchas otras actuaciones de mejora con el in último de mejorar la asistencia sanitaria prestada al paciente y sus familiares, persiguiendo con ello una atención más segura y de mayor calidad.</p>
Discusión	<p>Con la Visión del SESCAM se indica la dirección hacia la que la organización desea proyectarse. Su formulación es necesaria para orientar los objetivos y priorizar las iniciativas del Plan. La visión del SESCAM para la seguridad del paciente es la siguiente:</p> <p>“El SESCAM será reconocido como referente en resultados óptimos sobre la seguridad del</p>

	<p>paciente en todos los niveles asistenciales bajo su responsabilidad, y en la generación y divulgación del conocimiento sobre prácticas seguras.”</p> <p>Esta visión se concreta en:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Tener una incidencia de eventos adversos conocida y por debajo de la media,2. persiguiendo la excelencia en procesos de trabajo, herramientas de gestión y recursos específicos para la seguridad del paciente,3. evaluando de forma continua nuestra realidad y manteniendo un conocimiento constante de ésta y de las experiencias tanto de las demás comunidades autónomas como de países de nuestro entorno,4. promoviendo una cultura de compromiso sobre la seguridad del paciente
Análisis Personal	<p>El Plan Estratégico de Seguridad del Paciente del SESCAM 2009-2012 recoge, en su mayor parte, actuaciones que requieren una continuidad a lo largo de toda su vigencia para hacer posible llegar a conseguir su fin último, por lo que no se ha establecido una secuencia de tiempos determinada para cada una de ellas.</p> <p>Además, la secuencia de actuaciones a lo largo de los años de vigencia del Plan quedará recogida en los Contratos de Gestión anuales de cada una de las Gerencias, de forma que, todas las actuaciones tengan cabida y se traduzca en un compromiso que permita consolidar una mejora en la atención recibida por el paciente y/o usuario y en la prestación de servicios, redundando en una mayor seguridad del paciente atendido en el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha.</p>

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE MANIZALES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN ADMINISTRACIÓN EN SALUD**

**GESTION DE LA SEGURIDAD DE LA ATENCION AL PACIENTE
SEGUNDO PERIODO 2013**

MATRIZ PARA ANÁLISIS DE ARTÍCULOS No. 16

Título	Competencias de Enfermería para la seguridad del paciente
Autor y Año	Dra. C. Omayda Urbina Laza. Doctora en Ciencias de la Salud. Escuela Nacional de Salud Pública. 2011
Ubicación del artículo (base datos)	Revista Cubana de Enfermería. SCielo
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Dra. C. Omayda Urbina Laza. Competencias de Enfermería para la seguridad del paciente [sede Web]. Cuba. http://scielo.sld.cu . septiembre de 2011. [Acceso 19 de diciembre de 2012]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/enf/vol27_3_11/enf08311.htm
Objetivo del artículo	Determinar la vinculación de las competencias genéricas con las acciones que realiza el personal de enfermería para la seguridad del paciente.

Palabras Clave	Seguridad del paciente, competencias, enfermería.
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	<p>En este análisis se evidencia la necesidad de las competencias como un recurso del trabajador y de la organización, para el logro de los resultados propuestos de uno y del otro. De ahí la necesidad de la gestión del capital humano basada en las competencias laborales y la formación de competencias necesarias para cada organización, con el fin de responder a los requerimientos y necesidades.</p> <p>Para la profesión de enfermería las competencias laborales resultan de vital importancia, dada su misión relacionada, entre otros aspectos, con el cuidado paramantener o recuperar la salud, prevenir enfermedades y rehabilitar a las personas con secuelas y dada las acciones que realiza este profesional en los servicios de salud, hace que tenga que desarrollar actitudes y valores consecuentemente con su misión. Es por ello que la enfermería es una profesión con profundas raíces humanistas, genuinamente preocupada por las personas que confían en su cuidado, en especial de quienes experimentan una situación de enfermedad y sufrimiento.</p> <p>Es una prioridad de la salud pública la seguridad de los pacientes, expresada en las políticas de diferentes organizaciones internacionales que velan por la calidad de los servicios de salud, entre ellas se encuentran: la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS), TheInstitute of Medicine y TheJointCommission de Estados Unidos, entre otros. Para el Estado Cubano y el Sistema de Salud, también la seguridad del paciente es una prioridad y está enmarcada en las políticas dentro del sector salud.</p>

Muestra	Investigación realizada en los servicios de neonatología de Ciudad de la Habana en el período comprendido entre el año 2002 al 2005,
Intervención y proceso medición	<p>La OMS y sus asociados en el año 2002, anunciaron la puesta en marcha de la "Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente" y con ello una serie de medidas claves para reducir el número de enfermedades, traumatismos y defunciones que sufren los pacientes al recibir atención médica. La Alianza se crea dos años después de que la 55ª Asamblea Mundial de la Salud, celebrada en 2002, en la que se aprobó una resolución sobre el tema en la que instaba a los estados miembros a prestar "la mayor atención posible al problema de la seguridad del paciente" y a establecer y consolidar "sistemas de base científica necesarios para mejorar la seguridad del paciente y la calidad de la atención a la salud, en particular la vigilancia de los medicamentos, el equipo médico y la tecnología".</p> <p>Relación entre las competencias genéricas y la seguridad del paciente</p> <p>Competencias genéricas</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Habilidades personales e interpersonales con sensibilidad y pericia profesional expresada en el humanismo y la solidaridad. 2. Dominio de las bases científicas de la profesión para realizar atención de enfermería en la solución de problemas y toma de decisiones, con flexibilidad y creatividad mental. 3. Habilidades en la comunicación efectiva con pacientes, familiares y demás miembros del equipo de salud. 4. Atención integral al aplicar el Proceso de Atención de Enfermería como método científico de la profesión. 5. Aplica los principios de asepsia y antisepsia en la ejecución de acciones y

	<p>procedimientos que le permitan cumplir las Normas Higiénico-Epidemiológica en el servicio prestado al individuo, familia y comunidad.</p> <p>Acciones a desarrollar por los enfermeros para el mantenimiento de la seguridad del paciente</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Unidad del paciente ordenado. Se refiere a que el cuarto del paciente o el área se encuentre sólo con el material y equipo necesario y en orden, así como sus artículos personales. 2. Ayuda para subir y bajar de la cama. El paciente en la terapia postquirúrgica generalmente se encuentra en condiciones de suplencia total o ayuda para la satisfacción de sus necesidades, debido al uso de fármacos o dispositivos que lo limitan, por lo cual la enfermera debe asistirlo continuamente para evitar riesgos. 3. Necesidades del paciente cubiertas. Se refiere a las necesidades básicas tales como oxigenación, alimentación, eliminación, comunicación y confort que son ámbito del cuidado enfermero y pueden ser cubiertas dentro de sus posibilidades. 4. Identificación del paciente según lo establecido. 5. Mantenimiento de una comunicación asertiva con familiares y miembros del equipo de salud. 6. Cumplimiento de las normas higiénico-epidemiológicas del servicio para la protección del paciente de agentes externos.
Resultados	<p>La calidad en la atención de enfermería es un concepto complejo que comprende la asistencia acorde con el avance de la ciencia, a fin de realizar cuidados que satisfagan las necesidades de cada uno de los pacientes y asegurar su continuidad.</p>

	<p>Los servicios de enfermería tienen como misión prestar atención de salud a los individuos, familias y comunidades, en todas las etapas del ciclo vital y en los diferentes aspectos de prevención de enfermedades, promoción de la salud, recuperación y rehabilitación, con un enfoque holístico e interdisciplinario a fin de contribuir a un mayor bienestar de la población en sus procesos de desarrollo.</p> <p>Las intervenciones de enfermería están basadas en principios científicos, humanísticos y éticos, fundamentados en el respeto a la vida y a la dignidad humana. El reto del profesional de enfermería es dar respuesta oportuna a los cambios permanentes que generan la transformación de los paradigmas en la práctica, la investigación y la formación. El desarrollo científico de la práctica de enfermería se sustenta en teorías y modelos. Se ha podido constatar que algunos de sus enfoques se basan fundamentalmente en la importancia de la ayuda que el profesional presta para la protección de la salud y acciones para el mantenimiento y recuperación de esta.</p>
Discusión	<p>El conocimiento de las causas de los errores asociados al cuidado del paciente, son de vital importancia al dar la posibilidad de actuar en consecuencia para minimizar la ocurrencia de los mismos, así como al relacionar las competencias genéricas con las acciones de enfermería para el mantenimiento de la seguridad del paciente, se evidencia que la responsabilidad profesional está implícita en el acto del cuidado, lo que demanda una formación de enfermeros con una visión científica de la profesión, preocupados por el bien de la humanidad, capaces de brindar cuidados oportunos, de calidad y libres de riesgo.</p>

Análisis Personal

El artículo propone la aplicación de políticas de seguridad del paciente basadas en una compilación de otras ya implantadas con el fin de reforzar y unificar los puntos clave y más importantes a la hora de velar por la seguridad del paciente.

Además presenta unas acciones tendientes a mitigar las causas con lo cual se pretende generar conciencia en el personal y que estos puedan adoptarlas en su quehacer diario y adopten una adecuada cultura propia de seguridad dentro de la institución en la cual laboran.

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE MANIZALES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN ADMINISTRACIÓN EN SALUD**

**GESTION DE LA SEGURIDAD DE LA ATENCION AL PACIENTE
SEGUNDO PERIODO 2013**

MATRIZ PARA ANÁLISIS DE ARTÍCULOS No. 17

Título	Paradigmas en el análisis de políticas públicas de salud: limitaciones y desafíos
Autor y Año	Walter Salas-Zapata, Leonardo Ríos-Osorio, Rubén Darío Gómez-Arias Xavier Álvarez-Del Castillo, Año 2012
Ubicación del artículo (base datos)	SciELOPublicHealth
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Salas-Zapata W, Ríos-Osorio L, Gómez-Arias RB, Álvarez-Del Castillo X. Paradigmas en el análisis de políticas públicas de salud: limitaciones y desafíos. Rev Panam Salud Publica. 2012; 32(1):77–81 49892012000700012&lng=en. http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892012000700012 .
Objetivo del artículo	La investigación en políticas de salud se considera esencial para asegurar la efectividad y eficiencia de las políticas públicas. Los análisis de políticas públicas de salud (APPS) obedecen a diferentes propósitos; entre ellos, contribuir a resolver aquellos problemas que originaron la política. Tal propósito enfrenta dos grandes

	<p>obstáculos: 1) la polisemia y heterogeneidad de los modelos aplicados al análisis de políticas públicas, condiciones que dificultan la selección de los métodos de análisis y la valoración de sus alcances; y 2) los enfoques metodológicos tradicionales que limitan la capacidad de los análisis para contribuir a resolver los problemas detectados.</p>
Palabras Clave	<p>Políticas públicas de salud; gestión del conocimiento; investigación.</p>
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	<p>Las políticas públicas pueden entenderse como dispositivos para el control social generados en el contexto de la modernidad, que reflejan las interacciones de un sistema de actores y se expresan en sus reglas y modos de actuación, definiendo la forma de proceder frente a un asunto considerado de interés público; en el caso de la salud pública su asunto son los problemas que afectan la salud (1). El análisis de políticas públicas puede considerarse como una disciplina científica y como una ciencia social aplicada (2-4). Particularmente, se ha definido como un proceso multidisciplinar (5, 6) y multimetodológico (4) de gestión del conocimiento (7, 8) dirigido a explicar tanto las interacciones de influencia entre actores, instituciones, intereses e ideas (5) como la naturaleza y el resultado de las decisiones y acciones que emergen de tales interacciones.</p>
Muestra	<p>Este ensayo pretende revisar los fundamentos epistemológicos de los modelos predominantes en APPS desde mediados del siglo xx, examinando sus alcances y limitaciones, con el fin de proponer opciones que mejoren la utilidad y la capacidad de los estudios para contribuir a la solución de los problemas de salud.</p>

Intervención y proceso medición	Según los principios de las democracias liberales, las políticas públicas relacionadas con la salud deberían formularse para resolver un problema de salud considerado de interés público. En un sentido similar, los análisis de políticas públicas de salud (APPS) deberían también contribuir a la solución del problema destacando los aciertos y las limitaciones de las políticas y las intervenciones basadas en ellas. No obstante, la heterogeneidad de tradiciones ideológicas, conceptuales y metodológicas utilizadas por los APPS (8, 9) ha generado un marco polisémico y confuso que dificulta su evaluación. Esta dificultad se refleja en las deficiencias metodológicas de las investigaciones publicadas en los últimos años (5, 10).
Resultados	Los APPS realizados en los últimos años se han amparado predominantemente en enfoques positivistas, y minoritariamente en enfoques sociohistóricos y pospositivistas. Los enfoques positivistas suelen desconocer procesos subjetivos y contextuales que son esenciales en una política pública, y su predominio como paradigma hegemónico podría limitar el alcance de los APPS. Aunque menos utilizados, los enfoques sociohistóricos podrían contribuir a resolver estas lagunas; sin embargo, no aseguran un compromiso del investigador con el problema ni una adecuada interacción con los tomadores de decisiones que garantice la aplicación del conocimiento.
Discusión	Los investigadores podrían mejorar la utilidad de los APPS para resolver los problemas que son objeto de las políticas si definen adecuadamente modelos que consideren, entre otros, los siguientes argumentos: las políticas públicas son la expresión de relaciones de poder, que actúan como dispositivos de control; el entorno social, económico y ecológico es un determinante de toda política pública

	<p>de salud y, como tal, es un componente esencial de los APPS; los modelos y métodos deberían constituirse como espacios de gestión del conocimiento que faciliten el aprendizaje, la participación y la interacción de los investigadores y los demás actores sociales para facilitar la comunicación y la cooperación entre ellos.</p>
Análisis Personal	<p>En materia de seguridad del paciente, las políticas públicas siempre deberán estar encaminadas al desarrollo adecuado de procedimientos que lleven a un completo y eficaz proceso en cuanto a la prestación de los servicios de salud, puesto que de esto depende claramente el desarrollo de las mismas.</p> <p>La inclusión de nuevos métodos de investigación y análisis dentro de lo que significa la aplicación de políticas a favor de la aplicación de nuevos cuidados en seguridad del paciente son elementos esenciales en la aplicación de correctas y adecuadas prácticas de políticas en salud en cuanto a prevención y seguridad del paciente se refiere.</p>

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE MANIZALES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN ADMINISTRACIÓN EN SALUD**

**GESTION DE LA SEGURIDAD DE LA ATENCION AL PACIENTE
SEGUNDO PERIODO 2013**

MATRIZ PARA ANÁLISIS DE ARTÍCULOS No. 18

Título	Estrategias para la seguridad del paciente
Autor y Año	Concepción Barrera Becerra, M ^a Dolores Bejarano Rojas, Carmen Cortes Martínez, Elvira Fernández de la Mota, Eloisa Fernández Santiago, Manuela Lacida Baro. , Año: 2011
Ubicación del artículo (base datos)	Consejería de salud Andalucía. DL: SE-8711-2011
(Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Concepción Barrera Becerra M ^a Dolores Bejarano Rojas, Carmen Cortes Martínez, Elvira Fernández de la Mota Eloisa Fernández Santiago, Manuela Lacida Baro. ESTRATEGIA para la seguridad del paciente. [Sevilla] : Consejería de Salud, [2006] 88 p. : il. col. ; 21 cm + 1 CDROM 1. Vigilancia sanitaria de servicios de salud 2. Garantía de la calidad de atención de salud 3. Control de riesgo 4. Administración de la seguridad 5. Derechos del paciente 6. Andalucía I. Andalucía. Consejería de Salud W 84. Disponible en:

	www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/higienedemanos/documentacion/Estrategia_para_la_seguridad_del_paciente_Conserjeria_de_Salud_Andalucia.pdf
Objetivo del artículo	El Ministerio de Sanidad y Consumo ha iniciado una línea de trabajo estratégica en seguridad de pacientes que está en consonancia con las iniciativas ya emprendidas por la OMS (Alianza Mundial para la Seguridad de Pacientes) y con las recomendaciones de distintos organismos europeos competentes. Con carácter de estrategia global y en coordinación con las diferentes Comunidades Autónomas (CCAA), pretende su desarrollo en el conjunto de instituciones del SNS.
Palabras Clave	Seguridad del paciente, políticas de salud, evento adverso.
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	Se acepta universalmente que el principio <i>primum non nocere</i> es aún más pertinente actualmente que en la época de Hipócrates, puesto que la atención sanitaria es hoy considerablemente más compleja y entraña más riesgos potenciales. A pesar de ello, las referencias habituales en materia de seguridad del paciente son escasas y se limitan a analizar incidentes esporádicos, sin que se genere un conocimiento útil y completo de los mismos que permita aprovechar su potencial de aprendizaje y evitar su reiteración futura. Las distintas iniciativas que proponen mejorar la seguridad del paciente y la calidad de la atención sanitaria, toman como punto de partida común el reconocimiento y aceptación de la existencia de estos problemas. La seguridad es, de este modo, un componente esencial del sistema de calidad que debe sustentar la mejora de la calidad, que compete a todos los niveles asistenciales y que abarca la promoción, la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la

	<p>rehabilitación.</p> <p>Las estructuras organizativas creadas para la gestión de la calidad en los centros asistenciales, la incorporación de modelos de certificación y acreditación, la gestión por procesos y la gestión clínica, intentan favorecer las mejores prácticas, disminuyendo la variabilidad y mejorando la efectividad de las actuaciones y su eficiencia, y por tanto contribuyendo a minimizar los errores derivados de la práctica asistencial. El desarrollo del Programa de Uso Racional del Medicamento, del Plan de Vigilancia y Control de Infecciones Nosocomiales, de los Sistemas de Hemovigilancia y Farmacovigilancia o la Red de Alerta de Salud Pública, entre otras iniciativas, abordan distintas facetas de la seguridad. No obstante, es necesario garantizar un enfoque más preciso y directo en las organizaciones sanitarias sobre los aspectos relacionados con los eventos adversos (EA), su prevención y los sistemas de información.</p>
<p>Intervención y proceso medición</p>	<p>Los Pasos descritos no son exclusivamente un proceso después de otro, ya que son parte de un proceso continuo y proporcionan a las organizaciones, personal y equipos de atención primaria un marco sobre el que trabajar para la mejora de seguridad del paciente. Los cuales se relacionan a través de procesos de objetivos y acciones.</p>
<p>Resultados</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La incidencia global de EA ligados a la hospitalización (EAh) en la población hospitalizada fue de 6,93%. <p>Por servicio de ingreso, la incidencia en servicios médicos (7,87%) es mayor que en los quirúrgicos (6%).</p>

- | | |
|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none">• En el ámbito quirúrgico, la mayoría de EA están relacionados con complicaciones en la herida (20,45%). En servicios médicos, la principal causa de EAh son los relacionados con reacciones adversas a medicamentos (28,75%).• Las comorbilidades más frecuentes en los pacientes con EAh son de tipo cardiovascular (20,34%), otras comorbilidades (13,98 %), y endocrinas (12,29%).• La incidencia mayor de los EAh se produce durante los cuidados en hospitalización (38,35%) y en el procedimiento principal (cirugía y anestesia) (33,08%).• Existen diferencias significativas entre la población con EAh y sin EA según edad, duración de la estancia y presencia de factores de riesgo intrínsecos y extrínsecos. No hay diferencias significativas en cuanto al sexo, el servicio de ingreso ni el tipo de hospital.• La presencia de factores de riesgo intrínsecos o extrínsecos, mayor edad y más duración de la estancia hospitalaria se encontraron relacionadas con la presencia de EAh.• El 53,63% de los EA produjeron una prolongación de la estancia hospitalaria, en forma de prolongación de la misma o de reingresos.• El 39,66% de los EA detectados causaron algún tipo de incapacidad, siendo, por lo general, ésta, una incapacidad social leve. |
|--|--|

	<ul style="list-style-type: none"> • Los episodios de hospitalización expuestos a EA mostraron un riesgo 7,37 veces mayor de éxito que los no expuestos a EA.
<p>Discusión</p>	<p>INICIATIVAS INTERNACIONALES: La Asamblea de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en la Resolución 55.18 (2002) reconoció la necesidad de promover la seguridad del paciente como principio fundamental de todos los sistemas sanitarios y bajo el lema "primero no hacer daño" estableció en su Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente (2005), un conjunto de estrategias centradas en:</p> <p>Desafío global en seguridad del paciente</p> <p>Implicación de pacientes y consumidores en la seguridad</p> <p>Desarrollar una taxonomía en seguridad del paciente</p> <p>Investigación en seguridad de pacientes</p> <p>Soluciones para reducir el riesgo de la asistencia sanitaria y mejorar su seguridad</p> <p>Informar y aprender para mejorar la seguridad de los pacientes</p> <p>En Inglaterra el Instituto Nacional de Salud por medio de la Agencia Nacional para la Seguridad del Paciente</p> <p>(NPSA) definió los 7 pasos claves para conseguir una organización sanitaria más segura :</p>

Paso 1 Crear una cultura de seguridad abierta y justa

Paso 2 Dirigir y apoyar a los profesionales

Paso 3 Sistemas de gestión del riesgo

Paso 4 Promover y facilitar la notificación

Paso 5 Implicar e informar al paciente

Paso 6 Aprender y compartir lecciones sobre seguridad

Paso 7 Implantar soluciones para prevenir daños

El Comité Europeo de la Sanidad (CDSP) en el informe “La prevención de los eventos adversos en la atención sanitaria: un enfoque sistémico”, hace una serie de recomendaciones a los Estados miembros relativas a la gestión de la seguridad y la calidad en la atención sanitaria, considerando, que el acceso a la atención sanitaria segura es un derecho básico de cada uno de los ciudadanos de todos los Estados miembros y que pacientes y ciudadanos tienen derecho a recibir y a tener fácil acceso a información pertinente sobre la seguridad de la atención sanitaria en un formato y un lenguaje que puedan comprender. Estas recomendaciones son:

a) Asegurar que la seguridad del paciente se sitúe en el centro de todas las políticas sanitarias pertinentes, en especial como uno de los fundamentos de las políticas de mejora de la calidad.

b) Elaborar un marco político en materia de seguridad del paciente que sea

	<p>coherente y completo</p> <p>c) Elaborar un sistema para la comunicación de los incidentes relacionados con la seguridad del paciente, con las siguientes características y funcionalidades</p> <p>d) Examinar la función de otras fuentes de datos existentes, tales como las quejas de los pacientes y los sistemas de indemnización a los pacientes, las bases de datos clínicos, etc., como fuentes complementarias de información.</p> <p>e) Elaborar programas de educación para todo el personal sanitario, con el in de mejorar la comprensión de los procesos de toma de decisiones clínicas y de gestión del riesgo, así como el modo adecuado de enfocar los incidentes de seguridad del paciente.</p>
<p>Análisis Personal</p>	<p>Se establece la estrategia de seguridad del paciente como unos de los componentes principales para mejorar el sistema de salud de le los ciudadanos.</p> <p>La seguridad en la atención de los pacientes es un derecho al que ellos deben tener acceso en un lenguaje claro y apropiado según la educación de este.</p> <p>Como política de seguridad se establece que los pacientes tienen derecho a recibir toda la información que ellos requieran sobre los procesos que se le realizaran y sobre la condición de su patología.</p> <p>Con los ciudadanos involucrados en su cuidado, se lograra mejorar la seguridad siendo este un componente crítico de la calidad en el sistema sanitario.</p>

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE MANIZALES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN ADMINISTRACIÓN EN SALUD**

**GESTION DE LA SEGURIDAD DE LA ATENCION AL PACIENTE
SEGUNDO PERIODO 2013**

MATRIZ PARA ANÁLISIS DE ARTÍCULOS No. 19

Título	Seguridad del paciente y cultura de seguridad. una revisión de la literatura
Autor y Año	Adelaide Nascimento.vol.16 no.8 Rio de Janeiro Agosto. 2011
Ubicación del artículo (base datos)	S-CIELO
(Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Nascimento Adelaide. Sécurité des patients et culture de sécurité: une revue de la littérature. Ciênc. saúdecoletiva [serial on the Internet]. 2011 Aug [cited 2012 Dec 16] ; 16(8): 3591-3602. Available from: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000900027&lng=en . http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000900027 .
Objetivo del artículo	El objetivo de este trabajo es proponer una revisión de la literatura sobre la cultura de seguridad en el campo de la seguridad del paciente. Esto va junto con una revisión de la cuestión del origen de la cultura de seguridad en las zonas en riesgo a otros: esto

	será discutido en la primera parte de este texto.
Palabras Clave	Cultura, Seguridad, pacientes, salud, eventos adversos
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	La seguridad del paciente, considerado como siendo protegida de lesiones accidentes es un tema que se encuentra muy difundido en los últimos años. El primer informe del Instituto de Medicina (IOM) de los Estados Unidos es el más citado en la literatura reciente sobre la seguridad de los pacientes. La publicación de este informe, en 1999, y los medios de comunicación social, político y quienes lo siguieron para representar el campo de la seguridad de los pacientes de que el accidente de las 3 Islas en 1979 representa a la industria en riesgo. Es un punto de partida para la toma de conciencia colectiva de la necesidad de mejorar la seguridad del paciente. El informe de la OIM estima que entre 44.000 y 98.000 personas mueren cada año en los Estados Unidos debido a los eventos adversos (EA). La AR es una situación que se desvía de los procedimientos o resultados en una situación normal y es, o sería, una fuente potencial de daño y se relaciona con la atención preventiva, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.
Muestra	La búsqueda de las referencias a esta revisión de la literatura se realizó en el período de febrero a mayo de 2009. Las palabras clave se utilizaron en la base de datos internacional. Más de 100.000 artículos fueron encontrados. La búsqueda se restringió a través de la combinación de las palabras (por ejemplo, la seguridad del paciente y la cultura de seguridad), lo que representa aproximadamente 54.000 referencias.
Intervención y proceso	En primer lugar, seleccionaron los artículos que proponen una revisión de la literatura sobre al menos una de las palabras clave, con un período de diez años - desde 1999 (publicación del informe de la OIM) 2009. Dieciocho artículos fueron seleccionados. A

medición	<p>continuación, la investigación fue llevada a cabo por las referencias citadas consultoría en estos artículos que eran de interés para nuestro tema. Los últimos 56 artículos fueron seleccionados y leídos en su totalidad las cuales 26 fueron excluidos porque se centró en áreas alejadas del campo de la medicina. Siete informes, los 7 libros, y 2 comunicaciones en congresos tesis también se utilizaron. En total, se utilizaron 48 referencias para escribir esta revisión de la literatura.</p>
Resultados	<p>El desarrollo de una cultura integral de seguridad en materia de salud.</p> <p>Se evidencio que el concepto de cultura de seguridad es muy atractivo, ya que promete una forma de mejorar la seguridad. Sin embargo, si la cultura de seguridad puede influir en el comportamiento de los individuos, el concepto debe ser utilizado para describir el conjunto de los fenómenos organizacionales y no sólo el comportamiento de los individuos de seguridad.</p> <p>En una visión de arriba hacia abajo, se puede ver el concepto de cultura de la seguridad como un proyecto integral que abarca diferentes principios gerenciales y técnicas de gestión de riesgo compartido por un grupo. También argumentan que, basándose en estos compartió la resistencia de los grupos que desarrollan el conocimiento acerca de la función ING Real sistemas de distribución de riesgos entre las partes interesadas y promover aquellos que la poseen son maneras efectivas para aumentar la capacidad de resistencia de las organizaciones en situaciones de daño.</p>
Discusión	<p>A continuación, ponemos en duda los métodos utilizados en la evaluación y desarrollo de la cultura de seguridad en el hospital para terminar en un enfoque integrador propuesto a la cultura de seguridad, que tiene en cuenta las normas de seguridad, sino también la seguridad de la gestionados, es decir diario arbitrado por profesionales de</p>

	la salud.
Análisis Personal	El Artículo brinda una visión global sobre la importancia de la aplicabilidad de la seguridad del paciente, y de la influencia de la implementación de este tema en las instituciones de salud, además muestra diferentes formas de evaluar y medir la efectividad de los procesos de seguridad del paciente dentro de las instituciones ya sea de manera cualitativa o cuantitativa, calificando los diferentes ítems según las necesidades de la institución de conocer determinados puntos específicos de este programa.

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE MANIZALES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN ADMINISTRACIÓN EN SALUD**

**GESTION DE LA SEGURIDAD DE LA ATENCION AL PACIENTE
SEGUNDO PERIODO 2013**

MATRIZ PARA ANÁLISIS DE ARTÍCULOS No. 20

Título	Promoción de la cultura de seguridad del paciente.
Autor y Año	Jaime Eduardo Ordóñez Molina. Año 2008
Ubicación del artículo (base datos)	Ministerio de la Protección Social.
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Ministerio de la Protección Social. Promoción de la cultura de seguridad del paciente. Colombia. Gesaworld. 2008. [acceso 20 de diciembre de 2012]. Disponible en: http://mps1.minproteccionsocial.gov.co/evtmedica/linea8/descargables/linea8%20 Promocion%20de%20la%20cultura%20de%20seguridad%20del%20paciente%20EDIT ADO.pdf
Objetivo del artículo	Desarrollar y fortalecer destrezas y competencias relacionadas con la promoción de la cultura de seguridad del paciente.
Palabras Clave	Política, Seguridad del paciente, Lineamientos, Calidad, reporte.

Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	<p>En el ámbito colombiano, el Ministerio de la Protección Social (MPS) expidió en junio de 2008 la Política de Seguridad del Paciente, que es transversal a los cuatro componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud (SOGCS): Habilitación, PAMEC, Acreditación, Sistema de Información para la Calidad.</p> <p>La orientación hacia la prestación de servicios de salud más seguros, requiere que, la información</p> <p>Sobre Seguridad del Paciente esté integrada para su difusión, despliegue y generación de conocimiento, con el fin de estimular a los diferentes actores al desarrollo de las acciones definidas en las líneas de acción y el logro del objetivo propuesto.</p> <p>Los “Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente” del MPS incluyen una versión en español de la Encuesta de Clima de Seguridad del Paciente, diseñada originalmente por la AHRQ, con el fin que las IPS la apliquen en sus instituciones y autoevalúen el nivel de implementación de esta cultura. Aún no hay datos publicados de los resultados que reportan las IPS en Colombia sobre el proceso de implementación, pero resultados recientes de una investigación hecha en el marco del Sistema Nacional de Salud Español, arrojan información de interés sobre la situación actual del clima de seguridad del paciente en los hospitales de dicho país.</p> <p>Por tanto, es muy importante que cada IPS evalúe su clima de seguridad cada determinado tiempo, con el fin de poder evaluar los resultados de los procesos de implementación de política, cultura y prácticas de seguridad del paciente, e</p>
---	--

	<p>identificar.</p> <p>Los modelos de prestación de servicios centrados en el paciente, se han destacado en la literatura de atención en salud durante muchos años. Estos modelos se basan en la perspectiva de que los pacientes deben estar en el centro del proceso de prestación de servicios y son claramente diferentes de los modelos que hacen hincapié en la enfermedad, en el diagnóstico, en el prestador, o en los enfoques de atención centrados en el sistema. En los últimos años, el término “atención centrada en el paciente” se ha ampliado a la “atención centrada en el paciente y la familia”, destacándose el papel que desempeñan las familias en el cuidado de los pacientes y sus contribuciones a su salud en general y bienestar.</p> <p>Las definiciones para atención centrada en el paciente, y atención centrada en el paciente y la familia, van desde descripciones simples hasta marcos multidimensionales. Una definición simple describe la atención centrada en el paciente, como la comprensión del paciente como un ser humano único. Otras definiciones lo describen como un estilo de consulta en la que el médico utiliza el conocimiento del paciente para guiar la interacción, y ver la enfermedad a través de los ojos del propio paciente.</p>
Muestra	Dicho estudio aplicó la encuesta mencionada en 24 hospitales, que incluía los tres niveles de atención, y fue respondida por 2.503 personas.
Intervención y proceso medición	Respecto a la calificación del clima de seguridad, en una escala de 0 a 10, la calificación media fue de siete (7), con un 25% de los casos que otorgaron una calificación por debajo de seis (6), y otro 25% por encima de ocho (8). El 50% de los profesionales calificaron la seguridad en su servicio con una nota entre 6 y 8. Sobre

	<p>el número de eventos notificados, la gran mayoría de los encuestados, 77,8%, no notificó ningún evento relacionado con la seguridad del paciente en el último año, y el 95% contestó haber notificado menos de dos veces.</p> <p>Dicho instrumento cuenta con doce dominios, es decir, áreas de interés que afectan el clima de seguridad del paciente. Este tipo de divisiones permite priorizar los aspectos en que se debe trabajar con más énfasis, de tal forma que deben reforzarse aquellos dominios en los que la evaluación sea baja, sin descuidar aquellos en los que la misma ha sido alta.</p>
Resultados	<p>Para facilitar el avance de este tipo de procesos, es muy importante una actitud abierta de escucha, en la que se eviten a toda costa los señalamientos personales, tanto de quienes asisten, como de aquellos que estén ausentes. La Cultura de la Seguridad está dirigida a evaluar el sistema y las fallas que éste pueda presentar para corregirlo, y no es objetivo propio juzgar o culpar a las personas.</p> <p>Sólo a través de la identificación de los errores será posible hacer las correcciones, pero esto significa que todos los individuos se sientan libres para expresar sus opiniones, que en principio no son ni ciertas ni falsas, sólo son opiniones; el ámbito académico que pretenden este tipo de procesos no son espacios para juzgar, sino para construir de forma conjunta.</p>
Discusión	<p>Se ha sugerido que con el fin de mejorar la seguridad del paciente y reducir los eventos adversos, se requieren esfuerzos en tres áreas: (1) mejorar la medición y la retroalimentación para aumentar la detección de eventos adversos, y orientar las intervenciones que mejoren los sistemas y los procesos de atención; (2) herramientas para rediseñar la atención, y estrategias de cambio que le permitan a los médicos y a</p>

	<p>los equipos de apoyo identificar y prevenir los eventos adversos; y (3) un liderazgo visible que apoye los esfuerzos de mejoramiento en la seguridad del paciente.</p> <p>El desarrollo de la “cultura positiva de la seguridad” ha sido declarado como un medio para reducir el potencial de las grandes catástrofes y accidentes relacionados con las tareas de rutina. Cuando la cultura de la seguridad se aplica al cuidado de la salud tiene una importancia aún mayor, ya que la seguridad no sólo se aplica a la fuerza de trabajo, sino también a los pacientes que puedan ser perjudicados por la actuación del personal. La cultura tradicional de seguridad del paciente de “culpa y vergüenza” en las organizaciones de salud, ha sido criticada por obstruir la posibilidad de “aprender de los errores”, y en gran parte, es responsable de los errores cometidos.</p>
Análisis Personal	<p>Este artículo nos presenta un instructivo que busca promover una cultura de seguridad basado en políticas institucionales seguras que brinden una mejor base para el desarrollo de los procesos, además de brindar un apoyo educativo e informativo a todo el personal y facilitar por su estructura la socialización y difusión de su contenido dentro de las instituciones.</p> <p>Además baso sus datos y recomendaciones en estudios reales que permiten una justificación segura y sólida que permitió su organización de manera prospectiva hacia una mejora en la seguridad del paciente.</p>

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE MANIZALES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN ADMINISTRACIÓN EN SALUD**

**GESTION DE LA SEGURIDAD DE LA ATENCION AL PACIENTE
SEGUNDO PERIODO 2013**

MATRIZ PARA ANÁLISIS DE ARTÍCULOS No. 21

Titulo	Guías de práctica clínica "herramientas" para mejorar la calidad de la atención médica
Autor y Año	Espinosa Brito Alfredo, Año 2012
Ubicación del artículo (base datos)	Scielo, Scientific Electronic Library Online
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver	Espinosa Brito Alfredo. Guías de práctica clínica "herramientas" para mejorar la calidad de la atención médica. Rev. haban cienc méd [revista en la Internet]. 2012 Mar [citado 2012 Dic 18]; 11(1): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2012000100005&lng=es
Objetivo del artículo	Determinar el lugar que ocupan las guías de práctica clínica en la asistencia médica actual.
Palabras Clave	Guías de práctica clínica, calidad de la atención médica, seguridad del paciente,

	método clínico.
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	<p>Con el propósito de mejorar la calidad de la atención médica y garantizar la seguridad de los pacientes, en los últimos tiempos se han ido incorporando un grupo de "herramientas metodológicas", entre las que se encuentran las guías de práctica clínica.</p> <p>La medicina es cada vez más compleja, más efectiva y potencialmente peligrosa. La seguridad del paciente, como uno de los componentes básicos de la calidad de la atención médica, ha recibido una creciente atención en los últimos tiempos. En octubre de 2004, la Organización Mundial de la Salud lanzó la iniciativa de la "Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente" para alertar a los países miembros sobre este problema.</p>
Muestra	Selección de trabajos del tema que se consideran importantes en un lapso de tiempo de 15 años.
Intervención y proceso medición	Se realiza una revisión de la literatura disponible sobre el tema, de donde se seleccionan de manera selectiva, un conjunto de trabajos que se consideraron como los más importantes, así como se incluyen las opiniones recogidas por el autor de colegas relacionados con el tema en diversos intercambios formales e informales, a lo que se añade la experiencia y criterios propios del autor en más de 15 años.
Resultados	Se exponen las razones del surgimiento de las guías de práctica clínica, los requisitos que deben cumplir, los métodos para su elaboración, las etapas del proceso de su implementación y evaluación. Finalmente se brindan algunos consejos prácticos para uso, insistiendo que, aunque es común hablar de las buenas

	prácticas clínicas, la primera debe ser siempre la aplicación con excelencia del método clínico, del cual las guías son subsidiarias
Discusión	<p>La tecnología de las guías de práctica clínica, como <i>herramientas auxiliares</i> de la atención médica, requiere una preparación científica y metodológica, de la cual, junto a otros aspectos relacionados con la gestión clínica, dependerán los resultados que se obtengan en la práctica clínica, sin descuidar el análisis crítico adecuado de sus pros y contras en cada caso particular y en cada contexto.</p> <p>En todo caso, sea cual fuere el futuro de las guías de práctica clínica, la edad de la inocencia ya ha pasado y nada será igual que antes. Por una parte, tendremos pacientes mejor informados y, por otra, sistemas de salud veladores de mantener eficiencia, lo que necesariamente conllevará a la evaluación objetiva de lo que se brinda a los pacientes. Además de las guías de práctica clínica, seguirán influyendo otros factores en la calidad de la atención médica que se brinda, como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una cultura organizacional adecuada y claridad en las metas. • El compromiso de las máximas autoridades administrativas. • Un equipo profesional suficiente y con amplia experiencia y competencia en la atención médica. • Una comunicación y coordinación adecuadas entre grupos de trabajo. • Espacios para la solución de problemas y aprendizaje.
Análisis Personal	<p>En la implementación de las políticas para la seguridad del paciente, se debe tener en cuenta un punto clave como son la creación de guías clínicas, siendo este el pilar para mejorar la calidad en la atención a los pacientes.</p> <p>Si en la institución se incluyen estas herramientas para la garantizar la seguridad del paciente se estar interviniendo una de las principales causas por las que ocurren los</p>

eventos adversos ya que en muchas ocasiones los errores se cometen por falta de documentación necesaria.

Se debe aclarar que esta implementación de guías debe ser realizada para cada institución y se debe demostrar que estas funcionan, vigilar y evaluar el impacto que se está teniendo, pero lo más importante es que este debe ser un proceso que se debe desarrollar en equipo el cual debe estar comprometido con su revisión y retroalimentación.

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE MANIZALES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN ADMINISTRACIÓN EN SALUD**

**GESTION DE LA SEGURIDAD DE LA ATENCION AL PACIENTE
SEGUNDO PERIODO 2013**

MATRIZ PARA ANÁLISIS DE ARTÍCULOS No. 22

Titulo	La OMS y su iniciativa "Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente"
Autor y Año	José Manuel Ceriani C, 2009
Ubicación del artículo (base datos)	SciELO Public Health – Argentina
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	CERIANI CERNADAS, José M.. La OMS y su iniciativa "Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente". <i>Arch. argent. pediatr.</i> [online]. 2009, vol.107, n.5 [citado 2013-09-16], pp. 385-386. Disponible en: < http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752009000500001&lng=es&nrm=iso >. ISSN 1668-3501.
Objetivo del artículo	Desarrollar estrategias centradas en especial sobre la higiene de manos para prevenir la propagación de infecciones asociadas a la atención de pacientes hospitalizados. La seguridad en los pacientes que se someten a una intervención quirúrgica. Bajo el

	lema: "Cirugía segura salva vidas"
Palabras Clave	Investigación, salvar vidas, infecciones, pacientes hospitalizados.
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	<p>En 1999, el gobierno de EE.UU. dio los pasos iniciales en la implementación de medidas destinadas a aumentar la seguridad de los pacientes, en respuesta a varios estudios publicados que demostraban la alarmante frecuencia de errores que se cometían en su cuidado y las graves consecuencias que ocasionaban. Es así que impulsó la creación del programa "Error es humano"</p> <p>La mayor dificultad en la prevención de errores en medicina reside en que para obtener resultados alentadores se requiere fundamentalmente, y antes que todo, un profundo cambio de cultura en el abordaje del error. Del clásico modelo, de ocultamiento y punición para quienes lo cometían, debemos pasar a otro diametralmente opuesto donde se reconozca que en cada acción en el cuidado de un paciente estamos expuestos a cometer algún error no intencional; y por lo tanto debemos detectar los errores, aprender de ellos (en vez de ocultarlos) y colocar la seguridad de los pacientes como una de las prioridades en la atención médica.</p>
Muestra	Se calcula que si médicos y enfermeras se lavaran las manos regularmente durante su jornada de trabajo, se evitarían cada día en todo el mundo 1,4 millones de casos de infecciones adquiridas en hospitales y otros centros sanitarios. Incluso en los países desarrollados, entre el 5 y el 10% de los pacientes hospitalizados se infectan durante su estadía, mientras que en algunos países no desarrollados las cifras ascienden hasta un 25%.
Intervención y	En este proceso participan los aspectos que facilitan que el individuo se equivoque

proceso medición	<p>(factor humano) y las deficiencias en los sistemas. Por naturaleza, el hombre comete y seguirá cometiendo errores, por lo tanto la implementación de sistemas más seguros que puedan impedir que el error ocurra o que llegue al paciente, es un elemento indispensable en todas las acciones a tomar y debe ser tenido en cuenta en la organización del cuidado de la salud en todos sus niveles.</p> <p>Acorde con este planteo, la OMS creó en octubre de 2004 una iniciativa especial denominada Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente (<i>World Alliance for Patient Safety</i> en su denominación en inglés) con el deseo de establecer las políticas necesarias para mejorar la seguridad de los pacientes. La Alianza definió los programas a realizar y los encaró como desafíos globales a desarrollar en todo el mundo.</p>
Resultados	<p>Los resultados de esta campaña, en la cual se esperaba una reducción no menor a 30% en la tasa de infecciones nosocomiales.</p>
Discusión	<p>En octubre de 2005, un año después de creada la iniciativa, se lanzó en la sede de la OMS en Ginebra el primer desafío, que estuvo destinado a promover una campaña mundial para disminuir las infecciones nosocomiales bajo el lema "Una atención limpia es una atención más segura".</p> <p>Lo cual es importante, pero para que tenga éxito resulta indispensable que sea acompañada por el esfuerzo de todos los profesionales que participan en el cuidado de la salud. Es necesario ser consciente del gravísimo problema que ocasionan los errores en la atención de los pacientes, contribuir a generar un cambio de cultura y motivar que las instituciones médicas desarrollen sistemas más seguros para la</p>

	prevención de errores.
Análisis Personal	<p>La historia de las políticas para el desarrollo de entornos sanos en cuanto a la seguridad del paciente en la atención hospitalaria es una tema que podríamos decir se ha tratado desde todas las esferas, encontrando que son varios los aportes realizados por diferentes estamentos de la salud a nivel mundial.</p> <p>Al mismo tiempo es importante analizar el avance importante que han tenido dichas iniciativas en la prestación de los servicios hospitalarios, es decir, si la influencia de dichos aportes realizados por diferentes investigadores se han llevado a la práctica en los diferentes centros donde se practican procedimientos médicos.</p> <p>Y de otro lado encontramos la necesidad de que las iniciativas en cuanto a investigaciones realizadas para promover la seguridad del paciente no sólo sean académicas, sino prácticas que es en donde realmente se necesita la intervención real de los procesos analizados.</p>

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE MANIZALES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN ADMINISTRACIÓN EN SALUD**

SEGUNDO PERIODO 2013

MATRIZ PARA ANÁLISIS DE ARTÍCULOS No. 23

Titulo	Seguridad y protección de los niños hospitalizados: revisión de la literatura
Autor y Año	Aline Modelski Schatkoski, Wiliam Wegner, Simone Algeri , Eva Neri Rubim Pedro, Junio de 2009.
Ubicación del artículo (base datos)	SciELO Public Health – Argentina
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	SCHATKOSKI, Aline Modelski; WEGNER, Wiliam; ALGERI, Simone y PEDRO, Eva Neri Rubim. Seguridad y protección de los niños hospitalizados:. revisión de la literatura. 2009, vol.17, n.3 [citado el 09.16.2013], pp 410-416. Disponible en: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692009000300020&lng=en&nrm=iso >. ISSN 0104-1169. http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692009000300020 .
Objetivo del artículo	Realizar una revisión descriptiva de la seguridad y protección de los niños hospitalizados, que por su fragilidad, vulnerabilidad y condiciones de desarrollo,

	<p>necesita atención especial de los profesionales de la salud.</p> <p>Este estudio tuvo como objetivo identificar la producción de conocimiento sobre la seguridad, la protección de niños hospitalizados entre 1997 y 2007</p>
Palabras Clave	Niño hospitalizado; seguridad; violencia; enfermería
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	<p>La protección y seguridad de los niños y sus acompañantes y sus implicaciones para la salud, han impulsado la investigación y el debate sobre la calidad de la atención sanitaria.</p> <p>Este tema de la sanidad institucional en los servicios de salud, es un tema difícil de abordar y, a veces, no es percibido por la mayoría de los profesionales e incluso los usuarios.</p> <p>Varios actores están involucrados en este contexto (enfermería, equipos de trabajadores médicos y sociales, entre otros), en diferentes situaciones (procedimientos innecesarios, errores de prescripción, errores en la administración de medicamentos, solicitudes de examen incorrectos, y procedimientos quirúrgicos no programados y burocracia en la atención, agresión verbal, desinformación, etc).</p> <p>El entorno de salud se caracteriza por complejidades macro, relacionados con las tecnologías y los equipos multiprofesionales que trabajan en estos ambientes, podemos observar con frecuencia que los profesionales de la salud utilizan las relaciones de poder y dominación que caracterizan su praxis en relación con los usuarios del servicio, ya sea en hospitales, unidades de salud, servicios de emergencia, u otros.</p>

Muestra	<p>Alrededor de 3 a 4% de los pacientes hospitalizados se vean afectados por las acciones de atención que se supone que ayudan.</p> <p>Se estima que aproximadamente 98 mil estadounidenses mueren cada año como consecuencia de errores en la atención de salud.</p>
Intervención y proceso medición	<p>Esta es una revisión narrativa descriptiva, tradicionalmente conocida como revisión de literatura en la cual las fuentes utilizadas en este estudio fueron artículos científicos publicados entre 1997 y 2007.</p> <p>La siguiente pregunta orientó la búsqueda de artículos: ¿Qué tiene la literatura científica nacional e internacional presentado en la seguridad / protección del niño hospitalizado?</p> <p>Las fuentes fueron seleccionados a través de búsquedas en bases de datos electrónicas del Sistema de Automatización de la Biblioteca de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Rio Grande do Sul Federal (BDENF), en el Centro Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de Sistema de la Salud (LILACS), Biblioteca Nacional de Medicina (MEDLINE), Scientific Electronic Library Online (SciELO) y Cumulative Index de Enfermería y Ciencias de la Literatura de la Salud (CINAHL).</p> <p>Se usaron los siguientes descriptores: niños hospitalizados, la seguridad, la violencia y la enfermería.</p>

	<p>La búsqueda inicial produjo 21 artículos, de los cuales se seleccionaron 15. La selección se basó en la lectura previa de los resúmenes de las bases de datos, que evidencian los estudios llevados a cabo con los niños, mientras que otros estaban relacionados con los adultos. Por lo tanto, los criterios de inclusión fueron: ser un artículo científico publicado entre 1997 y 2007, relacionados con la salud infantil, que contiene aspectos en el resumen que indica que abordaba la seguridad / violencia.</p> <p>Análisis de la información se realizó mediante una lectura exploratoria del material bibliográfico se encuentra utilizando un enfoque cualitativo. Lectura de los artículos revela convergencias centrales, que fueron sintetizadas, agrupadas y categorizadas. Las categorías fueron: ocurrencias adversas, errores de medicación, notificación de acontecimientos adversos y la seguridad de los pacientes pediátricos.</p>
Resultados	<p>Los resultados de la búsqueda de base de datos dio una lista de los títulos, autores y fechas para su posterior análisis. Todos los artículos fueron leídos totalmente y sólo se seleccionaron los que incluyen aspectos relacionados con la seguridad, la violencia y la protección de los niños hospitalizados.</p>
Discusión	<p>Los niños hospitalizados son más vulnerables a las acciones violentas, necesitan una supervisión más cercana y no pueden tomar decisiones sobre su propio cuidado.</p> <p>Pueden sufrir diferentes formas de violencia institucional, que, muchas veces, se ignoran o pasan inadvertidas por los profesionales de la salud. Con el tiempo, estas formas de violencia se vuelven invisibles tanto a los responsables directos de la atención como gerentes y otros profesionales. Las categorías que surgieron del</p>

	<p>análisis de los datos se presentan a continuación.</p> <p>Un suceso adverso es un evento indeseable, nocivo o no, para el paciente y que se produce durante la prestación de la asistencia sanitaria en consecuencia, o no, el fracaso del profesional responsable de la atención, y puede comprometer la seguridad del paciente.</p> <p>Un estudio realizado con 3.719 pacientes de 0 a 20 años de edad en los hospitales de Estados Unidos mostró que los eventos adversos ocurren en el 1% de las hospitalizaciones pediátricas y que 0,6% de ellos son evitables. Adolescentes (de 13 a 20 años) sufrieron el mayor número de eventos adversos (3,41%), 78% de los eventos adversos ocurrieron con los recién nacidos, el 10,8% en niños en edad escolar (1-12 años) y el 78,6% de los eventos adversos con los adolescentes eran evitables.</p>
Análisis Personal	<p>El artículo muestra importantes aspectos que se deben tener en cuenta en cuanto al análisis de la seguridad del paciente cuando hablamos de instituciones prestadoras de servicios de salud a niños y adolescentes, los cuales necesariamente son más vulnerables a la presencia de diferentes acontecimientos que los pueden comprometer en episodios contra su salud.</p> <p>El análisis de la seguridad del paciente en las instituciones hospitalarias en las cuales se encuentran niños inmersos en procedimientos médicos deben contar con políticas específicas en cuanto a seguridad del paciente se refiere.</p>

	<p>Y aún así encontramos que las estadísticas del artículo muestran como aún con la implementación de políticas serias en cuanto a seguridad del paciente en instituciones hospitalarias de Estados Unidos, se han presentado gran cantidad de muertes relacionadas con el tema. Lo que necesariamente nos enseña que la seguridad del paciente no debe ser un aspecto que se analice de manera ligera, más aún tratándose de niños con los cuales las necesidades en cuanto a seguridad se incrementan.</p>
--	--

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE MANIZALES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN ADMINISTRACIÓN EN SALUD**

**GESTION DE LA SEGURIDAD DE LA ATENCION AL PACIENTE
SEGUNDO PERIODO 2013**

MATRIZ PARA ANÁLISIS DE ARTÍCULOS No. 24

Titulo	La calidad y la seguridad de la medicina intensiva en España. Algo más que palabras
Autor y Año	M.C. Martín Delgado y F. Gordo-Vidal, mayo de 2011
Ubicación del artículo (base datos)	http://scielo.isciii.es
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Martín Delgado M.C., Gordo-Vidal F.. La calidad y la seguridad de la medicina intensiva en España: Algo más que palabras. Med. Intensiva [revista en la Internet]. 2011 Mayo [citado 2013 Sep 17] ; 35(4): 201-205. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-56912011000400001&lng=es .
Objetivo del artículo	Realizar un análisis de los servicios de medicina intensiva, mostrando la gravedad del enfermo crítico, las barreras de comunicación, la realización de un número elevado de actividades por paciente y día, la práctica de procedimientos diagnósticos y tratamientos invasivos, la cantidad y complejidad de la información utilizada, los

	<p>traspasos y la necesidad del trabajo en equipo, entre otros, convierten a estas unidades en áreas de riesgo para la aparición de eventos adversos</p>
Palabras Clave	<p>Medicina intensiva, enfermo crítico, procedimientos, diagnósticos, trabajo en equipo.</p>
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	<p>La calidad asistencial ha ido paulatinamente situándose en el centro angular de la atención sanitaria, alcanzando en los últimos años un mayor protagonismo la seguridad del paciente como una de las dimensiones clave de la calidad. En el caso de la medicina intensiva, este interés es todavía más evidente, no sólo por su impacto social y económico, sino porque algunas de las dimensiones de la calidad cobran en el enfermo crítico un significado más intenso: pacientes más vulnerables, accesibilidad limitada, equidad en la distribución de recursos, evidencia científica escasa, eficiencia limitada.</p> <p>La calidad asistencial puede definirse como «el grado en que los servicios prestados a un individuo y a la población aumentan la probabilidad de obtener resultados de salud deseables y coherentes con el conocimiento actual de los profesionales». O de forma más simple, la evaluación de la calidad reflejaría la discordancia entre los resultados que se deberían conseguir y los que verdaderamente se alcanzan. Se define la calidad de la asistencia sanitaria como aquella que es segura, adecuada, efectiva, eficiente, accesible, sigue los principios de justicia y está centrada en el enfermo. Aunque el objetivo final de la medicina es cubrir las necesidades médicas del enfermo, debe considerar, a la vez, las expectativas de la familia y de sus allegados, de los profesionales, de las instituciones y de la sociedad en general.</p>
Muestra	<p>En Estados Unidos se considera que más de la mitad de la población ingresará en</p>

	<p>una unidad de cuidados intensivos (UCI) a lo largo de su vida y que un porcentaje importante fallecerá en estas unidades, consumiendo entre el 0,5 y el 1% del producto interior bruto del país</p>
<p>Intervención y proceso medición</p>	<p>Desde hace algo más de 30 años la medicina intensiva en España es una especialidad que ha permitido mejorar la atención del enfermo crítico.</p> <p>Durante estos años se han producido cambios importantes en el manejo de estos pacientes, introduciéndose avances científicos y tecnológicos especialmente en la monitorización y en el soporte de la disfunción orgánica. Ello ha llevado, sin lugar a dudas, a mejorar la efectividad de la medicina actual, cobrándose como precio hacerla también menos segura y más peligrosa.</p> <p>La medicina ha pasado de ser simple, poco efectiva y relativamente segura a convertirse en compleja, efectiva pero potencialmente peligrosa.</p> <p>La medicina intensiva es el máximo exponente de ello. El reto en los próximos años debe ser moldear la efectividad de la medicina intensiva con el resto de las dimensiones de la calidad, y en el caso de que la seguridad entre en conflicto con alguna de ellas, priorizarla para cumplir el aforismo hipocrático «lo primero, no dañar».</p> <p>Desde hace unos meses la SEMICYUC ha puesto en marcha el proyecto Neumonía Zero, cuyo objetivo es reducir, utilizando metodología similar y la estructura creada con el proyecto BZ, la incidencia de la neumonía asociada a ventilación mecánica (NVM). Se propone aplicar un paquete de recomendaciones (obligatorias y optativas) para prevenir las NVM (disminuir la tasa nacional a menos de 8 episodios por 1.000</p>

	días de ventilación mecánica) y fortalecer el desarrollo de las herramientas de seguridad en el entorno del paciente crítico.
Resultados	<p>Los resultados muestran una disminución de la tasa de dicha infección en más del 50%, así como aceptables adhesión y aplicación de las herramientas incluidas en el paquete de seguridad.</p> <p>A la luz de los resultados de una primera encuesta publicada recientemente, sobre una medida del contexto, la cultura de seguridad en nuestras unidades es todavía insuficiente pero existen fortalezas que pueden favorecer la puesta en marcha de iniciativas que potencien la comunicación segura de información y la comunicación y el análisis de problemas de seguridad.</p>
Discusión	<p>La infección asociada a la atención sanitaria constituye uno de los principales problemas relacionados con la seguridad del paciente.</p> <p>Se puede considerar los sistemas de vigilancia de la infección nosocomial como un ejemplo de cómo se deberían monitorizar los eventos adversos.</p> <p>El uso de definiciones consensuadas, la recogida sistemática de información, la explotación y la difusión de los datos son elementos esenciales en la gestión de este tipo de incidentes.</p> <p>El proyecto Bacteriemia Zero (BZ), desarrollado por el MSPSI en colaboración con la SEMICYUC, es otra de las iniciativas en la mejora de la seguridad con resultados excelentes, en la que han colaborado muchas de las UCI españolas y donde el trabajo interdisciplinario ha dado sus frutos. El proyecto ha combinado un paquete de</p>

	<p>medidas específicas para prevenir las bacteriemias relacionadas con catéteres vasculares con la aplicación y desarrollo de un conjunto de medidas de seguridad integral.</p>
Análisis Personal	<p>Un aspecto fundamental en el análisis de la seguridad del paciente se refiere al desarrollo que se le dan a las políticas implementadas para evitar episodios que puedan dañar al paciente. El artículo muestra este aspecto cuando relaciona que la implementación de proyectos e iniciativas para mejorar la seguridad ha dado resultados excelentes.</p> <p>El monitorio de los eventos adversos como política de seguridad del paciente es una necesidad clara en las instituciones médicas, pues es claro que existen múltiples falencias en el seguimiento que se hace cuando los pacientes están en medicina intensiva.</p> <p>La implementación de análisis, estadísticas, y la aplicación de conocimientos científicos en el cuidado del paciente en medicina intensiva debe ser totalmente analizado con claridad, sin dejar aspectos al azar que se puedan convertir en un posible caso de desatención en la seguridad de ese paciente.</p>

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE MANIZALES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN ADMINISTRACIÓN EN SALUD**

**GESTION DE LA SEGURIDAD DE LA ATENCION AL PACIENTE
SEGUNDO PERIODO 2013**

MATRIZ PARA ANÁLISIS DE ARTÍCULOS No. 25

Título	Preparación y administración de medicamentos: análisis de cuestionamientos e informaciones del equipo de enfermería
Autor y Año	Daniela Odnicki da Silva, Cris Renata Grou, Adriana Inocenti Miasso, Sílvia Helena De Bortoli Cassiani
Ubicación del artículo (base datos)	Scielo.br/scielo
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	SILVA, Daniela Odnicki da; GROU, Cris Renata; MIASSO, Adriana Inocenti and CASSIANI, Sílvia Helena De Bortoli. Preparación y administración de medicamentos: análisis de cuestionamientos e informaciones del equipo de enfermería. <i>Rev. Latino-Am. Enfermagem</i> [online]. 2007, vol.15, n.5 [cited 2013-09-16], pp. 1010-1017 . Available from: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692007000500020&lng=en&nrm=iso >. ISSN 0104-1169. http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692007000500020 ..

Objetivo del artículo	Este estudio tiene el propósito de identificar y analizar las preguntas presentadas a enfermeros por auxiliares y técnicos de enfermería actuantes en las unidades de internación clínica, de cirugía y de terapia intensiva, en relación a la preparación y administración de medicamentos, bien como las fuentes y precisión de las respuestas de los enfermeros a las preguntas presentadas por el equipo.
Palabras Clave	Sistemas de medicación; administración de la seguridad; errores de medicación.
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	<p>En Brasil, la administración de medicamentos es una actividad cotidiana y de responsabilidad legal del equipo de enfermería, en todas las instituciones de salud, por lo tanto, esa actividad es de gran importancia tanto para esa categoría profesional cuanto para los clientes. Es evidente que surjan, en la práctica, por parte de los profesionales de enfermería, varias dudas durante la preparación y administración de medicamentos. Tal hecho llama la atención para la importancia de la calidad de la asistencia prestada, para la necesidad de conducir investigaciones científicas a respecto de este tema y para un problema que merece intervención de las instituciones de salud.</p> <p>En el contexto de los sistemas de salud la práctica de administración de medicamentos, dirigida a la asistencia segura del paciente, puede ser comprendida dentro de un abordaje ecológico. En este abordaje, los sistemas de salud son considerados sistemas vivos, tecnológicamente complejos y cada vez más vulnerables, necesitando de reparaciones o de "restauración ecológica". De ese modo, la restauración ecológica se hace necesaria para que se fortalezca la seguridad del ambiente del hospital. Investigaciones sobre la seguridad del paciente en los sistemas de salud y en la perspectiva ecológica, han sido conducidas en otros países,</p>

	<p>incluyendo el Canadá, con el objetivo de identificar puntos vulnerables en el ambiente del hospital e incorporar prácticas que fortalezcan la creación de sistemas seguros con costos adecuados. De ese modo, el pensamiento ecológico podrá entregar nuevos conocimientos para mejorar la seguridad de los sistemas de salud con beneficios para el paciente.</p>
Muestra	<p>Durante un período de 30 días consecutivos. Se solicitó a los enfermeros que redactasen las dudas, presentadas por auxiliares y técnicos de enfermería, referentes a la preparación y administración de medicamentos, en un instrumento de recolección de datos.</p> <p>Para eso, se entregó, a los enfermeros, un formulario con los ítems: fecha, clínica, dudas expresadas por los auxiliares y técnicos de enfermería referentes a la terapéutica medicamentosa, categoría profesional del funcionario, cual fue la respuesta ofrecida para el esclarecimiento de la duda y la fuente de obtención de esta información.</p> <p>Durante el período de un mes, diariamente, los investigadores entregaron el formulario al enfermero de cada turno, en cada clínica, estableciendo junto al mismo, la fecha para devolución del formulario respondido. Fue solicitado a los enfermeros que aceptaron en participar de la investigación, que firmaran el termino de Consentimiento Informado.</p>
Intervención y proceso medición	<p>El estudio fue conducido en un hospital universitario localizado en el interior del estado de San Pablo, en Brasil. Este local constituye un centro de referencia y excelencia en la asistencia a la salud y atiende varios grados de complejidad en los niveles asistenciales en las unidades ambulatorias, de procedimientos especializados,</p>

	<p>de internación y de urgencia; nivel de prevención, tratamiento y rehabilitación, de naturaleza clínica y/o de procesos de cirugía, además de servicios complementares de diagnóstico y tratamiento, en diversas especialidades médicas. Es una entidad autárquica, caracterizada como hospital universitario, integrada al Sistema Único de Salud (SUS) y posee, como finalidad, la enseñanza, la investigación y la asistencia médica en hospitales.</p> <p>El estudio fue realizado en todas las unidades de internación clínica, de cirugía y de terapia intensiva, excluyendo unidades ambulatorias. Así fueron incluidas las clínicas: de medicina interna, psiquiatría, neurología, inmunología, dermatología, pediatría, ginecología/obstetricia, centro de terapia intensiva adulto y pediátrico, unidad de trasplante renal, clínica de cirugía (general, proctología, oftalmología, otorrinolaringología, cabeza y cuello, tórax, neurocirugía, urología, vascular, cirugía gástrica, ortopedia y plástica).</p> <p>La población del estudio fue constituida por los enfermeros supervisores de esas unidades de internación y la muestra fue constituida por todos los enfermeros en servicio activo, en el período de la recolección de datos, excepto: aquellos en vacaciones, licencias médicas, en entrenamiento, los que no actúan directamente en el cuidado al paciente y los que manifestaron no tener interés en participar del estudio o no firmaron el termino de consentimiento.</p>
Resultados	<p>De las 270 preguntas redactadas por los enfermeros sujetos de la investigación, fueron analizadas 255. Fue interesante notar que tanto el personal del área de enfermería (enfermeros de otros sectores) cuanto del área médica buscaron informaciones con esos enfermeros, acerca de la terapéutica medicamentosa. De esa forma, se resalta que todas las preguntas fueron presentadas por auxiliares y</p>

	<p>técnicos, con excepción de nueve en que los profesionales del equipo médico cuestionaron el participante, cinco en que otros enfermeros lo cuestionaron y una situación en que el escribiente fue quien presentó la duda. Así, un total de 255 dudas fueron analizadas.</p>
Discusión	<p>Los sistemas complejos, como es el sistema de salud o el sistema de medicación, compuestos por varios procesos, implementados por medio de planificación y acciones ejecutadas en secuencia, envuelven varios profesionales con atribuciones distintas, presentan combinaciones de múltiples fallas que, individualmente, no representan un riesgo considerable de accidente. Tales fallas son llamadas latentes y su comportamiento varía de acuerdo con la mutabilidad del sistema que es una característica intrínseca de su existencia. La sumatoria de las acciones de las diversas fallas puede o no tener como resultado un accidente.</p> <p>En lo que se refiere al proceso de administración de medicamentos podemos afirmar que la carencia de conocimiento de profesionales envueltos en esa práctica puede representar una falla en el sistema con daños de variada intensidad para los pacientes.</p> <p>Este estudio evidenció que el mayor porcentaje de dudas (40,4%) presentadas a los enfermeros, por técnicos y auxiliares de enfermería estaban relacionadas a la dilución de medicamentos. El enfermero, en su actuación, necesita relacionar la dilución del medicamento con aspectos del paciente, como la patología (pacientes con insuficiencia renal, disturbios hidro electrolíticos, alteraciones de la presión arterial) y la edad. Esa evaluación, al ser realizada de forma eficaz, facilita el proceso de recuperación, pues no permite que órganos y sistemas sean más perjudicados.</p>

	<p>Además de eso, vale recordar que la dilución del medicamento también varía de acuerdo con la vía de administración del mismo.</p> <p>Considerando que el pensamiento ecológico presupone una exploración más rigurosa de aspectos relacionados a la tecnología es de fundamental importancia considerar los efectos de los mismos en los ambientes de asistencia a la salud. En ese contexto, se sabe que el sistema de medicación que utiliza la tecnología de la dosis unitaria reduce el número de eventos adversos a medicamentos pues, en ese sistema, el medicamento llega hasta la enfermería preparado para ser administrado, no necesitando, por ejemplo, de fraccionamientos o diluciones.</p>
Análisis Personal	<p>El artículo relaciona la idea de que ambientes ecológicos son propicios para el desarrollo de buenas prácticas en cuanto a seguridad del paciente se refiere.</p> <p>Y realiza el análisis de un trabajo de campo hecho por enfermeros, como el pensamiento ecológico en los ambientes de asistencia a la salud, se convierte en un elemento importante en la medida en que se le implementen aspectos científicos que puedan dar importancia en la medida en que pueda entregar nuevos conocimientos para mejorar la seguridad de los sistemas de salud con beneficios para el paciente.</p>

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE MANIZALES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN ADMINISTRACIÓN EN SALUD**

**GESTION DE LA SEGURIDAD DE LA ATENCION AL PACIENTE
SEGUNDO PERIODO 2013**

MATRIZ PARA ANÁLISIS DE ARTÍCULOS No. 26

Titulo	Seguridad del paciente
Autor y Año	Muiño Míguez, A. B. Jiménez Muñoz, B. Pinilla Llorente, M. E. Durán García, F. J. Cabrera Aguilar, M. P. Rodríguez Pérez, Diciembre de 2007
Ubicación del artículo (base datos)	scielo.isciii.es/scielo
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Muiño Míguez A., Jiménez Muñoz A. B., Pinilla Llorente B., Durán García M. E., Cabrera Aguilar F. J., Rodríguez Pérez M. P.. Seguridad del paciente. An. Med. Interna (Madrid) [revista en la Internet]. 2007 Dic [citado 2013 Sep 17]; 24(12): 602-606. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992007001200010&lng=es . http://dx.doi.org/10.4321/S0212-71992007001200010 .
Objetivo del artículo	El artículo analiza los efectos adversos (EA) y los daños, o lesiones que acontecen durante el proceso asistencial y, al no estar directamente producidos por la enfermedad en sí, se pueden considerar motivados por el propio sistema sanitario, ya

	sea por acción u omisión.
Palabras Clave	Seguridad del paciente. Efectos adversos. Calidad asistencial.
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	<p>Los efectos adversos son los daños, o lesiones que acontecen durante el proceso asistencial y, al no estar directamente producidos por la enfermedad en sí, se pueden considerar motivados por el propio sistema sanitario, ya sea por acción u omisión. Un incidente es una acción o conjunto de acciones por comisión u omisión que podría haber dañado al paciente, pero que este daño no ha llegado a producirse, es decir, que difiere de un efecto adverso "sólo" en el resultado para el paciente. La diferencia con las complicaciones es clara, ya que éstas últimas suponen alteraciones del proceso natural de la enfermedad, derivada de la misma y no provocada por la actuación médica.</p> <p>Uno de los principios clásicos de la medicina es el hipocrático "<i>primum non nocere</i>", lo que indica que siempre se ha reconocido la posibilidad de que la actuación médica produzca consecuencias indeseables. Sin embargo la información sobre errores médicos y EA es muy reciente ya que los primeros estudios datan de los años 60 y no es hasta la década de los 90 cuando se comenzó a disponer de evidencia científica. Pero es en el año 99 cuando el impacto entre los profesionales, autoridades y público general del informe <i>To Err is Human: Building a Safer Health System</i> del Instituto de Medicina de EE.UU, marca un antes y un después en la concienciación sobre este tema y ha hecho que la investigación sobre seguridad del paciente y las iniciativas para actuar sobre los riesgos evitables sean una prioridad para todas las autoridades sanitarias. Este documento refleja la magnitud del problema de seguridad de la asistencia y la enorme repercusión sanitaria y económica que implica.</p>

<p>Muestra</p>	<p>Las consecuencias y costes de estos EA han sido estimados por las diferentes instituciones sanitarias. Y así en el Reino Unido, se ha calculado que el exceso de estancias hospitalarias origina un gasto de 2.000 millones de libras al año, a lo que hay que sumar los 400 millones/año por indemnizaciones, los 2.400 millones/año por reclamaciones judiciales y los 1000 millones /año que cuestan las infecciones nosocomiales. En EE. UU se calcula que los errores prevenibles son responsables del 12 al 15% de los costes hospitalarios (8) y que se origina un exceso de estancia media en EA prevenibles de 4, 5 días y 4700 dólares.</p>
<p>Intervención y proceso medición</p>	<p>Gestión de riesgos</p> <p>Mejorar la seguridad de los pacientes, como se ha comentado, se ha convertido en un objetivo prioritario en las políticas de calidad de los sistemas sanitarios y se han adoptado estrategias por diversos organismos internacionales (UE, OMS, OCDE, etc.) para abordar la ocurrencia de eventos adversos relacionados con la asistencia sanitaria.</p> <p>Detección de riesgos</p> <p>Los errores pueden clasificarse según su evitabilidad, las actividades de prevención van siempre dirigidas a minimizar la exposición a los riesgos en el caso de los riesgos inevitables y a la prevención en el caso de los evitables. Por otro lado la mayoría de los errores evitables en organizaciones complejas están relacionados más con el sistema que con fallos individuales.</p> <p>La creación de sistemas de registro y notificación de problemas de seguridad constituyen una estrategia clave para aprender de los errores y evitar su recurrencia en el contexto de la mejora continua.</p>

	<p>Epidemiología de los riesgos</p> <p>Los estudios sobre la epidemiología de los riesgos de la atención sanitaria coinciden en identificar las complicaciones relacionados con los medicamentos como la causa más frecuente de efectos adversos seguidos de los derivados de intervenciones quirúrgicas y de las infecciones nosocomiales.</p> <p>Análisis de riesgos</p> <p>Dos son las herramientas utilizadas para el análisis y evaluación de riesgos sanitarios: El análisis modal de fallos y efectos, también llamado por su acrónimo AMFE y el Análisis causa- Raíz</p>
<p>Resultados</p>	<p>Se detectaron 1.063 pacientes con EA durante la hospitalización, siendo la incidencia de pacientes con EAs relacionados con la asistencia sanitaria de 9,3% (525/5.624); IC95%: 8,6-10,1%. La incidencia de pacientes con EAs relacionados directamente con la asistencia hospitalaria (excluidos los de atención primaria, consultas externas y ocasionados en otro hospital) fue de 8,4% (473/5.624); IC95%: 7,7-9,1%. El 17,7% de los pacientes con EA acumuló más de un EA. Del total de los 473 pacientes con EAs relacionados con la hospitalización, en 105 (22,2%) el EA fue la causa del ingreso hospitalario (reingreso). El 42,8% de los EAs se consideró evitable, en función de los criterios prefijados. La gravedad de los EAs también se asoció a su evitabilidad, de tal forma que los EAs leves eran evitables en un 43,8, los moderados lo eran en un 42 y los graves en un 41,9% aunque estas diferencias no alcanzaron significación estadística.</p> <p>El Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud establece como una de sus estrategias prioritarias: Mejorar la seguridad de los pacientes atendidos en los centros</p>

sanitarios del SNS, estableciendo entre otras las siguientes líneas de actuación:

- Promover y desarrollar el conocimiento y la cultura de seguridad del paciente entre los profesionales en cualquier nivel de atención sanitaria.
- Diseñar y establecer sistemas para la comunicación de los incidentes relacionados con la seguridad del paciente.
- Difundir los resultados del Estudio Nacional de Efectos Adversos.
- Realizar un estudio sobre la percepción de los profesionales del Sistema Nacional de Salud hacia la seguridad de pacientes.
- Establecer una línea prioritaria de investigación básica y aplicada en seguridad de Pacientes a través del Fondo de Investigaciones Sanitarias.
- Suscribir la declaración conjunta con la OMS para impulsar la Alianza Mundial sobre Seguridad de los Pacientes.
- Diseñar y ofertar a los profesionales, herramientas de gestión clínica y seguridad.
- Realizar una campaña de comunicación sobre seguridad de pacientes.
- Elaborar una propuesta de medidas de mejora en materia de efectos adversos
- Diseñar y establecer sistemas para la comunicación de los incidentes relacionados con la seguridad del paciente.
- Realizar un análisis de los sistemas de notificación de eventos adversos existentes y establecer un conjunto básico de indicadores mínimos en seguridad de pacientes.
- Diseñar un sistema de notificación de efectos adversos a nivel del Sistema Nacional de Salud y en las diferentes Comunidades Autónomas.
- Prevenir úlceras por presión en pacientes en riesgo.
- Prevenir el Trombo-embolismo Pulmonar (TEP)/ Trombosis Venosa Profunda (TVP) en pacientes sometidos a cirugía.
- Prevenir la infección nosocomial y las infecciones quirúrgicas.

	<ul style="list-style-type: none">• Prevenir los errores debidos a medicación.• Asegurar la implantación y correcta aplicación del consentimiento informado así como el cumplimiento de las últimas voluntades de los pacientes.
Discusión	<p>Los sistemas deben diseñarse para prevenir los errores, facilitar su detección y permitir que si se producen provoquen el menor daño posible.</p> <p>Las estrategias para mejorar los procesos y reducir los errores pueden clasificarse en cuatro grupos:</p> <ol style="list-style-type: none">1. <i>Reducir la complejidad.</i> La complejidad causa errores y aunque algunos procedimientos diagnósticos y tratamientos, así como casos individuales son complejos en si mismos, en otras ocasiones es posible la simplificación. Diferencias en las dosis o formas de administración de medicamentos, diferencias en la organización de las unidades de un mismo hospital, dependen en muchas ocasiones más de preferencias personales que de evidencias científicas. Por otra parte la organización del hospital en "compartimentos" poco cohesionados provoca que la asistencia no sea lo integral y estructurada que desearíamos. Este tipo de organización favorece la aparición de efectos adversos.2. <i>Optimizar la información.</i> Evitar en lo posible que la asistencia dependa de la memoria de los profesionales y utilizar protocolos, vías clínicas, checklists, etc.3. <i>Automatización.</i> La utilización de tecnologías como la prescripción electrónica asistida, automatizar la preparación de medicación, dispensadores de medicación, pueden ser de utilidad. No obstante siempre debe considerarse la automatización de procesos y la incorporación de nuevas tecnologías no como un fin en sí mismo, el objetivo es la mejora del proceso, usar la tecnología para facilitar el trabajo del

	<p>personal no para sustituirlo.</p> <p>4. Implantar las innovaciones con las mayores precauciones pues son períodos en los que los errores pueden producirse con más facilidad</p>
Análisis Personal	<p>La seguridad del paciente tomada como los efectos adversos que le pueden suceder a un paciente mientras recibe atención médica y que no están ligados directamente con la prestación del servicio médico, es el punto importante de análisis en este artículo, el cual muestra que claramente existen cantidad de elementos que llevan a que los pacientes puedan estar bajo inminente riesgo en la prestación de servicios médicos, y que al mismo tiempo son variadas las opciones que se pueden escoger para preservar la calidad en la prestación de los servicios médicos a los pacientes.</p> <p>El artículo muestra como existen protocolos y estrategias que se pueden emplear para ayudar a prevenir efectos adversos en los centros hospitalarios, y al mismo tiempo hace énfasis en como la estrategias para la prevención pueden influenciar de manera directa el desarrollo de las políticas de seguridad del paciente.</p>

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE MANIZALES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN ADMINISTRACIÓN EN SALUD**

**GESTION DE LA SEGURIDAD DE LA ATENCION AL PACIENTE
SEGUNDO PERIODO 2013
MATRIZ PARA ANÁLISIS DE ARTÍCULOS No. 27**

Título	Epidemiología de caídas de ancianos en España. Una revisión sistemática
Autor y Año	Zenewton André da Silva Gama, Antonia Gómez Conesa y Marta Sobral Ferreira, Febrero de 2008
Ubicación del artículo (base datos)	scielo.isciii.es/scielo España
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Silva Gama Zenewton André da, Gómez Conesa Antonia, Sobral Ferreira Marta. Epidemiología de caídas de ancianos en España: Una revisión sistemática, 2007. Rev. Esp. Salud Pública [revista en la Internet]. 2008 Feb [citado 2013 Sep 17]; 82(1): 43-55. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-50004&lng=es
Objetivo del artículo	El objetivo de este estudio es identificar la calidad de las publicaciones científicas sobre el tema y resumir los hallazgos de los estudios que examinaron la frecuencia, los múltiples factores de riesgo y las consecuencias de las caídas en personas mayores de 64 años que viven en España.

Palabras Clave	Epidemiología, Accidentes por caídas, Ancianos, Revisión sistemática, Estudio observacional.
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	<p>Mundialmente, las caídas representan un importante problema para las personas mayores y repercuten en altos gastos de cuidados de salud. En España, un país con una población de ancianos de cerca de 7.500.000 personas, el 16,7% en relación al total, está especialmente afectado por este problema. Para combatirlo, por medio de intervenciones efectivas y eficientes, es necesario conocer la epidemiología del problema en la población anciana española.</p> <p>La primera publicación en España sobre caídas de ancianos en el año 1985, incentivó el desarrollo de investigaciones epidemiológicas sobre el tema. Ocho años después, fue publicado el primer estudio epidemiológico sobre caídas en población española, hasta entonces los estudios se relacionaban con las consecuencias de los accidentes por caídas, como por ejemplo, fracturas de cadera. Actualmente, aunque se dispone de numerosos estudios sobre caídas no siempre aportan la calidad metodológica recomendada.</p> <p>Ello justifica una revisión sistemática que analice los indicadores de frecuencia, los factores de riesgo y las consecuencias de las caídas en ancianos en España</p>
Muestra	Fueron seleccionados para revisión todos los estudios de prevalencia, incidencia, factores de riesgo, o consecuencias de las caídas de ancianos en España. Los sujetos estudiados deberían ser mayores de 64 años de edad, no hospitalizados, y el diseño del estudio descriptivo u observacional. Los estudios tenían que estar realizados entre 1980 y 2006, ya que antes de 1980 no se han encontrado trabajos empíricos sobre este tema en España

**Intervención
proceso medición**

y

Diseño: Revisión sistemática de estudios observacionales epidemiológicos con registro de caídas de temporalidad retrospectiva y prospectiva, publicados en artículos científicos y tesis doctorales.

Estrategia de búsqueda: La búsqueda se efectuó entre abril y junio de 2007, sin límites de idiomas ni de año de publicación, en las bases de datos electrónicas MEDLINE, Dialnet, Tesis en Red, TESEO y CSIC (ICYT, IME, ISOC), encontrándose respectivamente en cada una de ellas 13, 19, 1, 0 y 16 títulos potencialmente relevantes.

Selección de los estudios: Fueron seleccionados para revisión todos los estudios de prevalencia, incidencia, factores de riesgo, o consecuencias de las caídas de ancianos en España.

Extracción de datos: Los estudios incluidos fueron valorados en cuanto a su calidad metodológica. Para ello se utilizó un protocolo de evaluación compuesto por 12 criterios.

Relevancia de los estudios incluidos: En cuanto a los resultados de frecuencia de caídas, los registros retrospectivos son más débiles, ya que pueden infravalorar los datos por un potencial sesgo de selección y/o de información, ya que la variable dependiente en general proviene del autoinforme.

Métodos estadísticos utilizados: La heterogeneidad en cuanto al ámbito de la investigación, comunidad e instituciones, en relación al tipo de diseño, temporalidad prospectiva y retrospectiva.

Resultados	<p>Se apreció en cinco estudios una relación lineal entre el uso de fármacos y las caídas en personas ancianas. Los neurolépticos seguidos por las benzodiacepinas son los medicamentos más relacionados con las caídas, y también la polimedicación.</p> <p>Así mismo, diabetes mellitus, incontinencia urinaria, secuelas físicas de accidente cerebro vascular, hipotensión ortostática, enfermedad neuropsiquiátrica, problemas de visión y la pluripatología, han sido identificadas como factores de riesgo. Otro riesgo importante ha sido el deterioro cognitivo que también guarda relación con la desorientación espacial.</p> <p>La disminución de la función física, sobretodo relacionada con pérdidas de equilibrio y durante la marcha predispone a las caídas. El uso de ayudas técnicas para la marcha se relaciona, así mismo, con un mayor número de episodios.</p> <p>En cuánto a las características demográficas, dos estudios han identificado un mayor riesgo para el género femenino y otros dos para ancianos de edad más avanzada. Además, tener antecedentes de caídas puede ser un factor que represente riesgo de que se repitan.</p>
Discusión	<p>Los estudios epidemiológicos sobre caídas de ancianos de esta revisión tienen limitaciones que deben ser tenidas en cuenta. Para controlar la calidad metodológica de nuestra revisión decidimos excluir estudios de series de casos longitudinales, debido a su poco valor para inferir factores de riesgo de caídas. Estos estudios sólo aportaban un perfil de la muestra estudiada y su validez era muy limitada.</p> <p>Hemos encontrado mucha discrepancia en el cumplimiento de los criterios de calidad metodológica evaluados, con población institucionalizada, en estudios en la</p>

	<p>comunidad, fueron los estudios más completos de acuerdo con nuestra valoración metodológica, aunque no se habían planteado identificar factores de riesgo. Es importante destacar que cinco estudios no aportaron una definición específica de caída, dificultando su comparación con otras investigaciones.</p> <p>Se aprecia también una carencia de estudios con dirección causa y efecto en personas de la comunidad. Estos estudios son mucho más costosos en relación a tiempo, trabajo y dinero, sin embargo son imprescindibles para alcanzar personas que todavía son funcionalmente autónomas y combatir los factores que pueden llevar a una dependencia, que conlleva altísimos costes económicos y sociales. Invertir recursos en estos estudios es esencial para el desarrollo de estrategias de prevención eficientes.</p>
Análisis Personal	<p>La seguridad del paciente cuando se trata de personas de la tercera edad, se convierte en un tema a tratar de manera especial, puesto que nos referimos a personas con una calidad especial en cuanto a las necesidades de atención se refiere.</p> <p>Es decir, no es lo mismo analizar la seguridad del paciente en personas que se encuentran en edades entre 20 y 40 años, a trabajar el mismo tema con personas que superen los 70 años, puesto que estamos hablando de múltiples variables, que se convierten en factores desencadenantes y que pueden influir de manera directa en la relación entre seguridad y calidad del servicio prestado al paciente.</p>

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE MANIZALES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

ESPECIALIZACIÓN ADMINISTRACIÓN EN SALUD

GESTION DE LA SEGURIDAD DE LA ATENCION AL PACIENTE SEGUNDO PERIODO 2013 MATRIZ PARA ANÁLISIS DE ARTÍCULOS No. 28

Titulo	La seguridad del paciente en urgencias y emergencias
Autor y Año	S. Tomás, I. Jimena, España 2010.
Ubicación del artículo (base datos)	scielo.isciii.es/scielo España
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Tomás S., Jimena I. La seguridad del paciente en urgencias y emergencias. Anales Sis San Navarra [revista en la Internet]. [Citado 2013 Sep. 17]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272010000200015&lng=es . http://dx.doi.org/10.4321/S1137-66272010000200015
Objetivo del artículo	El objetivo de este artículo es analizar la seguridad del paciente y los efectos adversos ocurridos a los pacientes en los servicios de urgencias de los centros hospitalarios en España.
Palabras Clave	Urgencias. Seguridad Paciente. EVADUR. Eventos adversos. Gestión de riesgos
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-	El estudio de los efectos adversos (EA) debidos a la asistencia sanitaria ha cobrado un notable auge en los últimos años ya que son un problema frecuente, tanto por la mayor complejidad de la práctica clínica, como por el aumento de la edad media de

<p>planteamiento problema)</p>	<p>los pacientes que son atendidos en los hospitales.</p> <p>Los servicios de urgencia (SU) son, en la mayoría de las ocasiones, la puerta de entrada al sistema sanitario. Constituyen, a la vez, un servicio receptor de pacientes y un servicio proveedor de los mismos a otros niveles asistenciales, ya que desde los SU, los pacientes son ingresados, derivados a atención primaria o a atención especializada.</p> <p>Aunque muchos de los estudios realizados sobre EA se han llevado a cabo sobre la hospitalización, éstos pueden ocurrir en cualquier escenario y, los SU, por su especial idiosincrasia, no se escapan a ellos. Los diferentes modelos organizativos junto con las características intrínsecas de la atención urgente pueden facilitar el riesgo de aparición de EA. Además, algunos trabajos han destacado el grado de «inadecuación» de las admisiones, estancias y/o visitas urgentes como un fenómeno a mejorar para evitar riesgos así como consumos sanitarios innecesario</p>
<p>Muestra</p>	<p>La mayoría de los estudios se han realizado sobre pacientes hospitalizados que fueron atendidos previamente en servicios de urgencias, pero, si tenemos en cuenta que sólo entre el 10 y el 15% de los pacientes que acuden a estos servicios son finalmente hospitalizados.</p>
<p>Intervención y proceso medición</p>	<p>La gestión de la seguridad del paciente (SP) en urgencias comprende la identificación y priorización de riesgos, el diseño y aplicación de planes de mejora y la evaluación del resultado de su implantación. Cuando se empieza a trabajar en este ámbito es probable que no se disponga todavía de datos y resultados propios (o de entornos cercanos) o que éstos sean escasos. En todo caso, siempre son de gran ayuda las aportaciones concretas que ofrecen diversas organizaciones significativas en el campo de la SP para priorizar las actuaciones de análisis y mejora en una institución</p>

	<p>en particular.</p> <p>Estos organismos, ya sea de modo individual o en forma de alianzas entre ellos, establecen políticas que proporcionan recomendaciones establecidas en base a los EA o incidentes comunicados y de estudios realizados. Asimismo, aportan el análisis causal y la valoración de su repercusión por los mismos notificantes o por un equipo de expertos, el diseño de planes de acción y los resultados de su aplicación así como herramientas metodológicas adaptables a nuestro entorno que nos facilitan el trabajo.</p> <p>De su revisión podemos establecer un conjunto de las políticas prioritarias que hacen referencia a las siguientes áreas y destacan aquellos aspectos de las mismas relacionados con la atención urgente:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Seguridad relacionada con la medicación2. Seguridad relacionada con la infección3. Seguridad relacionada con la identificación4. Seguridad relacionada con la comunicación/información5. Seguridad relacionada con la prevención de riesgos específicos6. Promoción de una cultura de seguridad
Resultados	Aproximadamente un 8,7% de los pacientes hospitalizados presentan infecciones nosocomiales según la OMS.

	<p>En España el estudio EPINE del año 2007 obtuvo una prevalencia en torno al 7%. El estudio ENEAS halló que el 25,3% de los EA detectados estaban relacionados con la infección nosocomial (la segunda causa más frecuente después del uso de medicamentos) y que ésta era la responsable de un 19,9% de los EA que precisaron de reingreso hospitalario.</p> <p>En este mismo estudio, un 13,8% de los EA generados en el SU fueron infecciones nosocomiales y un 75% eran previsiblemente evitables, que contrasta con el 56% de la evitabilidad del resto de hospitalización. La medida clave para minimizar el riesgo de infecciones es el lavado de manos, mediante la realización de talleres que impliquen a todo el personal del SU, siguiendo las recomendaciones de la OMS.</p>
Discusión	<p>La identificación incorrecta de pacientes conduce a pruebas complementarias, de procedimientos a personas incorrectas y a entrega de bebés a familias equivocadas.</p> <p>La estrategia de mejorar la identificación a través de pulseras identificativas (PI) es la más difundida.</p> <p>La NPSA recoge las recomendaciones sobre cómo han de ser empleadas las PI. Sin embargo, la implantación de SI mediante PI en los SU es muy deficitaria. Un estudio realizado en 75 SU de nuestro medio y publicado en el año 2008 encontraba que un 41% de los SU hospitalarios no utilizaban sistema de identificación alguno de los enfermos, cifra que aumentaba al 49% en caso de urgencias pediátricas. Estos datos contrastaban con el resto de datos declarados por los centros: un 90,7% declaraban utilizar algún sistema de identificación de los pacientes; un 85% utilizaban PI, y estaba protocolizado sólo en el 67,2 % de los centros.</p> <p>Existe, por tanto, una discrepancia entre lo declarado en hospitalización y lo que se</p>

	<p>hace en los SU. Aproximadamente, un 7% de los EA que acontecen en los SU podrían ser causados por problemas de identificación de pacientes, según datos provisionales del estudio EVADUR (datos no publicados). Todos estos resultados muestran que, en los SU, la identificación es una asignatura pendiente. Las estrategias dirigidas al incremento de implantación de PI desde los SU pueden reducir el riesgo de EA por dicho problema.</p>
Análisis Personal	<p>Las estadísticas según el análisis de este artículo muestran la importancia de la realización de protocolos de identificación del paciente, por cuanto es necesario saber algunas características personales del mismo, que a la postre permiten identificarlo plenamente en cualquier área de los servicios médicos.</p> <p>El servicio de urgencias por lo general es un servicio que implica cantidad de procedimientos en lugares comunes y por lo tanto los pacientes tienden a estar expuestos a efectos adversos de diferente índole, que conllevan a que se tengan que presentar mayor cantidad de análisis evaluaciones para identificar posibles factores de riesgo asociados a la calidad en la prestación del servicio, que por lo general se presente por la dificultad en la aplicación de políticas de seguridad en el área de urgencias de los servicios médicos.</p>

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE MANIZALES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN ADMINISTRACIÓN EN SALUD**

**GESTION DE LA SEGURIDAD DE LA ATENCION AL PACIENTE
SEGUNDO PERIODO 2013
MATRIZ PARA ANÁLISIS DE ARTÍCULOS No. 29**

Título	Las investigaciones en sistemas y servicios de salud por enfermería en las revistas científicas
Autor y Año	Nelcy Martínez Trujillo, Septiembre de 2011
Ubicación del artículo (base datos)	Scielo.sld.cu/scielo Cuba
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Martínez Trujillo Nelcy. Las investigaciones en sistemas y servicios de salud por enfermería en las revistas científicas. Rev Cubana Enfermer [revista en la Internet]. 2011 Sep [citado 2013 Sep 16] ; 27(3): 228-238. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192011000300007&lng=es .
Objetivo del artículo	En el presente trabajo se realiza a partir del análisis de las publicaciones de enfermería, el desarrollo de investigaciones en sistemas y servicios por estos profesionales de la salud.
Palabras Clave	Publicación científica, enfermería, Investigación en Sistemas y Servicios de salud.

<p>Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)</p>	<p>La investigación científica es un proceso que, mediante un conjunto de acciones planificadas, procura obtener información relevante y fidedigna, para entender, verificar, corregir o aplicar el conocimiento. Se caracteriza por ser reflexiva, sistemática y metódica; tiene por finalidad obtener conocimientos y solucionar problemas científicos, filosóficos o empírico-técnicos.</p> <p>En el caso de la enfermería, su desarrollo teórico ha propiciado la evolución de la conceptualización de su investigación. Algunos autores plantean que esta incluye el estudio de todos los aspectos, componentes y fenómenos relacionados con la salud y que son de interés para estos profesionales. Se centra ante todo en el paciente con el fin de desarrollar conocimientos que sean aplicables a más de una persona.³ Implica un método sistemático y riguroso con el fin de generar nuevos conocimientos y constituye además una de sus funciones. Le permite al enfermero el vínculo entre la práctica y los nuevos conocimientos que a través de ella obtiene para la validación de la científicidad de la profesión.</p> <p>El caso de enfermería, profesión en camino a ser Ciencia, la publicación constituye la vía de divulgación y transmisión de las experiencias entre sus profesionales. Garantiza que los saberes se trasmitan y que las metodologías utilizadas para abordar los cuidados se difundan entre la comunidad de enfermería. Es además la parte del ciclo investigativo que muestra cuáles son las temáticas abordadas por el gremio.</p>
<p>Muestra</p>	<p>Se realizó un estudio bibliométrico de corte transversal que incluyó la revisión de artículos de nueve revistas en las que publican los profesionales de enfermería con el objetivo de caracterizar la realización de Investigaciones en Sistemas y Servicios de</p>

	<p>Salud (ISSS).</p> <p>El periodo estudiado fue el comprendido entre los meses de enero 2000- marzo 2010.</p>
<p>Intervención y proceso medición</p>	<p>Se realizó un estudio bibliométrico de corte transversal que incluyó la revisión de artículos de nueve revistas en las que publican los profesionales de enfermería con el objetivo de caracterizar la realización de Investigaciones en Sistemas y Servicios de Salud (ISSS).</p> <p>El periodo estudiado fue el comprendido entre los meses de enero 2000- marzo 2010.</p> <p>Las variables incluidas en el análisis fueron: Revista, artículos de investigaciones publicados, artículos de ISSS, área temática de la publicación, año de publicación.</p> <p>Los criterios de selección de las revistas, además de la factibilidad, fueron:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Vinculadas a la publicación científica de enfermería. · Acceso a través de Internet. · Español, inglés o francés como idioma principal de edición. · Acceso virtual a artículos originales completos. <p>Las revistas seleccionadas a partir de los criterios fueron:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Revista Cubana de Enfermería 2. Revista Iberoamericana de Investigación. Ciencia y Enfermería. 3. Revista Investigación y Educación en Enfermería. Colombia 4. Revista de enfermería del Instituto mexicano del seguro social. 5. Revista de enfermería. Escola Anna Nery. Brasil. 6. Canadian Journal of nursing research.

7. Reveu recherche in soins infirmieres. Revista oficial de la Asociación Francesa de enfermeros investigadores.
8. International Nursing Review. Revista oficial Concilio Internacional de Enfermería.
9. Journal of Nursing Scholarship. Revista oficial de Sitma Theta Tau

Se consideraron como artículos de investigación aquellos publicados en el periodo estudiado que describían la identificación de un problema, formulación de objetivos, diseño metodológico, análisis y discusión de resultados y conclusiones. Solo se excluyeron del análisis los editoriales, las cartas al editor y los artículos de revisión dado que el objetivo era identificar el desarrollo de investigaciones propiamente dichas.

Una vez identificados los artículos provenientes de investigaciones se seleccionaron aquellos que mostraban la realización de investigaciones en sistemas y servicios de salud. Se clasificaron como de ISSS aquellos que describían estudios relacionados con líneas de investigación del Programa Ramal nacional de este tipo de investigación.¹¹ Se decidió considerar estas líneas por estar en consonancia con las descritas por la Alianza internacional para la este tipo de Investigación.

El análisis para la clasificación se realizó a partir de tres niveles de profundidad. En el primero se analizaba el título. Si este no mostraba clara evidencia de ser una ISSS se procedía al segundo nivel relacionado con la lectura del resumen. En caso de continuar la inespecificidad del estudio se procedía al tercer nivel referido a la lectura completa del artículo.

	<p>Una vez revisados e identificados como ISSS se realizó la ubicación en las áreas temáticas por parte de la investigadora principal y en casos de mayor complejidad en forma cruzada por dos investigadores. Las áreas se corresponden con las líneas de investigación consideradas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Métodos para análisis de la Situación de Salud. 2. Situación de Salud. Tendencias, políticas y estrategias. 3. Costos de la atención de enfermería 4. Organización, estructura y funciones del sistema, instituciones y servicios de salud. 5. Evaluación de tecnologías. 6. Accesibilidad y equidad de los servicios de enfermería. 7. Participación social, comunitaria e intersectorialidad. 8. Calidad de los servicios de enfermería. 9. Satisfacción de la población con la atención de enfermería. 10. Satisfacción laboral de los profesionales de enfermería. 11. Gestión de Recursos humanos de enfermería. <p>La recogida de los datos se realizó en tablas y se utilizó el porcentaje como medida de resumen para su análisis.</p>
Resultados	<p>Se identificaron 2081 artículos con resultados de investigaciones realizadas por enfermeros.</p> <p>De los artículos publicados 185, que constituyen el 8,9% del total, describen el abordaje de Investigaciones en Sistemas y servicios de salud. La revista que porcentualmente publicó mayor número de artículos fue la Journal of Nursing</p>

	<p>Scholarship con el 23,7 % del total de artículos dedicados a estudios de ISSS.</p> <p>En el análisis individual de las Revistas se identificó que la Iberoamericana de Investigación. Ciencia y Enfermería fue la que dedicó el que mayor número de artículos a resultados de Investigaciones en Sistemas y servicios de salud, con el 17 % de sus artículos.</p> <p>De manera general y como muestran los resultados, este tipo de investigaciones es poco abordada por los enfermeros debido a múltiples razones: La imprecisión de sus límites, el papel que tienen las teorías que sustentan el ejercicio de la profesión, la juventud de la ciencia de la enfermería y la no visualización de su utilidad por parte de los enfermeros.</p> <p>Las temáticas más abordadas son la evaluación de la calidad en 49 artículos (26%) seguida de los estudios de la satisfacción de la población, con 29 (15,6%) y satisfacción laboral del personal de enfermería en 20 (10,8%). No se identificó ningún estudio que abordara los métodos para el análisis de la situación de salud.</p>
Discusión	<p>Los resultados encontrados guardan relación con la esencia de la profesión, el cuidado, y su fundamentación. Según Alarcón, investigadora colombiana, los artículos de investigación pueden ser considerados como indicadores de la producción de una Ciencia, por ejemplo; la problematización y objetivos manifiestan el proceso de transformación de un fenómeno de la realidad en uno científico, cuyas interacciones develan la complejidad y límites que le otorga el investigador al fenómeno bajo estudio. La elección de sujetos y unidades de análisis demuestran quienes constituyen el objeto de preocupación de una disciplina. Finalmente los métodos y diseños develan fundamentalmente los paradigmas y la estrategia a través de la cual</p>

	<p>la Ciencia construye su conocimiento.</p> <p>Esta investigadora identificó además, que los tres grandes temas en los que se agrupan las investigaciones que hacen los enfermeros son en primer lugar, conocer al paciente, sus percepciones, creencias, conocimientos y valores lo cual es consecuente con la opción disciplinar de brindar cuidados adecuados y pertinentes al contexto social y cultural en los que estos se desenvuelven. Segundo, los estudios de prevalencia e incidencia de diversos problemas de salud que dan cuenta del estado sanitario de la población, el tercero, los estudios de valoración de las competencias del profesional de enfermería.</p> <p>A su vez primacía de los estudios vinculados a la práctica del cuidado también fue identificada por investigadores como Ergul, profesor del Instituto de enfermería de Turquía, en estudio realizado en el año 2010. Los resultados mostraron las características de las publicaciones de seis revistas de enfermería en las que identificaron estas particularidades.</p>
Análisis Personal	<p>El artículo es de relevante importancia en la medida que muestra diferentes enfoques en cuanto a lo que se ha publicado en diferentes revistas sobre seguridad del paciente.</p> <p>Recoge diferentes aspectos que dan claridad en cuanto a lo que se requiere y se debe implementar como medidas de análisis para obtener el conocimiento claro sobre la seguridad del paciente, es decir, nos relaciona diferentes aspectos que son demasiado importantes al momento de enfrentarse a la seguridad de diferentes pacientes en los centros hospitalarios.</p>

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE MANIZALES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN ADMINISTRACIÓN EN SALUD**

**GESTION DE LA SEGURIDAD DE LA ATENCION AL PACIENTE
SEGUNDO PERIODO 2013**

MATRIZ PARA ANÁLISIS DE ARTÍCULOS No. 30

Título	La evaluación del cuidado de enfermería: un compromiso disciplinar
Autor y Año	Lucía Gaviria Noreña, Junio de 2009
Ubicación del artículo (base datos)	Scielo.org.co/scielo Colombia
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Gaviria Noreña Dora Lucía. La evaluation del Cuidado de Enfermería: un Compromiso disciplinar. Invest. educ. enferm [revista en la Internet]. 2009 Mar [citado el 16 de septiembre 2013]; 27 (1): 24-33. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072009000100002&lng=en . .
Objetivo del artículo	El objetivo del articulo es responder qué postulados conceptuales y prácticos existen alrededor de la evaluación del cuidado de enfermería y cuáles métodos y/o estudios evidencian la evaluación del cuidado de enfermería, en el escenario de la práctica docente, como oportunidad para crear y recrear las formas de cuidar en enfermería.

Palabras Clave	Evaluación en enfermería, enfermería, investigación en enfermería.
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	<p>a reflexión sobre la práctica favorece el desarrollo de habilidades y competencias para brindar un cuidado humanístico y de calidad; el conocimiento integrado en la práctica del oficio de la enfermera proporciona la adquisición de habilidades y experticia frente a las funciones del cuidado, a la gerencia eficaz, a la investigación y a una práctica basada en la excelencia y en la ética reflexiva.</p> <p>La evaluación del cuidado de enfermería es un compromiso ético y disciplinar, que se instaura en el principio de la calidad de la práctica profesional, así lo expresa la Ley colombiana 266 de 1996, como la forma de orientar una ayuda efectiva y eficiente a la persona, a la familia y a la comunidad, orientada en valores y en estándares técnico científicos. Así mismo, la Ley 911 de 2004 plantea como responsabilidad profesional realizar permanentemente la valoración ética del cuidado mediante la reflexión de los medios y del contexto, así como la participación de otros actores en las situaciones cotidianas de la práctica para garantizar resultados positivos en pro del cuidado de la salud y de la vida.</p> <p>En primer lugar, se expondrá cómo en la actualidad la prestación del cuidado de enfermería se brinda en un contexto de incertidumbre y complejidad enmarcado por los aspectos políticos, económicos y sociales que afectan la organización de los servicios de salud. Como expresa Medina “el cuidado de enfermería se halla, en el contexto de la asistencia a la salud, subsumido y disuelto dentro del saber biomédico”. Su evaluación se ha centrado más en indicadores de eficiencia y de eficacia de los servicios de salud, desde la mirada de la especialización médica, como porcentajes de cumplimiento a metas programadas: partos, cirugías consultas, coberturas y costos.</p>

	<p>También, se constata cómo el cuidado de enfermería requiere de lineamientos estructurales y de procesos para garantizar su calidad, así como del esfuerzo disciplinar que se debe liderar en el establecimiento de mecanismos de evaluación permanentes para cumplir con el compromiso ético y social que el acto de cuidado requiere.</p> <p>En la segunda parte se presenta una revisión teórica frente a la naturaleza del cuidado y un enfoque metodológico para evaluarlo desde la estructura, el proceso y los resultados; es una propuesta para la aplicación de la teoría disciplinar en la realidad de los servicios de salud, en donde los profesionales de enfermería se enfrentan día a día en la búsqueda de un cuidado con calidad científica y humana.</p>
Muestra	<p>La evaluación en enfermería surge con Florence Nightingale, alrededor de 1850, con el seguimiento de la mortalidad en los hospitales británicos y la implementación de condiciones higiénicas que en seis meses disminuyó la mortalidad de un 40% a un 2%.</p>
Intervención y proceso medición	<p>La Organización Mundial de la Salud, declara los servicios de enfermería y partería como los pilares fundamentales de la prestación de la atención de salud y afirma que cuando se utilizan al máximo las competencias de las enfermeras y las parteras, se reducen los costos y se mejora la calidad de la atención en diversos contextos.</p> <p>Donabedian, asegura que todo intento de evaluación debe estar orientado hacia la observación y la comprensión de la calidad; hace especial énfasis en la importancia de entender con más profundidad la naturaleza del intercambio interpersonal entre el</p>

paciente y el personal de salud; aprender a identificar y a cuantificar las cualidades de este intercambio, y determinar de qué modo éstas contribuyen a la salud y al bienestar de los pacientes.

En el contexto del Sistema General de Seguridad Social en Colombia, la implementación del sistema de garantía de la calidad se inicia alrededor de 1996 con el decreto 2174, posteriormente, con el 2309 del 2002 y actualmente con el 1011 de abril del 2006. En toda la normatividad se enfatiza la evaluación como aspecto esencial de la calidad, y la evidencia empírica, a través de los indicadores para establecer los planes de mejoramiento continuo que lleven a una acreditación de los servicios de salud del más alto nivel en pro de la seguridad del paciente, la familia y la comunidad en general.

El Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud –SOGCS-, establecido en el decreto 1011 de 2006, se define como el conjunto de acciones, normas y procedimientos que buscan mejorar los resultados de la atención en salud, centrados en el usuario mediante el cumplimiento de las características de accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad.

El SOGCS establece cuatro componentes indispensables para alcanzar la calidad en los servicios de salud, que en su esencia conceptual y práctica son mecanismos de evaluación: el Sistema Único de Habilitación, la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad, el Sistema Único de Acreditación y el Sistema de Información.

Este es un escenario que posibilita legitimar la disciplina de enfermería, que requiere la búsqueda de evidencia científica para incorporarla en el acto del cuidado.

Discusión

Evaluar el proceso del cuidado desde el enfoque sistémico incluye la valoración de la actuación técnica, incluye la valoración de los conocimientos y juicios que llevaron a realizar las acciones de cuidado y de la destreza para ejecutar dichas acciones, la valoración de la relación interpersonal como dimensión vital para lograr los objetivos. La discreción, la intimidad, la elección informada del cuidado, la empatía, la honestidad, el tacto y la sensibilidad constituyen, entre otras, las virtudes de la relación interpersonal que se debe evaluar.

La práctica de enfermería, une el qué del cuidado y el cómo de la interrelación enfermera paciente. Es en este acto de cuidar donde se recurre a diversos procesos como la reflexión, la integración de valores y creencias, el análisis crítico, la aplicación de conocimientos, el juicio clínico y la intuición.

El desarrollo profesional de la enfermería ha pasado de las tareas y procedimientos técnicos que la caracterizaron como ocupación, a la construcción de un cuerpo disciplinar y a la elección de un método de trabajo: el proceso de atención de enfermería, PAE, como estrategia que no sólo apoya los procesos pedagógicos para el entrenamiento clínico, sino que también orienta la organización del trabajo enfermero. Se basa en la valoración (41) que los profesionales hacen en función de las necesidades de los pacientes, de la habilidad con que llevan a cabo sus acciones y de las características de la acción en sí. Proporciona información acerca de la competencia de los profesionales, de sus vivencias y de los recursos que movilizan para el cuidado.

El cuidado genera una relación intersubjetiva ya que influye en quien da y en quien recibe la acción de cuidar, en el por qué y para qué del cuidado, en el dónde y cuándo

	<p>se cuida, y en el cómo y con qué se cuida. La evaluación del proceso se relaciona con el desarrollo de mecanismos para conocer las percepciones y significados del sujeto del cuidado que conlleven a la reorganización de los servicios de enfermería, centrados en el paciente. La conformación de equipos de reflexión en enfermería, frente a los valores, a los principios y a los conceptos inherentes del cuidado garantiza una excelente práctica.</p>
Análisis Personal	<p>El análisis de la disciplina en el cuidado del paciente es el enfoque principal para el desarrollo de este artículo, el cual logra analizar de manera estructurada como el proceso de atención en enfermería debe estar caracterizado por la función del paciente como elemento principal del desarrollo de la enfermería como disciplina.</p> <p>Estamos hablando de una relación directa entre paciente y enfermero, quien en el proceso de desarrollar los mecanismos apropiados para la elaboración de sus actividades debe analizar de manera importante diferentes aspectos tales como son los problemas, intervenciones, y resultados de las acciones que se realizan en el área encargada para el desarrollo de sus funciones.</p>

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE MANIZALES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN ADMINISTRACIÓN EN SALUD**

**GESTION DE LA SEGURIDAD DE LA ATENCION AL PACIENTE
SEGUNDO PERIODO 2013**

MATRIZ PARA ANÁLISIS DE ARTÍCULOS No. 31

Título	Evidencia para mitigar errores en la práctica clínica y sanitaria
Autor y Año	Marcela A. Codermatz, Carolina Trillo, Graciela Berenstein, Zulma Ortiz, Octubre de 2006
Ubicación del artículo (base datos)	Scielo.org.co/scielo Argentina
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	CODERMATZ, Marcela A.; TRILLO, Carolina; BERENSTEIN, Graciela y ORTIZ, Zulma.Evidencia para mitigar errores en la práctica clínica y sanitaria: Una revisión de la literatura científica Argentina. Medicina (B. Aires) [online]. 2006, vol.66, n.5 [citado 2013-09-16], pp. 427-432. Disponible en: < http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802006000500007&lng=es&nrm=iso >. ISSN 1669-9106.
Objetivo del artículo	

	<p>Este artículo nos permitirá analizar estrategias de vigilancia que permitan mitigar y prevenir los errores que se producen durante la atención del paciente, se realizó una revisión con el objetivo de analizar las investigaciones realizadas en la Argentina sobre los sistemas de vigilancia, para detectar errores en la práctica médica.</p>
<p>Palabras Clave</p>	<p>Vigilancia epidemiológica, errores médicos, errores de medicación, errores diagnósticos, eventos adversos, revisión sistemática.</p>
<p>Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)</p>	<p>En las últimas décadas la vigilancia de la salud pública extendió su objeto de estudio hacia el desarrollo de estrategias que mejoren la seguridad del paciente a través de la notificación de los errores en medicina. El objetivo fue analizar las investigaciones publicadas en la Argentina acerca de sistemas diseñados para la vigilancia de los errores en el proceso de atención de los pacientes. Se realizaron búsquedas electrónicas y una búsqueda manual de literatura. Se revisaron 4656 resúmenes, 150 de MEDLINE, 145 de LILACS (Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud) y 4361 de búsqueda manual. De ellos 52 estudios fueron incluidos y 8 calificados como relevantes para la vigilancia del error. Los hallazgos mostraron que el enfoque del error en medicina y en particular su notificación es escasa y no está sistematizada. Una explicación probable sería el temor de los profesionales por la potencial demanda. La sistematización de la literatura científica es necesaria para acceder de manera eficiente al estado del conocimiento sobre el tema y la definición de prioridades en investigación.</p>

Muestra	<p>Se realizaron búsquedas en MEDLINE, desde el 1° de enero de 2001 al 31 de diciembre de 2003, y LILACS sin límite temporal. Ambas búsquedas se hicieron en enero de 2004. Para la búsqueda en la bases de datos Lilacs se utilizó en el descriptor de asunto, palabras del resumen y texto libre, el término "errores médicos", definido en esta base como: equivocaciones cometidas por profesionales de la salud que traen por resultados daños al paciente.</p>
Intervención y proceso medición	<p>Los artículos fueron seleccionados y evaluados de manera independiente por tres revisores (MC, CT, GB). Los desacuerdos fueron resueltos por consenso. La calidad de los estudios fue evaluada de acuerdo con dos criterios: apropiabilidad, si el artículo era inherente a la vigilancia del error, y aplica-bilidad, si el artículo describía al menos uno de los atributos siguientes de un sistema de vigilancia: simplicidad, sensibilidad, flexibilidad, aceptabilidad, valor predictivo positivo, demora y representatividad⁴. El tipo de diseño se utilizó para clasificar el tipo de evidencia.</p>
Resultados	<p>Se analizaron en total 52 publicaciones. De los 150 artículos identificados en la búsqueda realizada en MEDLINE, ninguno pudo ser incluido por no tratarse de publicaciones realizadas en la Argentina. En LILACS se identificaron 145 artículos de los cuales 78 fueron seleccionados.</p> <p>De los 31 artículos publicados de la Argentina, 25 se incluyeron en el análisis por estar</p>

en texto completo. De un total de 4361 resúmenes revisados en la búsqueda manual, 404 fueron seleccionados en primera instancia por contener alguna de las palabras clave y 27 estudios texto completo fueron incluidos en el análisis.

El 50% de los artículos incluidos que trataban la problemática del error en la Argentina fueron recuperados de LILACS y el otro 50% de la búsqueda manual.

La búsqueda manual realizada en algunas sociedades científicas permitió identificar 2742 artículos publicados por la Sociedad Argentina de Pediatría que resultaron elegibles; 97 cumplieron los criterios de selección y 8 fueron analizados. Los tópicos más desarrollados fueron fármaco vigilancia, sobre todo de vacunas y las estrategias propuestas por el Fondo de las Naciones Unidas para la infancia (UNICEF) para mejorar la calidad de los servicios de salud y así disminuir las muertes infantiles evitables. De un total de 189 artículos elegibles publicados por la Sociedad Argentina de Cirugía se seleccionaron 102 y 14 fueron incluidos en el análisis. La mayoría analizaron aspectos de la calidad de atención.

También varios artículos describieron el error en el proceso de la atención quirúrgica y sus connotaciones jurídicas³⁷⁻⁴⁵. De un total de 227 artículos elegibles publicados por la Sociedad Argentina de Anestesia, Analgesia y Reanimación, 58 fueron seleccionados y se incluyeron 5 en el análisis. Los aspectos abordados fueron los del aprendizaje y entrenamiento en la práctica anestésica, como el concepto del error y seguridad en el paciente en la anestesia obstétrica. De 121 artículos elegibles publicados por la Asociación Médica Argentina, se seleccionaron 26 y uno que revisa reglamentos de prescripción para evitar o minimizar errores se incluyó en el análisis. De 44 artículos elegibles publicados por la Sociedad Argentina de Calidad en Atención

	<p>de la Salud, se incluyó uno que destaca el rol de enfermería para favorecer la seguridad de los pacientes.</p> <p>De 597 artículos elegibles de la Sociedad Argentina de Gastroenterología y Endoscopia Digestiva, se seleccionaron 108 y ninguno cumplió los criterios de inclusión.</p> <p>De 244 artículos elegibles de la Sociedad de Medicina Interna Buenos Aires se seleccionaron 13, ninguno fue incluido en el análisis. De 197 artículos elegibles de la Sociedad Argentina de Terapia Intensiva, ninguno fue seleccionado.</p>
Discusión	<p>Los estudios sobre error y seguridad del paciente publicados en Argentina durante los últimos 15 años, en particular los artículos que abordaron aspectos de vigilancia del error, no pudieron ser clasificados dentro de un diseño epidemiológico claro y muy pocos fueron relevantes según los criterios de aplicabilidad y apropiabilidad utilizados en este estudio. Las especialidades de pediatría, cirugía y anestesiología, junto con los tópicos legales asociados a las mismas, fueron las que más publicaron sobre el tema. Esto coincide con lo observado en la literatura mundial. Otra observación es el aumento de las investigaciones sobre el tema en los últimos 3 años, tal vez asociado con la evolución creciente que tiene en las publicaciones a nivel internacional.</p> <p>Los estudios prospectivos estuvieron orientados al análisis del tipo de errores que ocurren en la práctica asistencial. Slullitel, con un seguimiento de 97 casos de colgajos libres vascularizados sobre un total de 110 realizados en 8 años describió una clasificación de errores.</p>

	<p>Fiscella y col, en un análisis prospectivo para detectar complicaciones graves y fatales de los procedimientos anestésicos, en 20.840 intervenciones quirúrgicas realizadas entre 1980 y 1990 detectaron sesenta y cinco complicaciones a través del registro sistemático.</p>
Análisis Personal	<p>En Colombia específicamente podríamos decir que es usual los errores en las prácticas sanitarias en los centros hospitalarios, y aunque las perspectivas sobre análisis de la calidad en la prestación de los servicios médicos en cuanto a seguridad del paciente se refiere, son importantes puesto que ya nos encontramos frente al hecho de que los mismos sistemas de salud, han encontrado relevante importancia en lo que se refiere al análisis de diferentes políticas, estadísticas, revistas, análisis, y textos que indican que la seguridad del paciente debe ser específicamente estructurada para mitigar la cantidad del error en la prestación del servicio médico.</p> <p>Es esto fundamental si se quiere empezar a controlar de manera directa las estadísticas que en muchos aspectos nos muestran como incipientes en procedimientos y métodos que generen confianza en las instituciones hospitalarias.</p>

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE MANIZALES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN ADMINISTRACIÓN EN SALUD**

**GESTION DE LA SEGURIDAD DE LA ATENCION AL PACIENTE
SEGUNDO PERIODO 2013**

MATRIZ PARA ANÁLISIS DE ARTÍCULOS No. 32

Título	La calidad y la seguridad de la medicina intensiva en España. Algo más que palabras
Autor y Año	M.C. Martín Delgado y F. Gordo-Vidal, 2011
Ubicación del artículo (base datos)	SciELO Public Health – España
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Martín Delgado M.C., Gordo-Vidal F.. La calidad y la seguridad de la medicina intensiva en España: Algo más que palabras. Med. Intensiva [revista en la Internet]. 2011 Mayo [citado 2013 Nov 17] ; 35(4): 201-205. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-56912011000400001&lng=es .
Objetivo del artículo	Analizar la atención de la medicina intensiva, en cuanto a la atención a los enfermos críticos y el ofrecimiento de una asistencia sanitaria ajustada a sus necesidades, de calidad y de la manera más segura posible

Palabras Clave	Medicina intensiva, enfermos críticos, calidad asistencial,
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	<p>La calidad asistencial puede definirse como «el grado en que los servicios prestados a un individuo y a la población aumentan la probabilidad de obtener resultados de salud deseables y coherentes con el conocimiento actual de los profesionales»</p> <p>Aunque el objetivo final de la medicina es cubrir las necesidades médicas del enfermo, debe considerar, a la vez, las expectativas de la familia y de sus allegados, de los profesionales, de las instituciones y de la sociedad en general.</p> <p>Desde hace algo más de 30 años la medicina intensiva en España es una especialidad que ha permitido mejorar la atención del enfermo crítico. Desde hace algo más de 30 años la medicina intensiva en España es una especialidad que ha permitido mejorar la atención del enfermo crítico. Ello ha llevado, sin lugar a dudas, a mejorar la efectividad de la medicina actual, cobrándose como precio hacerla también menos segura y más peligrosa.</p>
Muestra	A la luz de los resultados de una primera encuesta publicada recientemente, sobre una medida del contexto, la cultura de seguridad en nuestras unidades es todavía insuficiente pero existen fortalezas que pueden favorecer la puesta en marcha de iniciativas que potencien la comunicación segura de información y la comunicación y el análisis de problemas de seguridad.
Intervención y proceso medición	Hasta hace poco tiempo los sistemas sanitarios no se han centrado en la medida de la calidad. En muchas ocasiones, no se dispone de información fiable que permita evaluar un proceso y en el caso de que exista, no siempre está accesible para los gestores y mucho menos para los profesionales. Ello hace que sea difícil monitorizar de forma efectiva la calidad y la seguridad, responder a la pregunta

	<p>«¿con qué frecuencia los pacientes reciben los cuidados adecuados?»</p> <p>Uno de los problemas principales de la medicina actual es el desajuste existente entre lo que la evidencia científica de alta calidad establece como indicado y su aplicación real en la práctica clínica. En Estados Unidos, un estudio ya clásico demostró que los pacientes recibían sólo el 50% de los cuidados médicos indicados. Parece que estemos más preocupados y motivados por disponer de nuevas evidencias que de incorporarlas después al quehacer diario. Así sólo el 14% de los nuevos descubrimientos científicos se convierten en prácticas clínicas sistemáticas y para ello se requiere un promedio de 17 años. La traslación del conocimiento pretende, a través de diferentes metodologías, disminuir este tipo de errores por omisión, facilitando a los profesionales herramientas que ayuden a la aplicación clínica de la evidencia científica. Un ejemplo de ello sería el estudio Edusepsis, liderado por la SEMICYUC, el cual, a través de un programa educativo y de trabajo en equipo, ha conseguido implantar las guías de la campaña «Sobrevivir a la sepsis», mejorando no sólo la adherencia de las medidas recomendadas, sino la mortalidad de estos pacientes</p>
<p>Resultados</p>	<p>En medicina intensiva existen importantes antecedentes de cómo estos sistemas de registro han permitido disponer de información válida y precisa para analizar datos epidemiológicos referentes a determinadas poblaciones de pacientes. Por otro lado, constituyen una herramienta para la mejora de la calidad al permitir evaluar y comparar tanto la calidad de los procesos en una institución a lo largo del tiempo como entre diferentes hospitales. Así, registros como el ENVIN (Estudio Nacional de Vigilancia de Infección Nosocomial en Servicios de Medicina Intensiva) y el ARIAM, con un ya largo recorrido, se han integrado como parte de la actividad en muchas UCI de nuestro país. Otra iniciativa más reciente, como el</p>

	<p>registro de gripe A de la SEMICYUC, ha permitido disponer de información actualizada sobre una enfermedad emergente con repercusiones clínicas desconocidas y adaptar los recursos a las necesidades de cada momento. En el año 2010, se ha puesto en marcha una plataforma de registros SEMICYUC que permitirá disponer de información sobre la calidad de diferentes procesos asistenciales, asegurando el cumplimiento de los requisitos éticos y legales de un sistema de registro. En la actualidad ya se han incorporado los registros ARIAM y RECCMI (Registro Español de Cirugía Cardíaca) y se tiene previsto incorporar de forma progresiva otros como el de la muerte encefálica, la parada cardíaca o la hipotermia terapéutica en la parada cardíaca.</p>
<p>Discusión</p>	<p>La calidad asistencial ha ido paulatinamente situándose en el centro angular de la atención sanitaria, alcanzando en los últimos años un mayor protagonismo la seguridad del paciente como una de las dimensiones clave de la calidad.</p> <p>En el caso de la medicina intensiva, este interés es todavía más evidente, no sólo por su impacto social y económico, sino porque algunas de las dimensiones de la calidad cobran en el enfermo crítico un significado más intenso.</p>
<p>Análisis Personal</p>	<p>La medicina intensiva, como parte integral del proceso de prestación de servicios médicos a los usuarios, y teniendo en cuenta la necesidad de realizar procesos que sean completamente seguros para los pacientes, debería estar por encima de los estándares de seguridad del paciente.</p> <p>Pues claramente la medicina intensiva, se encuentra en una categoría de dificultad a los servicios que se puedan prestar normalmente en una unidad hospitalaria, y de la</p>

calidad de los mismos depende necesariamente la vida de un paciente.

Por tal motivo la seguridad del paciente en los servicios de medicina intensiva, nos parece un tema de vital análisis e importancia, e incluso podría ampliarse mucho más el rango de investigación en cuanto al análisis de la seguridad en las UCI no sólo en Colombia, sino en el mundo entero.

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE MANIZALES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN ADMINISTRACIÓN EN SALUD**

**GESTION DE LA SEGURIDAD DE LA ATENCION AL PACIENTE
SEGUNDO PERIODO 2013**

MATRIZ PARA ANÁLISIS DE ARTÍCULOS No. 33

Título	Influencia del desarrollo de la personalidad profesional durante la carrera de Enfermería en la seguridad del paciente
Autor y Año	Alain Agramonte del Sol; Reinel Farres Vázquez, 2011
Ubicación del artículo (base datos)	Mi SciELO – Cuba
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Agramonte del Sol Alain, Farres Vázquez Reinel. Influencia del desarrollo de la personalidad profesional durante la carrera de Enfermería en la seguridad del paciente. Rev Cubana Enfermer [revista en la Internet]. 2011 Mar [citado 2013 Nov 17]; 27(1): 8-15. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192011000100003&lng=es .
Objetivo del artículo	Valorar la influencia del desarrollo de la personalidad profesional en la carrera Enfermería en la seguridad del paciente. Esta valoración, a partir del procedimiento inductivo-deductivo, el análisis y la síntesis, consideró la importancia de esta

	<p>estrategia curricular para garantizar la formación integral de los estudiantes y su repercusión en la calidad de la atención</p>
Palabras Clave	<p>Estrategia curricular, personalidad profesional, seguridad del paciente, evento adverso, ética, proceso docente, Enfermería.</p>
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	<p>La compleja y abnegada labor de formar a un profesional de alto nivel dotado de un sólido sistema de conocimientos y de habilidades para poder desempeñarse con elevada calidad y eficiencia en la promoción, prevención, diagnóstico, curación y rehabilitación de personas azotadas por enfermedades, requiere de un profesional docente preparado en el campo de la Enfermería y que simultáneamente posea las competencias profesionales necesarias y suficientes para ejercer de docente.</p> <p>Las estrategias curriculares en una carrera constituyen una forma particular de desarrollar el proceso de enseñanza-aprendizaje con una direccionalidad altamente coordinada que responda al perfil de salida de la profesión en la que se imbrican de manera creciente los contenidos y los diversos métodos teóricos y prácticos de las unidades curriculares del plan de estudio que intervenga en ella.</p>
Muestra	<p>Realización de una investigación documental que incluyó diversos textos, artículos y folletos relacionados a la estrategia curricular como forma particular de desarrollar el proceso docente, eventos adversos, seguridad del paciente y calidad en la atención. Se consultó a expertos de la Pedagogía, Enfermería, del área docente, asistencial; así como de la Administración en Salud, acción que enriqueció los criterios que sustentaron nuestro propósito.</p> <p>Se revisaron 70 trabajos, entre ellos algunos clásicos de la temática y otros</p>

	actualizados.
Intervención y proceso medición	<p>El enfoque integral para la labor educativa en las Universidades se concibió como una estrategia de trabajo dirigida al establecimiento de un sistema de influencias que sirva de marco al desarrollo de la personalidad profesional integral de los estudiantes y futuros profesionales universitarios; está estructurado en tres vertientes o dimensiones: la curricular, la sociopolítica y la extensionista, convergentes en sus objetivos y diversas por las vías y medios que utiliza cada una en función de dichos objetivos; reconociéndose el papel decisivo de la dimensión curricular por el grado de estructuración y coherencia que puede lograrse en el sistema de influencias educativas, ya que tiene su base en el propio perfeccionamiento curricular, como diseño y proceso. Lo que sienta las bases para que se exprese en la carrera la tríada dialéctica que forman las dimensiones instructiva, desarrolladora y educativa del proceso formativo, que es una cualidad esencial de la universidad cubana en el momento en que nos encontramos.</p> <p>Para algunos la calidad significa mérito o excelencia, pero otros piensan que puede tener diversas interpretaciones y por tanto requiere de establecer los requisitos, y otros plantean que es una meta difícil de alcanzar en realidad.</p> <ul style="list-style-type: none"> · Un alto nivel de excelencia profesional. · Uso eficiente de los recursos. · Un mínimo de riesgo para el paciente.

	<ul style="list-style-type: none"> · Un alto grado de satisfacción por parte del paciente. · Impacto final en la salud.
Resultados	<p>Objetivos educativos declarados en el perfil profesional que se relacionan a la estrategia «Desarrollo de la personalidad profesional».</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Aplicar los principios de la ideología marxista-leninista y martiana, mediante la utilización del enfoque materialista dialéctico e histórico y humanista en su proyección ante las situaciones que se le presenten como profesional y ciudadano. 2. Cumplir con su misión social de cuidar la salud de las personas, la familia, y la comunidad mediante un desempeño que ponga de manifiesto su sentido de la responsabilidad, el humanismo, la solidaridad, el patriotismo (incluido el respeto a los héroes y mártires, a los símbolos de la Patria y la disposición de defenderla), el antiimperialismo, el respeto, en particular a los ancianos y personas mayores, la honestidad, la honradez, la modestia, la sencillez, la humildad, la abnegación, el desinterés, el sentido de equidad y el colectivismo, el amor al trabajo, el cuidado de la propiedad social y de la naturaleza, entre otros valores que deben caracterizar su personalidad profesional y ciudadana, en beneficio de la calidad y excelencia de los servicios de salud y de los intereses de la Patria Socialista. 3. Contribuir al desarrollo de la profesión y al mejoramiento continuo de la calidad de los servicios de salud mediante la aplicación de la metodología científica correspondiente a las diversas funciones que asume en el desempeño de su profesión. 4. Actuar de forma independiente y creadora, dentro del marco de sus competencias, en correspondencia con un pensamiento lógico y crítico al enfrentar las exigencias que le impone el desarrollo científico-técnico, particularmente en el campo de la

enfermería.

5. Participar en su formación física, ética, bioética, estética, científica y profesional, y contribuir a la formación de otros a través de la búsqueda activa y continua de desarrollo en esas dimensiones de su yo personal y profesional.

Premisas para el desarrollo de la estrategia «Desarrollo de la personalidad profesional».

1. La importancia de que los servicios de salud cuenten con las condiciones requeridas para que en ellos se pueda generar un ambiente de profesionalidad, caracterizado por el elevado nivel científico, orden, respeto, disciplina, ética, observancia de las disposiciones legales que rigen la actividad profesional.

2. La necesidad de que todas las personas que trabajan en los servicios de salud, cualquiera que sea su función, tengan un compromiso consciente con la formación integral de los estudiantes, materializado en el ejemplo personal que brindan en el desempeño cotidiano de sus responsabilidades laborales. De especial importancia es la figura del profesor de la disciplina Enfermería y en particular del tutor, ya que esa disciplina ocupa el 45 % del tiempo total asignado a las clases en la carrera, mientras que la educación en el trabajo, que es su forma organizativa docente principal, representa el 65 % del fondo de tiempo total de la carrera.

3. La necesidad de que el proceso formativo se lleve a cabo de manera tal que desarrolle en los estudiantes de forma gradualmente creciente un elevado sentido de la responsabilidad personal sobre todas sus acciones y de compromiso social, como base para el desarrollo de un adecuado sistema de valores.

4. La importancia de que dentro del proceso formativo el estudiante reafirme su

	<p>vocación profesional, desarrolle sus motivaciones y adquiera conciencia de su protagonismo en el desarrollo socioeconómico del país.</p> <p>5. Que cada asignatura desde su propio contenido, sea capaz de identificar sus potencialidades educativas e incorporarlas al proceso de formación y que, al mismo tiempo, los aspectos educativos adquieran mayor relevancia en las decisiones profesoras acerca de la evaluación del aprendizaje, sobre la base de que los contenidos abarcan los conocimientos, habilidades y valores.</p> <p>6. De especial importancia para lo expresado en el epígrafe anterior es la Enfermería, que en su condición de disciplina principal integradora asume toda la educación en el trabajo, la que es el marco en el que se expresan cotidianamente las cualidades que realmente posee y va desarrollando un estudiante. La observación y valoración día a día de esa conducta tiene un valor insustituible y una fortaleza indiscutible si se utiliza para orientar y reorientar las acciones educativas personalizadas, especialmente las que reclamen la responsabilidad y el protagonismo de los estudiantes en su desarrollo personal. Además, es un medio idóneo para la evaluación integral de los estudiantes, en contraposición con indicadores de corte conductista que tradicionalmente se han empleado con ese fin.</p> <p>7. Que en las diferentes actividades del proyecto educativo diseñadas para realizar el análisis de la marcha del proceso formativo se cuente con la participación de las personas encargadas de tomar decisiones en las instituciones docente-asistenciales que constituyen el marco o soporte de dicho proceso.</p>
Discusión	<p>El desarrollo de la personalidad profesional como estrategia curricular principal de la formación de enfermeros profesionales en nuestro país, con una direccionalidad altamente coordinada en el proceso docente que responda al perfil de salida, influye en egresar a un enfermero formado en el ámbito moral, relacional, en el desarrollo de valores y la ética en su práctica profesional. Aspectos que se materializan en buenas</p>

	<p>prácticas, seguras y responsables en su campo de actuación. El principio en el que se sustenta esta estrategia es la responsabilidad de colectivo pedagógico y demás agentes educativos de los escenarios docente-asistenciales en la formación de la personalidad profesional de los jóvenes estudiantes, así como la responsabilidad que tienen los estudiantes con su propia formación. Se le confiere a la Enfermería como disciplina principal integradora el liderazgo dentro de esta estrategia. Este recurso pedagógico exige coordinar y articular el trabajo de las diferentes estructuras metodológicas, velando por la continuidad, concatenación y carácter sistémico de las influencias que se proyectan sobre los estudiantes.</p>
Análisis Personal	<p>El desarrollo profesional del personal médico, para este caso específicamente la enfermería, tiene relevante importancia en el desarrollo de la seguridad del paciente en los centros de atención médica.</p> <p>La enfermería como elemento fundamental en el cuidado del paciente en todos los ámbitos, debe ser estructurado en el aspecto clave de la seguridad, pues necesariamente la implementación de procesos que permitan estandarizar la profesión, que permitan llevar a cabo actividades rutinarias y preestablecidas desde el conocimiento y el carácter de los estudiantes de enfermería.</p> <p>Es clave que la caracterización de los estudiantes de enfermería se convierta en un elemento de valor al momento de realizar actividades en pro de la misma seguridad del paciente.</p>

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE MANIZALES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN ADMINISTRACIÓN EN SALUD**

**GESTION DE LA SEGURIDAD DE LA ATENCION AL PACIENTE
SEGUNDO PERIODO 2013**

MATRIZ PARA ANÁLISIS DE ARTÍCULOS No. 34

Título	Implicaciones del proceso de acreditación para los pacientes desde la perspectiva de los profesionales de enfermería
Autor y Año	Figueiredo Manzo, B.*; Couto Ribeiro, H.C.T.**; Menezes Brito, M.J.***; Alves, M.***; Bauer Feldman, L.****., 2012.
Ubicación del artículo (base datos)	SciELO – Brasil
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Figueiredo Manzo B., Couto Ribeiro H.C.T., Menezes Brito M.J., Alves M., Bauer Feldman L.. Implicaciones del proceso de acreditación para los pacientes desde la perspectiva de los profesionales de enfermería. Enferm. glob. [Revista en la Internet]. 2012 Ene [citado 2013 Nov 17]; 11(25): 262-271. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412012000100016&lng=es . http://dx.doi.org/10.4321/S1695-61412012000100016..
Objetivo del artículo	el objetivo del presente estudio consiste en comprender las implicaciones del proceso

	de acreditación a los pacientes bajo la perspectiva de profesionales de enfermería
Palabras Clave	Enfermería; calidad de la asistencia a la salud; acreditación.
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	<p>La preocupación por la calidad de la prestación de cuidados a los pacientes, presente en la salud desde Florence Nightingale en 1954 en la Guerra da Crimea, se hace más intensa y valorizada a partir del siglo XX, debido a la economía globalizada, intensa competitividad de mercado, continuo incremento tecnológico, entre otros factores.</p> <p>Con el objetivo de cooperar en la superación de estos desafíos Avedis Donabedian planteó interesantes consideraciones con respecto a modelos de calidad y su aplicabilidad en el área de salud. En este sentido, describió siete atributos clave: eficacia, lograr mejores resultados en la asistencia; efectividad, mejora conquistada por el servicio ofrecido con relación a lo ideal; eficiencia, disminución de costos sin perjudicar la calidad; optimización, alternativa para evitar beneficios marginales a costos inaceptables; aceptabilidad, adecuación de la asistencia a las expectativas de sus clientes; legitimidad, validación del servicio por la comunidad y equidad, distribución de salud y beneficios a toda la comunidad, de forma justa.</p> <p>La creación de teorías e instrumentos destinados a la evaluación y mejora de la calidad de la asistencia en salud se hizo, entonces, un fenómeno universal, dejando de ser un mero concepto teórico para ser una realidad cuya esencia es garantizar la supervivencia de las empresas y de los sectores de producción de bienes y servicios entre los cuales están incluidos los hospitales.</p> <p>Las instituciones hospitalarias vienen pasando por diversos cambios, desde su aparición y principalmente en la contemporaneidad. El aumento de gastos financieros resultantes de errores de los profesionales y gestión inadecuada de esas organizaciones, así como los avances de la informática, producción y difusión de conocimiento técnico científico, obligan a dichas instituciones a alcanzar mayores</p>

	niveles de calidad y a buscar estrategias que innoven sus servicios para lograr mantenerse en el mercado.
Muestra	El muestreo de la investigación totalizó 24 profesionales, siendo 15 técnicos de enfermería y 9 enfermeros. Los datos recogidos fueron sometidos a análisis de contenido, buscando alcanzar la interpretación más profunda del fenómeno, además de sobrepasar el alcance meramente descriptivo del contenido manifiesto del mensaje ¹⁴ . En los resultados, las entrevistas fueron numeradas de acuerdo con la secuencia en la que ocurrieron y con la sigla de <i>ENF</i> para profesional enfermero y <i>TE</i> para profesional técnico de enfermería.
Intervención y proceso medición	<p>Se trata de un estudio de caso de abordaje cualitativo. Los estudios cualitativos son aplicables al estudio de la historia, de las relaciones, de las representaciones, de las creencias, de las percepciones y de las opiniones, productos de las interpretaciones que los sujetos sociales realizan al respecto de cómo viven, construyen sus medios, sienten y piensan¹¹. En cuanto al estudio de caso, este se presenta como una estrategia adecuada cuando se trata de cuestiones en las cuales están presentes fenómenos contemporáneos insertos en contextos de la vida real y pueden ser complementados por otras investigaciones de carácter indagatorio y descriptivo. El estudio de caso es utilizado como una estrategia de investigación en los estudios organizacionales y gerenciales, aportando, de forma inigualable, la comprensión de fenómenos complejos, en los niveles individuales, organizacionales, sociales y políticos, permitiendo la preservación de las características significativas de los sucesos de la vida real.</p> <p>El escenario de la investigación fue un hospital privado de mediano porte, ubicado en Belo Horizonte e inaugurado en 2004, con la perspectiva de ser referencia de calidad en atención para todos los hospitales de la red conveniada. La elección de los sujetos de la investigación fue realizada de manera intencional, utilizando como criterio de</p>

	<p>inclusión la participación en el proceso de Acreditación Hospitalaria desde la primera auditoría. Fueron, por lo tanto, incluidos enfermeros y técnicos de enfermería, asignados a los sectores de internación, Bloque Quirúrgico (BQ) y Unidad de Cuidados Progresivos (UCP). La justificativa para la utilización de dichos sectores fue el hecho de que existan desde la apertura del hospital y, de esta forma, haber participado en el proceso de Acreditación ya en la primera auditoría. Fueron excluidos los profesionales con menos de 03 (tres) años en la institución debido al hecho de no haber participado en el proceso de acreditación desde su primera auditoría.</p> <p>El levantamiento de datos fue realizado por medio de entrevistas con una guía semiestructurada con un mínimo de un enfermero o técnico de enfermería de cada sector, pues podrían existir divergencias con relación a la percepción de los profesionales entre un sector y otro en lo que respecta al proceso de Acreditación. El número de sujetos entrevistados fue limitado a partir del criterio de saturación de las informaciones, lo cual presupone interrupción de inclusión de participantes cuando las informaciones obtenidas pasan a presentar redundancia o repetición, no siendo considerado relevante continuar el levantamiento de datos</p>
Resultados	<p>La acreditación como posibilidad para la atención de excelencia</p> <p>Los profesionales de enfermería perciben que el proceso de acreditación interfiere en la asistencia al paciente, propiciando una atención con excelencia, con menor posibilidad de errores en los procedimientos y en las prácticas. Además de generar la reducción en el tiempo de internación del paciente, lo que trae impactos positivos tanto en el cuidado más cualificado y seguro como en la disminución de la permanencia hospitalaria y, sobre todo, en la optimización de resultados financieros, conforme los testimonios a continuación:</p>

	<p>La acreditación como proceso burocrático</p> <p>El escenario hospitalario moderno se destaca por destacar las relaciones humanas con relación a los aspectos técnicos y mecánicos¹⁶. Sin embargo, para algunos entrevistados, el proceso de acreditación es percibido como un factor de distanciamiento de los profesionales con relación a los pacientes, debido a los aspectos burocráticos del proceso y la limitación temporal para el diálogo e interacción.</p>
Discusión	<p>Mediante los testimonios de los sujetos de la investigación se evidenció, de forma generalizada, que la conquista de la certificación favorece de manera continua el creciente perfeccionamiento de los procesos de trabajo y tiende a minimizar los riesgos en la ejecución de los procedimientos, logrando efectivas mejoras en la calidad de la asistencia. Bajo esa perspectiva, se identifican los testimonios presentados en la categoría <i>La acreditación como posibilidad para una atención de excelencia</i>, en que los profesionales de enfermería comprenden el impacto de la calidad al paciente cuando se alcanza la certificación, resultante de la búsqueda de la mejora continua de las acciones, resultado del proceso de acreditación. Por medio de ese proceso, conforme plantearon, existe el control de la calidad de los servicios prestados, enfatizan la humanización, promueven una mayor seguridad con el menor riesgo al paciente, disminuye el tiempo de ingreso, mejoran la asistencia con un menor costo y valoran la atención de excelencia. Corroborando los testimonios, los hallazgos de un estudio realizado para verificar el desempeño de hospitales acreditados con excelencia por el ONA sugirieron que el proceso de acreditación contribuye a aumentar la satisfacción del cliente, la eficacia de los procesos y la promoción de la confianza de los usuarios en la calidad de los procesos asistenciales.</p>

Análisis Personal

La calidad del servicio prestado en las unidades hospitalarias, debe ser cada vez mayor, y los procesos de acreditación permiten conocer la realidad de dicha prestación de servicios.

La calidad de la seguridad del paciente, es especialmente un proceso del cual se debe tener importante calidad, y estándares de procesos y procedimientos que mediante la acreditación y la certificación de la calidad del servicio, se encuentre una excelencia en la prestación del servicio.

El estudio permite realizar un análisis de cómo los servicios de enfermería pueden alcanzar un nivel de calidad importante, el cual según el estudio fue superado y se encontró con estándares en la prestación del servicio y la calidad del mismo que se pueden convertir en modelo, y que enfatizan en disminuir el riesgo del paciente, y mantener y aumentar cada vez los niveles de seguridad en todos los ámbitos relacionados con la interacción enfermero y paciente.

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE MANIZALES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN ADMINISTRACIÓN EN SALUD**

**GESTION DE LA SEGURIDAD DE LA ATENCION AL PACIENTE
SEGUNDO PERIODO 2013**

MATRIZ PARA ANÁLISIS DE ARTÍCULOS No. 35

Título	Seguridad del Paciente Durante la Prestación del Servicio de Salud
Autor y Año	Salazar Rodríguez, Gloria; Martínez Duarte, Mónica Alexandra, 2013.
Ubicación del artículo (base datos)	Biblioteca Digina Areandina - hdl.handle
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Salazar Rodríguez, Gloria; Martínez Duarte, Mónica Alexandra. Seguridad del Paciente Durante la Prestación del Servicio de Salud. dc.type Article. [Revista en la Internet]. 2013 [citado 2013 Nov 17]; 2013-12-15 Disponible en: http://hdl.handle.net/123456789/64
Objetivo del artículo	El objetivo que se tuvo para la realización del trabajo fue establecer el nivel de intervención desde la salud ocupacional en la seguridad del paciente desde el ámbito investigativo, interacción social y familiar; en aspectos como normatividad y las intervenciones desde el área asistencial y administrativo.
Palabras Clave	Calidad en el proceso de atención, salud ocupacional, seguridad del paciente, eventos adversos, gestión de riesgos.

Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	<p>La seguridad del paciente es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención en salud o de mitigar sus consecuencias. (Ministerio de Protección Social, 2011).</p> <p>Desde el ámbito de calidad se puede escribir lo transversal de los cuatro componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en donde enmarca aspectos como continuidad, oportunidad, pertinencia, accesibilidad y seguridad, estas deben ser las características de los servicios. (Ministerio de Protección Social, 2006)</p> <p>La orientación hacia la prestación de servicios de salud más segura, requiere que la información sobre Seguridad del Paciente esté integrada para su difusión, despliegue y generación de conocimiento con el fin de estimular a los diferentes actores al desarrollo de las acciones definidas en las líneas de acción y el logro del objetivo propuesto. (Social, Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente, 2008).</p> <p>Desde el ámbito de la prestación del servicio la seguridad del paciente se da desde el cuidado propio de las personas que prestan la atención en salud, ya que uno de los principios de la salud ocupacional se da desde el cuidado propio para el cuidado a los demás si se procura ser cuidadoso en el proceso orientado a la seguridad como el lavado de manos, seguimiento de protocolo de bioseguridad, la utilización de elementos de protección personal, se dignificara el servicio y se mitigara la aparición de eventos adversos.</p>
---	---

Intervención y proceso medición	<p>En las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) utilizan estrategias para mitigar los riesgos generados por los eventos adversos en el ámbito de la seguridad del paciente y la gestión de riesgos se orientan en la detección de los errores, su registro sistemático, el análisis de la información recogida y la conversión de esta información en conocimiento útil para lograr la mejora continua de los servicios.</p> <p>El análisis realizado sirvió para conocer y medir la calidad percibida por el usuario es un instrumento fundamental para la gestión de los servicios y para corregir los fallos que deterioran la percepción de la calidad y seguridad apreciada por el paciente.</p> <p>Se evidencia que en Colombia la experiencia no es diferente el sector salud colapsado, la inconformidad en la prestación de los servicio, usuarios poco satisfechos y la mala reputación de las entidades prestadoras de salud, sin nombrar el alto riesgo jurídico. En nuestro país nunca antes la atención en salud había estado tan cuestionada como hoy; hay serias dudas de los resultados clínicos reales de la atención de salud en todo el mundo, pero creemos que es una alerta que nos cubre a todos los actores del sistema, y todos, como parte del sistema, tenemos la responsabilidad de reflexionar en qué medida en nuestro trabajo se generan riesgos que al final puedan afectar a un paciente. La seguridad del paciente que ingresa a una institución se debe considerar objetivo fundamental en la prestación de servicios de salud.</p> <p>La gestión del riesgo habla de un enfoque estructurado para manejar la incertidumbre relativa a una amenaza, a través de una secuencia de actividades que incluyen evaluación de riesgo, estrategias de desarrollo para manejarlo y mitigación del riesgo utilizando recursos gerenciales. Las estrategias incluyen transferir el riesgo a otra parte, evadir el riesgo, reducir los efectos negativos del riesgo y aceptar algunas o todas las consecuencias de un riesgo particular.</p>
--	--

Resultados	<p>Para reforzar la buena práctica clínica, en los últimos años se ha trabajado intensamente en el establecimiento, selección y consenso de indicadores para las Unidades de Gestión Clínica (UGC) de igual especialidad, disponiendo en estos momentos de un banco de indicadores.</p> <p>La normatividad es específica para la seguridad del paciente, su proyección va enfocada al paciente en todos los aspectos y por lo cual se debe hacer cumplimiento específico de la política de seguridad del paciente desde el ámbito de salud ocupacional lo correspondiente al cumplimiento de normas de bioseguridad (utilización de elementos de protección personal, lavado de manos, entre otros), harán cumplimiento de la política y mitigara así los eventos adversos.</p> <p>Enfatizando en el uso de elementos de protección personal por ejemplo la disminución de las enfermedades nosocomiales, la infecciones de sitios operatorios (ISO), disminuyen cuando se hace buen uso de los dispositivos entregados por la institución para la protección del trabajador y del paciente.</p> <p>Otro riesgo que se evidencio en la experiencia en área asistencial fue el alto grado de exposición a sustancias toxicas, material anatomopatológico contaminado, los fluidos corporales, son los causante de accidentes biológicos que colocan en riesgo al paciente como al profesional del área de la salud, y que la manera de mitigar esto con el departamento de salud ocupacional es el cumplimiento de la norma; se deben establecer los requerimientos para la selección, suministro, uso y mantenimiento del equipo de protección personal (EPP) para los trabajadores, en el marco de los programas de salud ocupacional, con el propósito de garantizar que el tipo de</p>

	<p>protección escogida reduzca los efectos nocivos en la salud de los trabajadores, generados por la exposición a los riesgos existentes en el lugar de trabajo (Ministerio de Trabajo y Consejo Nacional de Riesgos Profesionales, 2004), y el compromiso que tenga cada uno de los funcionarios, ellos allí lo manejan como manual de bioseguridad, en donde especifican como se debe proteger de agentes peligrosos encontrados en la institución prestadora de servicios de salud.</p>
Discusión	<p>El objetivo primordial de esta recopilación de artículos es profundizar aspectos generales de la salud ocupacional como la seguridad del paciente y el lazo que ellos llevan a lo largo del tiempo, y que diferentes aspectos nosotros desde el área de prestación no tomamos como prioritarios. La importancia del conocimiento de la normatividad en la seguridad del paciente es importante en el aspecto eficaz y seguro en la prestación del servicio y no solo esto sino que además nos lleva a entrelazar otras áreas de profundización como la auditoria, la gerencia y por su puesto la salud ocupacional, la profundización que se realiza es vital para el proceso de acreditación tal como lo describían muchos de los autores que nombramos en el análisis de los diferentes artículos, en áreas múltiples tales como al administración de medicamentos, el liderazgo desde el área asistencial por parte de enfermería, los médicos durante la realización de procedimientos quirúrgicos o tan solo por la inadecuada comunicación con los familiares y con los pacientes, a los que en muchas oportunidades se les vulneran sus derechos y ellos violan sus deberes, hace que el sistema falle y como consecuencia se podrían evidenciar eventos adversos o errores humanos.</p>

	<p>Luego de obtener el conocimiento de las diferentes áreas de profesionales que se basan en diferentes experiencias nos lleva a perfeccionar la atención y mejorar el servicio.</p>
Análisis Personal	<p>En Colombia la seguridad del paciente es un tema que aún se encuentra en etapa de interpretación y análisis, pues claramente en las lecturas, revistas médicas y artículos analizados encontramos que necesariamente la seguridad del paciente en muchos aspectos claves de la misma no es la mejor en los centros hospitalarios del país.</p> <p>Necesariamente para realizar un análisis de la seguridad del paciente en los centros hospitalarios, debemos remitirnos al sistema de salud en general, y entender que sí éste aún no funciona con algún grado importancia de eficiencia, pues tampoco se puede pedir que existan ya protocolos y buenas prácticas clínicas que sobresalgan y puedan alcanzar niveles de estándares internacionales.</p> <p>A pesar de ello, se han realizado algunos estudios y ha participado la comunidad académica, con la realización de estudios y revisión de teorías, que han permitido evolucionar en el tema, incluso en materia normativa, pero claramente nuestro país se encuentra en mora de desarrollar estudios, y protocolizar la seguridad del paciente como herramienta básica de la atención medica en los centros hospitalarios.</p>

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE MANIZALES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN ADMINISTRACIÓN EN SALUD**

**GESTION DE LA SEGURIDAD DE LA ATENCION AL PACIENTE
SEGUNDO PERIODO 2013**

MATRIZ PARA ANÁLISIS DE ARTÍCULOS No. 36

Título	Influencia de las estrategias curriculares de la carrera Licenciatura en Enfermería en la calidad del cuidado
Autor y Año	Alain Agramonte del Sol; Reinel Farres Vázquez. 2010
Ubicación del artículo (base datos)	Scielo - Rev Cubana Enfermer v.26 n.4
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Agramonte del Sol Alain, Farres Vázquez Reinel. Influencia de las estrategias curriculares de la carrera Licenciatura en Enfermería en la calidad del cuidado. Rev Cubana Enfermer [revista en la Internet]. 2010 Dic [citado 2014 Ene 17] ; 26(4): 119-202. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192010000400004&lng=es .
Objetivo del artículo	Valorar la influencia de las estrategias curriculares de la carrera Licenciatura en Enfermería en la calidad del cuidado. Esta valoración, a partir del procedimiento inductivo-deductivo, el análisis y la síntesis, consideró la importancia que tiene este recurso pedagógico en la formación integral de los estudiantes y su contribución a la resolutivez de situaciones relacionadas con el cuidado, resultado que se refleja en la

	calidad de la atención, disminución de eventos adversos y por consiguiente la seguridad del paciente.
Palabras Clave	Estrategia curricular, eje curricular, línea curricular, calidad del cuidado, seguridad del paciente, evento adverso, proceso docente, Licenciatura en Enfermería.
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	<p>El perfeccionamiento continuo de los planes y los programas de estudio en la educación superior cubana, gradualmente ha ido identificando un conjunto de rasgos, de cualidades, que deben estar presentes en la nueva generación de planes de estudio. Ellos son el resultado de la práctica pedagógica desarrollada en las universidades, así como de las investigaciones realizadas en dichas instituciones por los centros de estudio con esa misión. Son también, en buena medida, reflejo de las mejores experiencias de esta actividad en el plano internacional, asumidas desde la perspectiva del modelo cubano de formación.</p> <p>Esas cualidades responden de un modo esencial a la necesidad de lograr una respuesta más integral a las transformaciones que hoy se producen en Cuba para lograr niveles cualitativamente superiores en la cultura general integral de todo el pueblo, así como en la respuesta específica de las universidades a las actuales necesidades del desarrollo económico y social.</p>
Muestra	Se revisaron 45 títulos entre ellos algunos clásicos de la temática y otros actualizados
Intervención y proceso medición	Se realizó valoración desde la dimensión constructivista del conocimiento a partir del procedimiento inductivo-deductivo, el análisis y la síntesis, tuvo como eje central la influencia de las estrategias curriculares de la carrera Licenciatura en Enfermería en la calidad del cuidado, utilizando para esto los conocimientos y habilidades asociadas a diferentes áreas del desempeño que las estrategias curriculares diseñadas para esta carrera aportan al estudiante durante su formación como enfermero profesional.

	<p>Investigación documental que incluyó diversos textos, artículos y folletos relacionados a la estrategia curricular como forma particular de desarrollar el proceso de enseñanza-aprendizaje, eventos adversos, seguridad del paciente y calidad en la atención. Se consultó a expertos de la Pedagogía, Enfermería y otras Ciencias de la Salud, del área asistencial y docente; así como de la Administración en Salud, acción que enriqueció los criterios que sustentaron nuestro propósito.</p>
<p>Discusión</p>	<p>La estrategia curricular como una forma particular de desarrollar el proceso de enseñanza-aprendizaje en la carrera Licenciatura en Enfermería, con una direccionalidad altamente coordinada que responda al perfil de salida, en la que se imbrican de manera creciente los contenidos y los diversos métodos teóricos y prácticos de las unidades curriculares del plan de estudio, influye en la formación de un profesional competente, que en el caso del Licenciado en Enfermería, se traduce en buenas prácticas, seguras y responsables en su campo de actuación. En el diseño de esta carrera se incluyen doce estrategias curriculares para desarrollar durante todos los años que dura la misma. Este recurso pedagógico contribuirá a desarrollar la individualidad creadora de los profesores de Enfermería, así como elevar su talento y de lo que llaman <i>arte de la actividad pedagógica o maestría pedagógica</i>. La propia concepción de la estrategia no es suficiente para garantizar su propósito dentro del diseño de la carrera. Se hace necesario el funcionamiento de una estructura metodológica que garantice, a todos los niveles, el funcionamiento de esta forma particular de desarrollar el proceso de enseñanza-aprendizaje</p>
<p>Análisis Personal</p>	<p>La seguridad del paciente desde la academia se convierte en elemento fundamental para el desarrollo adecuado de las actividades tendientes a generar procesos que se</p>

conviertan en estándares en pro de la seguridad del paciente.

Es decir, se convierte en elemento fundamental de la formación académica la estructuración de una concepción estratégica de seguridad en la atención del paciente basada en protocolos que permitan identificar de manera precisa los aspectos fundamentales dentro del proceso.

Convirtiéndose éste en uno de los elementos fundamentales de la formación, pues es claro que existe completa relación entre lo que significa la seguridad del paciente dentro del área de enfermería como parte esencial del proceso de atención médica en las unidades hospitalarias.

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE MANIZALES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN ADMINISTRACIÓN EN SALUD**

**GESTION DE LA SEGURIDAD DE LA ATENCION AL PACIENTE
SEGUNDO PERIODO 2013**

MATRIZ PARA ANÁLISIS DE ARTÍCULOS No. 37

Título	Cultura de seguridad del paciente y factores asociados en una red de hospitales públicos españoles
Autor y Año	Zenewton André da Silva Gama, Adriana Catarina de Souza Oliveira, Pedro Jesús Saturno Hernández.
Ubicación del artículo (base datos)	SciELO Public Health, 2013
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Da Silva Gama, Zenewton André, Adriana Catarina de Souza Oliveira, and Pedro Jesus Saturno Hernández. "Cultura de seguridad del paciente y factores asociados en una red de hospitales públicos españoles Patient safety culture and related factors in a network of Spanish public hospitals." <i>Cad. Saúde Pública</i> 29.2 (2013): 283-293.
Objetivo del artículo	Describir la Cultura de Seguridad del Paciente (CSP) en una red de hospitales públicos, según las percepciones de los profesionales sanitarios, y analizar la asociación de factores sociolaborales.
Palabras Clave	Administración de la Seguridad; Hospitales Públicos; Cultura Organizacional; Seguridad del Paciente
Conceptos	El impacto de los resultados del informe To Erris Human ("Error es humano") 1,

<p>manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)</p>	<p>publicado en 1999, puso en alerta las instituciones sanitarias en cuanto a la magnitud de los eventos adversos, generados por problemas relacionados con la falta de seguridad en dichas instituciones. Este informe reforzó con contundencia los hallazgos del “estudio Harvard”, un trabajo pionero publicado por Brennan et al. 2, sobre la importancia de los eventos adversos derivados de una asistencia insegura, y fomentó la realización de otros estudios que identificaron el mismo problema en distintas partes del mundo.</p> <p>Ante estos resultados, instituciones y organismos internacionales han considerado la seguridad del paciente un problema grave y de consecuencias con gran impacto. A partir de 2001, la seguridad es considerada por el Institute of Medicine (IOM) de Estados Unidos una de las seis dimensiones o atributos claves de la calidad de los servicios de salud. La definición más actual de seguridad, parecida, pero ampliada en relación a la del IOM, es aquella ofrecida por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que considera la seguridad del paciente como “ausencia de daño, real o potencial, relacionado con los servicios de salud.</p>
<p>Muestra</p>	<p>Se realizó una encuesta a 1.113 profesionales de ocho hospitales españoles, a través de un cuestionario con 12 dimensiones.</p>
<p>Intervención y proceso medición</p>	<p>El estudio se realiza en la red de hospitales públicos de la Región de Murcia (España) que prestan cuidados agudos a toda la población. El tipo de diseño utilizado fue observacional transversal.</p> <p>La recogida de datos se realizó mediante encuesta dirigida a los profesionales sanitarios de los hospitales. Se describe la cultura de seguridad en los hospitales, desde la perspectiva de los profesionales sanitarios, y se analiza la influencia de</p>

	<p>factores sociolaborales en esta percepción. Participaron los ocho hospitales públicos de la Región. Uno de los hospitales es grande (≥ 500 camas), cuatro son de tamaño mediano (de 200 a 499 camas) y tres son pequeños (< 200 camas). En base al listado de personal de cada hospital, se seleccionaron profesionales sanitarios (médico, enfermero, farmacéutico, fisioterapeuta, psicólogo, bioquímico, etc.) con vínculo contractual fijo o interino adscritos a cualquiera de los servicios del hospital.</p>
<p>Resultados</p>	<p>De los 3.141 cuestionarios enviados, un 35,4% respondió a la encuesta, variando en cada hospital de un mínimo de 20,8% a un máximo de 50%. Aunque las tasas de respuestas son relativamente bajas, a pesar del recordatorio realizado, globalmente se alcanzó el objetivo numérico planteado y hemos podido contar con un total de 1.113 encuestas respondidas.</p> <p>En el análisis comparativo de las respuestas iniciales con las respuestas a recordatorios (en teoría más próximos a la opinión de los que no responden), encontraron diferencias significativas para cuatro dimensiones. Además, en dos dimensiones se aprecian diferencias en cuanto a la profesión de los encuestados. No obstante, al ajustar los promedios encontrados en función de un posible sesgo de no respuesta que introduciría este hecho, los valores con ajuste son muy parecidos con los no ajustados, con la mayoría de las diferencias en torno del 1%, de forma que podemos considerar los resultados de la muestra obtenida como representativos de lo que hubiésemos obtenido con una tasa de respuesta mayor.</p> <p>En una escala de cero a diez, la calificación media es de 7,3 con un 25% de los casos que otorgaron una calificación por debajo de 6,5 y otro 25% por encima de 8,0. Es decir, el 50% de los profesionales calificaron la seguridad en su servicio con una nota entre 6,5 y 8,0.</p>
<p>Discusión</p>	<p>Este estudio aporta información sobre la cultura de seguridad en una muestra representativa de profesionales sanitarios que trabajan en hospitales públicos</p>

	<p>españoles. En general, se han identificado fortalezas y debilidades de la cultura de seguridad en estos hospitales, que deben servir para el diseño de intervenciones de mejora.</p> <p>Adicionalmente, se confirma la asociación significativa de algunos factores sociolaborales a la percepción positiva de la seguridad del paciente, tanto en general como por dimensiones.</p> <p>Más del 90% de los encuestados tenían contacto directo con el paciente. Esta característica de la muestra subraya la originalidad de este estudio, así como la identificación de factores asociados a la misma.</p>
Análisis Personal	<p>Este estudio demuestra dos aspectos importantes, que son la relación entre seguridad en la atención al paciente, y la calidad de los servicios médicos y hospitalarios prestados al mismo paciente.</p> <p>Y en este importante artículo se centró la discusión en calificar la seguridad en la atención del paciente en las áreas con mayor intensidad en la relación con los pacientes que son enfermería, farmacia y medicina general, y en cuyos resultados se refleja que existe una importante relación entre paciente y enfermero dentro de la cual los resultados del estudio mostraron importantes avances en los aspectos relativos al tema que nos interesa, que es la gestión en la seguridad del paciente.</p> <p>Este estudio demuestra la importancia de estar evaluando todos los aspectos que involucra la atención de pacientes en las unidades hospitalarias, y es un tema que en Colombia, igualmente se debería estar implementando de manera importante, ya que la muestra o los resultados se convierten en un claro termómetro de la situación real en cuanto a seguridad del paciente en nuestras instituciones que prestan servicios médicos.</p>

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE MANIZALES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN ADMINISTRACIÓN EN SALUD**

**GESTION DE LA SEGURIDAD DE LA ATENCION AL PACIENTE
SEGUNDO PERIODO 2013**

MATRIZ PARA ANÁLISIS DE ARTÍCULOS No. 38

Título	La seguridad del paciente en las circunstancias de cuidado: prevención de eventos adversos en la hospitalización infantil.
Autor y Año	Wegner, Wiliam, Eva Neri Rubim Pedro. 2012
Ubicación del artículo (base datos)	SciELO Public Health
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Wegner, Wiliam, and Eva Neri Rubim Pedro. La seguridad del paciente en las circunstancias de cuidado: prevención de eventos adversos en la hospitalización infantil. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Revista en internet] 2012. [Citado Enero 17 de 2014]. Disponible en: http://scholar.google.com.co/scholar?q=scielo+seguridad+del+paciente&hl=es&lr=lang_es&as_sdt=0,5&as_ylo=2010&as_vis=1&scilu=3,18329744525709822129:1&scisig=AMstHGQAAAAUtn_PowzO1M6FoXMQANk5VzmZm-t6UP
Objetivo del artículo	Analizar cómo las acompañantes/cuidadoras y profesionales de salud reconocen los eventos adversos en las circunstancias de cuidado

Palabras Clave	Seguridad; Niño Hospitalizado; Errores Médicos; Cuidadores; Personal de Salud.
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	<p>Se ha observado que la atención en salud envuelve diversas circunstancias que pueden comprometer la seguridad del niño y del acompañante. Los eventos adversos aguzan temáticas en los servicios de atención a la salud, las cuales son poco discutidas y contextualizadas - por ser un asunto de difícil abordaje - y muchas veces tratadas de manera velada por los profesionales e incluso por los usuarios.</p> <p>En la literatura y en la práctica cotidiana, se reconocen circunstancias que relacionan los eventos adversos que culminan en errores en la atención en salud. Eso ha generado millones de muertes en el mundo entero. En el año de 2004, fue creada la Alianza Mundial para Seguridad del Paciente por la Organización Mundial de Salud (OMS), con el objetivo principal de movilizar esfuerzos globales en la seguridad del cuidado en salud para todos los pacientes.</p> <p>Un estudio realizado por la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente identificó una superioridad entre 3% a 16% de pacientes que sufren eventos adversos resultantes de atenciones médicas no seguras en sus hospitalizaciones. El abarcamiento de esas circunstancias fue verificada en todos los países, fuesen ellos desarrollados, en desarrollo o subdesarrollados, siendo que la mayoría de los datos es proveniente de naciones desarrolladas. Se cree que en países pobres esos resultados sean infinitamente peores y con menores perspectivas de solución.</p>
Muestra	Encuesta realizada con 15 acompañantes/cuidadores y 23 profesionales de salud de las unidades de internación de pediatría de un hospital-escuela de Porto Alegre, Brasil entre agosto y diciembre de 2010. Entrevista semi-estructurada fue utilizada para la

	<p>recolección de las informaciones, siendo sometidas a análisis temático con apoyo del software QSR Nvivo 7.0.</p>
Intervención y proceso medición	<p>El abordaje teórico-metodológico utilizado en esta investigación fue cualitativo y el dibujo de investigación electo fue estudio de caso del tipo exploratorio. El estudio de caso, mientras dibujo de investigación, es el análisis sistemático de diversas maneras de información que posibilitan alcanzar la comprensión de un dado contexto y de aquéllos inseridos en él. Permite preservar las características significativas, holísticas e integrales de los acontecimientos de la vida real cuando los límites entre el fenómeno y el contexto no están claramente definidos.</p> <p>El estudio fue desarrollado en el Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) en las Unidades de Internación Pediátrica 10º Norte, 10º Sur y 3º Este. Las unidades investigadas presentan 96 lechos destinados a la atención en salud de niños con los más variados problemas.</p> <p>Los participantes del estudio fueron 23 profesionales de la salud de los servicios seleccionados y 15 acompañantes/cuidadores de niños. La selección de todos los participantes fue intencional. Las enfermeras de cada turno auxiliaron en la indicación de los potenciales participantes. La colecta de las informaciones aconteció en el período de agosto a diciembre de 2010.</p>
Resultados	<p>La primera categoría, intitulada <i>los eventos adversos identificados en las circunstancias de cuidado por la acompañante del niño hospitalizado</i>, describe los principales fallos identificados por las madres en la hospitalización de su hijo. Se verificó una mayor preocupación con el proceso medicamentoso, lo cual puede traer serias limitaciones para la recuperación de la salud y aun agravar su estado de salud.</p> <p>Además, fueron considerados eventos adversos en la percepción de las acompañantes/cuidadoras la comunicación débil, la imprecisión en los diagnósticos</p>

médicos y en la realización de procedimientos invasivos, la descompensación del niño en la ejecución de procedimientos, el examen físico superficial.

En la segunda categoría, *el cuidado seguro en el óptico de la acompañante del niño hospitalizado*, fueron enlistadas las estrategias para un cuidado seguro. Se observó que las tecnologías lleves se han destacado como elemento central en el proceso de trabajo en salud, pero las tecnologías leve-duras y duras son complementarios, fortaleciendo la seguridad del paciente. Las intenciones de los profesionales de la salud, aliadas a una comunicación efectiva, son imprescindibles para la calidad del cuidado al niño hospitalizado.

En la tercera categoría, *el papel de la acompañante en la seguridad del niño hospitalizado*, se delinear las atribuciones que deberían ser dirigidas para la cuidadora lega, destacando la fiscalización y la vigilancia de las atenciones prestadas como principal papel.

La cuarta categoría - *hospital: ¿escenario de seguridad para el niño?* - cuestiona sobre las necesidades de hospitalización y cuales las indicaciones para que el niño sea encaminada a ese escenario de cuidado. La presencia de un equipo multiprofesional y el trabajo interdisciplinar desarrollado por ésta son elementos que tornan el hospital un ambiente seguro para la atención a la salud.

La quinta categoría, *los eventos adversos en el óptico de los profesionales de la salud*, describe las principales circunstancias que llevan a la ocurrencia de errores en el cuidado a la salud del niño hospitalizado.

La penúltima categoría - *cuidado seguro: estrategias utilizadas por los profesionales de la salud* - presenta las tácticas empleadas por los profesionales para un cuidado seguro. Se destaca que la revisión y la conferencia pueden ser aplicadas a cualquier conducta

	<p>del profesional. La concentración y la cautela, sumadas a las anteriores, potencian una asistencia segura.</p> <p>La séptima y última categoría, <i>por una cultura de la seguridad del paciente: propuestas educativas</i>, fue la más compleja y difícil, por tratarse de las transformaciones y de los desafíos para las organizaciones que objetivan la seguridad del paciente.</p>
Discusión	<p>En Brasil, los estudios de los errores de medicación son los de mayor destaque en la enfermería, que está asumiendo el papel de precursora en las discusiones sobre la seguridad del paciente. Sin embargo, los estudios sobre los eventos adversos envolviendo medicación abordan varias etapas de ese proceso e incluyen en los resultados otros actores envueltos, como el boticario, el médico, el técnico de farmacia, entre otros. La complejidad que envuelve el proceso de la medicación, desde la prescripción hasta la administración, necesita ser revisto por los profesionales de la salud, pues es una actividad exclusiva de éstos, la cual exige precisión, responsabilidad y conocimiento científico para que no ocurran eventos adversos.</p> <p>Una investigación casi-experimental, realizada en tres unidades pediátricas de un hospital universitario de la ciudad de São Paulo, propuso un algoritmo que sugiere la estrategia de los siete aciertos como metodología para prevención de errores: además de la confirmación de los cinco aciertos (Paciente, Lecho, Fármaco, Hora, Vía), la inclusión de la Orientación Cierta y de la Documentación Cierta. Ese estudio demostró una disminución en la incidencia de errores de medicación, sin embargo tuvo una baja adhesión del equipo de enfermería a la propuesta educativa.</p> <p>Varias investigaciones han discutido sobre el papel de la madre/cuidadora que acompaña el hijo internado y los resultados coinciden con ese estudio en el que la acompañante del niño hospitalizado recibe atribuciones impuestas por el equipo de enfermería, que muchas veces delega diversas actividades de su capacidad para el</p>

	<p>familiar que está acompañando el niño en aquel momento.</p> <p>La comunicación del error es un deber ético de las profesiones que envuelven el ser humano. Asumir el error con responsabilidad supone condiciones éticas en las relaciones entre las personas enrolladas, pues el reconocimiento y la comunicación del fallo representan la autonomía del profesional para actuar de manera responsable y prudente. Sin embargo, cuando el error es omitido, se testimonia que la cultura punitiva aun es vigente.</p>
Análisis Personal	<p>El artículo le da importancia a los aspectos que son considerados como relevantes dentro de la seguridad en la atención del paciente por quienes son los acompañantes permanentes de los mismos, y quienes tienen una visión completa acerca de los procesos, los procedimientos y los elementos positivos o adversos que rodean al paciente.</p> <p>La discusión se centró en analizar diferentes categorías que son inherentes al servicio prestado en la relación médico – enfermera - paciente - centro hospitalario, encontrando con cada una de ellas elementos que se convierten en factor de análisis y que busca entender la importancia de la implementación de políticas y manuales estrictos que busquen comprometer cada vez menos la seguridad del paciente en relación con la prestación de servicios médicos.</p>

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE MANIZALES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN ADMINISTRACIÓN EN SALUD**

**GESTION DE LA SEGURIDAD DE LA ATENCION AL PACIENTE
SEGUNDO PERIODO 2013**

HASTA AQUÍ VOY CON LA BIBLIOGRAFI

MATRIZ PARA ANÁLISIS DE ARTÍCULOS No. 39

Titulo	Red de pacientes por la seguridad del paciente: un rayo de esperanza
Autor y Año	Evangelina Vázquez Curiel, Alexo Esperato y Denice Klavano, 2012.
Ubicación del artículo (base datos)	SciELO – México
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Evangelina Vázquez Curiel, Alexo Esperato y Denice Klavano.. Red de Pacientes por la Seguridad del Paciente: Un rayo de Esperanza. Revista Digital Universitaria, [revista en la Internet]. 1 de agosto 2012, Volumen 13 Número 8, ISSN: 1067-6079 [citado 2014 Ene 17]; 11(27): 186-197. Disponible en: http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:kZRDXvt-QpsJ:www.revista.unam.mx/vol.13/num8/art82/art82.pdf+&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=co
Objetivo del artículo	Analizar la participación social, la cual puede ayudar a evitar los incidentes en seguridad del paciente y es cada vez más frecuente en Europa, Estados Unidos y América Latina. Una participación social efectiva requiere el empoderamiento de los pacientes y los activistas de salud.
Palabras Clave	Seguridad del paciente, Pacientes por la Seguridad del Paciente, incidentes en seguridad del paciente, incidentes en seguridad del paciente.
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento)	En América Latina, los incidentes en seguridad del paciente afectan hasta un 10% de las hospitalizaciones. Un cuarto de estos incidentes en seguridad del paciente resultan en consecuencias graves, como la discapacidad o muerte. En consecuencia, la investigación de incidentes en seguridad del paciente ha despertado gran interés. Desde la publicación del Harvard Medical Practice Study en los años 90, diversos estudios de

problema)	gran calado han abordado esta temática en Australia, Estados Unidos y España. La principal conclusión de tales estudios fue la urgencia de crear programas de prevención de incidentes en seguridad del paciente, debido a la frecuencia e impacto de los mismos. En el decenio siguiente, la publicación por parte del Instituto de Medicina de Estados Unidos del informe "Errar es humano", marcó el inicio de una agenda política internacional en seguridad del paciente. Según lo expuesto en este artículo, la agenda de la seguridad del paciente ha conseguido logros notables, a menudo en estrecha colaboración con pacientes que han sufrido incidentes en seguridad del paciente.
Intervención y proceso medición	Contribuciones de los pacientes a la mejora de los servicios de salud Los pacientes que han sufrido incidentes en seguridad del paciente, pueden contribuir de manera especial a la mejora de la seguridad del paciente. Estos pacientes conocen las repercusiones físicas y emocionales de los incidentes en seguridad del paciente, y presencian de principio a fin la cadena de eventos que desembocan en el efecto adverso. La experiencia de los pacientes se contrapone así a la del personal sanitario. Los profesionales de la salud, por imperativos de la práctica clínica, tienen una visión compartimentada de la atención sanitaria. Por lo tanto, a través de las historias personales, los pacientes pueden ayudar en la identificación de puntos de falla en la atención a la salud, y así buscar la solución adecuada. A modo de ilustración, Susan Sheridan ha dado testimonio de los diversos fallos en la atención que impidieron que su hijo recibiera una prueba de bilirrubina. Si su hijo Cal hubiera recibido esta prueba y el tratamiento correspondiente, no sufriría en la actualidad de kernicterus, una parálisis cerebral evitable. Otros casos han sido ampliamente documentados en Estados Unidos y otros países. Los pacientes pueden contribuir, asimismo, a la mejora y el rediseño de procesos e intervenciones.

Resultados	<p>El empoderamiento del paciente es crucial para lograr su participación efectiva en la mejora de los sistemas de salud. Este término se refiere a la obtención de los conocimientos, habilidades y actitudes necesarias para la toma de decisiones sobre su propia salud y mejora de los servicios.</p> <p>Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), mediante el empoderamiento las personas ganan control sobre las decisiones y acciones que afectan su salud. De esta manera, el paciente empoderado es líder de su propia salud.</p> <p>Existen cuatro componentes fundamentales para el empoderamiento del paciente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comprensión del paciente de su propio rol; • Conocimientos suficientes para poder involucrarse en la mejora de su propia salud; • Habilidades del paciente, y • La presencia de un ambiente facilitador de su participación
Discusión	<p>La seguridad del paciente es una prioridad creciente en las instituciones sanitarias. En diversos puntos del globo, los pacientes se están integrando a estas mejoras. La red PSP está impulsando estos cambios a nivel internacional. Ha contribuido al cambio de conciencia y colaborado con los sistemas de salud de diversos países en intervenciones concretas. Así, se está consolidando una cultura de la seguridad del paciente, evitando errores prevenibles y logrando sistemas de salud más seguros para todos.</p>
Análisis Personal	<p>La inclusión del paciente dentro del análisis de la gestión de la seguridad del paciente, se convierte en un elemento fundamental para el desarrollo de cualquier investigación</p>

sobre seguridad del paciente.

Pues claramente se concibe al paciente como el elemento central de la investigación y redundan sobre él todos los elementos que son necesarios de involucrar dentro del análisis y categorías que pretendan convertirse en estándares de calidad en la prestación del servicio médico en los centros hospitalarios.

Es claro que el empoderamiento del paciente de su propia seguridad, le permite acercarse directamente a lo que se necesita interpretar acerca del funcionamiento del mismo paciente como elemento central de la seguridad, y permite conocer de primera mano todos los aspectos relativos a la misma, lo que implica conocer las necesidades básicas para cuidar de su propia salud.

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE MANIZALES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN ADMINISTRACIÓN EN SALUD**

**GESTION DE LA SEGURIDAD DE LA ATENCION AL PACIENTE
SEGUNDO PERIODO 2013**

MATRIZ PARA ANÁLISIS DE ARTÍCULOS No. 40

Titulo	Pacientes como informadores de eventos adversos. Resultados en diabetes y enfermedad renal
Autor y Año	J.J. Mira, J. Vitaller, S. Lorenzo, C. Royuela, V. Pérez-Jover y J. Aranaz. 2012.
Ubicación del artículo (base datos)	Scielo
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Mira J.J., Vitaller J., Lorenzo S., Royuela C., Pérez-Jover V., Aranaz J.. Pacientes como informadores de eventos adversos: Resultados en diabetes y enfermedad renal. Anales Sis San Navarra [revista en la Internet]. 2012 Abr [citado 2014 Ene 18] ; 35(1): 19-28. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272012000100003&lng=es . http://dx.doi.org/10.4321/S1137-66272012000100003 .
Objetivo del artículo	Analizar la frecuencia con la que los pacientes diabéticos y renales describen indicios de un posible EA y su percepción de seguridad de la atención que reciben.
Palabras Clave	Seguridad clínica. Pacientes diabéticos. Pacientes renales. Percepción.
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	<p>El diseño de los estudios en los que se intenta determinar la frecuencia con la que los pacientes sufren un evento adverso (EA) ha ido variando a lo largo del tiempo. Primero, se basaron en diseños retrospectivos, a partir de documentación clínica del paciente, posteriormente en estudios prospectivos y, más recientemente, en los resultados de encuestas a pacientes.</p> <p>La frecuencia con la que pacientes ingresados sufren un EA oscila, según los estudios</p>

	<p>retrospectivos, entre un 41y un 17% y alcanza el 31% en estudios prospectivos. Las reacciones a los medicamentos son, por lo que sabemos, el EA más frecuente (19%), seguido de las infecciones nosocomiales de herida quirúrgica (14%). Un 50% de estos EA podrían haberse evitado según estos estudios. En diálisis, hasta 9 de cada 100 pacientes sufren un EA mensualmente⁵. En el caso de EA en atención primaria existe mayor variabilidad y las cifras de frecuencia de EA oscilan entre el 2 y el 76‰ del total de consultas. La mitad de estos EA están relacionados con la medicación. En un reciente estudio prospectivo realizado con pacientes diabéticos tipo 2, la actuación profesional estuvo en la génesis de un 6% de los EA y los problemas de comunicación médico-paciente ocasionaron un 59% de los EA identificados.</p>
Muestra	<p>Estudio descriptivo basado en entrevistas a pacientes seleccionados al azar. Estudio de campo realizado entre febrero y mayo de 2010 en 3 centros de salud y 2 hospitales de Alicante y Madrid.</p>
Intervención y proceso medición	<p>Estudio descriptivo basado en entrevistas a pacientes diabéticos y renales en tratamiento en centros de salud o unidad de diálisis. El estudio de campo se realizó entre febrero y mayo de 2010 en tres centros de salud y dos hospitales (en consultas externas) de las provincias de Alicante y Madrid. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad Miguel Hernández.</p> <p>El tamaño muestral fue calculado para un error máximo del 6% y una $p=q=0,5$ y un alfa del 0,05 (unilateral). La selección de pacientes se realizó eligiendo al azar días de la semana para acudir a los centros sanitarios (centros de salud y centros de especialidades) a realizar las entrevistas a los pacientes con consulta ese día y que cumplieran los criterios de inclusión: mayor de edad, curso de al menos 3 años y capacidad para responder. En caso de que el paciente rechazara contestar, se le</p>

	<p>sustituía por otro paciente que hubiera acudido ese mismo día a consulta, reclutado también aleatoriamente, procediendo de este modo hasta completar el tamaño muestral. El nivel de rechazo a responder no superó el 5%. Los datos los recogieron tres entrevistadores experimentados (dos enfermeras y una titulada en ciencias) que realizaron varias entrevistas previas para unificar criterios de codificación y estilo al formular las preguntas.</p>
<p>Resultados</p>	<p>Respondieron 199 pacientes, 98 diabéticos y 101 con enfermedad renal. Estos últimos acumularon mayor número de indicios de EA (21,8% refirió un EA, 17,8% dos y un 3% 3 o más) que los diabéticos (16,3% un EA, 7,1% dos y 7,1% señaló 3 o más). En el último año, 6/98 diabéticos y 10/101 enfermos renales precisaron un tratamiento adicional. La probabilidad que el paciente cree tener de ser víctima de un error con consecuencias graves fue establecida en 1:10. Las mujeres con enfermedad renal creyeron tener una mayor probabilidad de sufrir un error ($\text{Chi}^2=12,7$, $p=0,002$). Los errores clínicos se atribuyeron a la falta de tiempo para atender a todos los pacientes y a la insuficiencia de medios y recursos, sin diferencias estadísticamente significativas entre las submuestras. Los pacientes entrevistados consideraron similar el riesgo de error clínico, accidente de tráfico, atraco.</p> <p>La probabilidad para el paciente de ser víctima de un error clínico con consecuencias graves fue establecida en 1:10 (23/199, probabilidad estimada del 11,6%). Ni el estado civil ($\text{Chi}^2=2,2$; $p=0,09$), ni el nivel de estudios concluidos ($\text{Chi}^2=5,6$; $p=0,23$) modificaron esta percepción.</p> <p>Los pacientes que informaron de su ingreso en el hospital a raíz de un error, manifestaron una pérdida de confianza en la unidad asistencial de 17 puntos porcentuales de media (de forma más acusada en el caso de enfermos en diálisis, 25</p>

	<p>puntos porcentuales).</p> <p>Los supuestos errores clínicos, en opinión de los entrevistados, se debieron sobre todo a la falta de tiempo para atender a todos los pacientes y a la insuficiencia de medios y recursos, sin diferencias estadísticamente significativas entre ambas submuestras.</p>
Discusión	<p>Los pacientes constituyen una fuente relevante y complementaria de información para mejorar la seguridad clínica. Pueden informar de fallos de sistemas y de errores, en ambos casos información útil para modificar protocolos y guías. También, nos ofrecen pistas sobre su percepción de seguridad (confianza) en el sistema sanitario y sus profesionales, que permite revisar la información que conviene trasladar a los pacientes.</p> <p>En este caso, un 6% de los diabéticos y un 10% de los enfermos en diálisis dijeron haber sido víctimas de un error clínico que requirió un tratamiento adicional, incluido el ingreso hospitalario. Estas cifras, son cercanas a las aportadas en estudios prospectivos con revisión de la situación clínica del paciente, tanto en el caso de diabetes, como de diálisis. La distinta metodología empleada en esos estudios no hace factible la comparación.</p> <p>Estos resultados refuerzan la impresión de que los pacientes pueden contribuir a la mejora de la atención sanitaria, informando de la ocurrencia de incidentes para la seguridad de los pacientes. En dos recientes estudios, la fiabilidad de los informes de los pacientes (contrastada con la información clínica disponible) oscilaba entre el 55 y el 77%. Como dato, en el estudio ENEAS, el número de clasificaciones correctas (acuerdo entre profesionales al revisar la historia clínica en busca de EA) osciló entre 65-80%</p>

Análisis Personal	<p>Este artículo muestra la importancia de la seguridad en la atención al paciente en las áreas especializadas de atención médica, y cuyos resultados muestran que las falencias o errores en la seguridad, en la mayoría de los casos se encuentra asociada a la cantidad de pacientes en el área, o a la cantidad de trabajo asociado al área indicada.</p> <p>Este indicador es por ejemplo, uno de los mayores y más frecuentes causales de insatisfacción en los servicios médicos prestados en Colombia, donde la seguridad en la atención del paciente se ve directamente afectada en su calidad, por la cantidad de pacientes que a diario visitan las diferentes áreas médicas de los centros hospitalarios.</p>
--------------------------	---

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE MANIZALES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN ADMINISTRACIÓN EN SALUD**

**GESTION DE LA SEGURIDAD DE LA ATENCION AL PACIENTE
SEGUNDO PERIODO 2013**

MATRIZ PARA ANÁLISIS DE ARTÍCULOS No. 41

Titulo	Cultura de la seguridad del paciente en la atención sanitaria: un estudio bibliométrico
Autor y Año	Camargo Tobias, Gabriela, Queiroz Bezerra, Ana Lúcia, Silvestre Branquinho, Nayla Cecília. 2014.
Ubicación del artículo (base datos)	Google Scholar
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Camargo Tobias, Gabriela, Queiroz Bezerra, Ana Lúcia, Silvestre Branquinho, Nayla Cecília. Cultura de la Seguridad del Paciente en la Atención Sanitaria: Un Estudio Bibliométrico..[revista en la Internet]. Enfermería global, Vol. 13, nº 1 (2014) [citado 2014 Ene 17]; 11(27): 186-197. Disponible en: http://hdl.handle.net/10201/37589 .
Objetivo del artículo	El objetivo de este estudio es describir las características de la literatura científica sobre la seguridad de los pacientes en relación con la gestión de la seguridad y la cultura de la organización.
Palabras Clave	
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	<p>En los servicios de salud, la calidad se ha convertido en una ventaja competitiva para las organizaciones hospitalarias. La sociedad exige cada vez más la excelencia en los servicios que a ella son prestados, lo que hace que sea esencial la creación y adecuación en los procesos organizacionales y el desarrollo de una cultura organizacional y de seguridad en la asistencia a los pacientes.</p> <p>La cultura organizacional es la personalidad de la organización y, como tal, se</p>

	<p>manifiesta en sus políticas, decisiones y cotidiano de su funcionamiento diario, en las formas con que las personas interaccionan entre sí, cómo hacen su trabajo y comunican entre sí (3). Con el análisis de la cultura organizacional de un determinado servicio, es posible identificar cómo es la institución, lo que pretende ser y lo que su gestión es capaz de realizar con sus fuerzas y debilidades para lograr la calidad y desarrollar una cultura centrada en la seguridad del paciente.</p> <p>En las instituciones de salud, la cultura de la seguridad está emergiendo como uno de los requisitos esenciales para evitar la ocurrencia de incidentes, a través de la gestión del riesgo en el que los profesionales comunican los errores y actúan de forma proactiva en el rediseño de los procesos para evitar nuevos incidentes.</p>
Muestra	<p>La recolección de datos he sido realizada en junio de 2012, en la Biblioteca Virtual en Salud (BVS), mediante la consulta de la base de datos de la Literatura Latinoamericana y del Caribe de la Salud.</p> <p>Se encontraron 135 indicaciones y, después del análisis de los registros (título, resumen y descriptores o sólo el título y descriptores), 106 publicaciones fueron consideradas relevantes para el tema discutido. Se utilizó el programa Microsoft Excel versión 2007 para construcción de una herramienta de registro de datos, en la que las variables fueron distribuidas, siendo después calculadas las frecuencias simples y relativas.</p>
Intervención y proceso medición	<p>Estudio descriptivo del tipo bibliométrico, que es un método accesible para el análisis cuantitativo de la producción científica sobre un tema en particular. Este método también permite la recuperación de la información, subvenciona la evaluación cualitativa de la actividad científica esencial para que el investigador pueda seguir lo</p>

	<p>que se produce en su área de estudio.</p> <p>.</p>
Resultados	<p>Se analizaron 106 publicaciones en el período de siete años, 2006 - 2012. La trayectoria de las publicaciones observó tendencia ascendente, desde 2010. En 2011 ocurrió el mayor número de publicaciones 51 (48,1%).</p> <p>Fueron encontradas indicaciones utilizando los descriptores del tema seguridad del paciente en sólo dos bases de datos, siendo 95 (89,6%) en el MEDLINE y 11 (10,4%) en la base de datos LILACS. En las bases IBECS, Cochrane y SciELO no fueron encontrados indicaciones.</p> <p>En cuanto al tipo de estudio, 79 (74,5%) fueron artículos originales, 14 (13,2%) artículos de revisión, siete (6,6%) editoriales, dos (1,9%) relatos de experiencia, dos (1,9%) noticias, dos (1,9%) tesis doctorales.</p>
Discusión	<p>En las bases de datos consultadas fueron encontradas 106 publicaciones solo desde 2006. Durante tres años consecutivos el número de artículos ha sido escaso, y a partir de 2010 tuvo un aumento significativo de las publicaciones demostrando el interés de los investigadores en el tema. Una de las explicaciones podría ser el hecho de que el mismo año, la <i>Joint Commission International</i> (JCI) ha puesto en marcha las metas internacionales para la seguridad del paciente, con énfasis en los ambientes seguros en salud a través de la gestión de riesgos para evitar el error). La JCI es una importante organización no gubernamental americana que evalúa la calidad del servicio de los hospitales en los EE.UU. En Brasil, la JCI recomienda que existan herramientas para medir y monitorear el desempeño de una institución y propone el uso de instrumentos de notificación y análisis crítica sobre las causas de su ocurrencia e implantación de medidas de calidad.</p>
Análisis Personal	<p>La seguridad en la atención del paciente podríamos decir, es un tema relativamente moderno, del cual en muchos países apenas se está empezando a tomar conciencia,</p>

	<p>de que debe ser incluida dentro los temas fundamentales para el desarrollo de programas y procesos dentro de las unidades hospitalarias, en cuanto a los procesos que se manejan con los pacientes.</p> <p>La teoría, o los artículos publicados se han convertido en el elemento fundamental de análisis no solo académico, sino también para la implementación de políticas que permitan subsanar cantidad de inconsistencias que se presentan a la hora de prestar los servicios médicos de tal manera que no se vea involucrada bajo ninguna aspecto la calidad del servicio ofrecido al paciente.</p> <p>Pero necesariamente en muchos países, el tema no ha tenido la relevante importancia que debería tener, y la profundización en el mismo es poca, encontrándose entonces, que no existen importantes fundamentos teóricos que permitan ofrecer adecuadas respuesta en la práctica médica.</p>
--	--

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE MANIZALES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN ADMINISTRACIÓN EN SALUD**

**GESTION DE LA SEGURIDAD DE LA ATENCION AL PACIENTE
SEGUNDO PERIODO 2013**

MATRIZ PARA ANÁLISIS DE ARTÍCULOS No. 42

Título	Cultura De Seguridad Del Paciente Por Personal De Enfermería En Bogotá, Colombia
Autor y Año	Olga Gómez Ramírez, Wendy Arenas Gutiérrez, Lizeth González Vega, Jennifer Garzón Salamanca, Erika Mateus Galeano, Amparo Soto Gámez 2011 .
Ubicación del artículo (base datos)	Scielo Chile
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Gómez Ramírez Olga, Arenas Gutiérrez Wendy, González Vega Lizeth, Garzón Salamanca Jennifer, Mateus Galeano Erika, Soto Gámez Amparo. CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE POR PERSONAL DE ENFERMERÍA EN BOGOTÁ, COLOMBIA. Cienc. enferm. [revista en la Internet]. 2011 Dic [citado 2014 Ene 18] ; 17(3): 97-111. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532011000300009&lng=es . http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532011000300009 .
Objetivo del artículo	Caracterizar la cultura de seguridad del paciente referida por el personal de enfermería en instituciones de tercer nivel en Bogotá, durante el primer semestre del 2009
Palabras Clave	Seguridad del paciente, personal de enfermería, administración de la seguridad.
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	La preocupación por la seguridad del paciente surge a partir de la documentación de la incidencia de eventos adversos que impactan negativamente en la calidad de la atención en salud, tal como se indicó en la 55 ^a Asamblea Mundial de la Salud en 2002, en la que se mostró el alto costo de estos eventos en términos materiales y de oportunidad para los servicios de salud, y más importante aún, como determinante en la vigilancia y mantenimiento del bienestar del paciente. Esta temática ha sido abordada desde finales del siglo pasado, pero sólo a partir del año 2000, con la

	<p>publicación del libro "<i>Errar es Humano</i>", del Instituto de Medicina de la Academia Nacional de Ciencias de los Estados Unidos de América, se dimensionó el impacto de los errores en los procesos de atención en salud. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en los países en vía de desarrollo, el 77% de los eventos adversos corresponden a casos de medicamentos adulterados y de baja calidad, el mal estado de la infraestructura y de los equipos médicos, el escaso control de las infecciones y la falta de cultura hacia la seguridad del paciente, entre otros, conducen a una mayor probabilidad de ocurrencia de eventos adversos evitables .</p> <p>Por lo tanto, los profesionales de la salud están llamados a hacerse parte, a nivel personal e institucional, de las iniciativas que buscan estudiar y disminuir el impacto negativo de esta problemática en los sistemas de Salud. La OMS, respondiendo a esta problemática, ha propuesto lineamientos que se exponen a través de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente.</p> <p>Sin embargo, a pesar de la relevancia y el auge de la temática abordada, relativamente pocos investigadores han examinado el concepto "cultura de seguridad" en la atención en salud, específicamente en relación con el cuidado de enfermería. Esta investigación propone describir la cultura de seguridad del paciente referida por el personal de enfermería en instituciones de tercer nivel en Bogotá.</p>
Muestra	La muestra estuvo constituida por 201 profesionales y técnicos en enfermería que aceptaron participar voluntariamente y cumplieron los requisitos de inclusión planteados.
Intervención y proceso medición	Para responder el propósito de la investigación se realizó un estudio no experimental de tipo descriptivo exploratorio, de corte transversal, con modalidad de encuesta, realizado entre enero y junio de 2009. La muestra fue tomada de manera aleatoria estratificada, conformada por 201 participantes (110 profesionales y 91 auxiliares de enfermería) que laboraban en instituciones prestadoras de servicios de salud de III

	<p>nivel de atención que cumplieron los siguientes criterios de inclusión: ser trabajador activo en la institución seleccionada, ser profesional o técnico de enfermería y trabajar en el área clínica asistencial.</p>
<p>Resultados</p>	<p>Sección A: Su servicio / unidad</p> <p>La media general que obtuvo la sección A fue de 3,31. La media mínima por preguntas pertenece a las preguntas A22 (<i>Mi superior/ jefe pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente</i>) y A2(<i>Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo</i>) con una media de 2.16 cada una. La media máxima pertenece a la pregunta A4 (<i>En esta unidad nos tratamos todos con respeto</i>) con 4.03.</p> <p>La desviación típica general para la sección A es de 1.21, la desviación mínima por preguntas de la sección A pertenece a la pregunta A9 (<i>Cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo</i>), con 0.96 la desviación máxima pertenece a la pregunta A10 (<i>No se producen más fallos por casualidad</i>) con 1.57. En cuanto a la asimetría general para la sección A arrojó una asimetría negativa con una desviación superior a la izquierda de -0.74. La curtosis general en la sección A fue de 0.82 con una concentración Leptocúrtica.</p> <p>Sección B: Su hospital</p> <p>La media general fue de 3.01. La media mínima fue 2.56 en la pregunta B33 (<i>Surgen problemas en la atención de los pacientes como consecuencia de los cambios de turno</i>). La media máxima por pregunta fue de 3.46 en la pregunta B32 (<i>Los servicios/unidades trabajan de forma coordinada entre sí para proporcionar la mejor atención posible a los pacientes.</i>), siendo esta misma pregunta la que presentó la mínima desviación estándar con 1.15. La pregunta con máxima desviación estándar fue la B30 (<i>La gerencia o dirección del hospital muestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades</i>) con 1.38. La asimetría general fue negativa con desviación hacia la izquierda de -0,29. La curtosis general para la sección B</p>

muestra un puntaje de -0.69 que corresponde a una distribución de datos platicúrtica.

Sección C: Comunicación en su servicio/ unidad

La media general que obtuvo la sección C fue de 3.23. La media mínima fue de 2.47 para la pregunta C39 que indaga acerca del temor del personal a hacer preguntas sobre lo que parece que se había hecho de forma incorrecta. Las preguntas con el resultado de media máxima son la C36 (*Se nos informa de los errores que ocurren en este servicio/ unidad*) y la C40 (*Se notifican los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente*) con 3.72. La asimetría general fue negativa con desviación hacia la izquierda de -0,67. La curtosis general en la sección C es de 0.47 con una concentración mesocúrtica.

Al consolidar la calificación media obtenida en las secciones anteriores se encuentra que estas secciones son en general percibidas de forma positiva por los participantes:

Sección D: Información complementaria

En la sección D se evidencia un patrón en el cual los mayores porcentajes de trabajadores de salud encuestados afirman haber empezado a trabajar en el lapso 2001-2009 (36%) y en el mismo lapso de tiempo haber empezado a desempeñarse en el hospital y servicio que trabajan actualmente (42.7% y 64.7% de la muestra, respectivamente). Así mismo un 89% (179 individuos) aseguraron mantener contacto directo con el paciente en su trabajo habitual como enfermeros profesionales (32.3%) o auxiliares de enfermería (50.2%); al indagar respecto a los incidentes reportados el último año, 128 individuos (63.6% de la muestra) afirmaron que *no habían reportado ningún incidente*, y 68 individuos (33.8%) afirmaron que habían reportado menos de 10 incidentes. En el análisis de las preguntas relacionadas con el proceso de elaboración de historias clínicas se encuentra que el 48% de los participantes afirma que son informados los cambios de medicación de los pacientes de forma clara y rápida, 35.8 % afirma que antes de realizar una nueva prescripción de medicamentos se tiene en cuenta los medicamentos que está tomando el paciente, y apenas un 28%

	<p>(58 individuos) indica que cualquier información que afecte al diagnóstico del paciente es <i>comunicada de forma clara y rápida</i> a todos los profesionales implicados en la atención de ese paciente.</p>
Discusión	<p>La caracterización de la cultura de seguridad del paciente referida por el personal de enfermería, en instituciones de tercer nivel en Bogotá, permitió evidenciar los valores y creencias de un recurso humano valioso e indispensable en el cuidado de la salud de las personas, por medio de la percepción de dicho personal acerca de las diferentes dimensiones sugeridas por el instrumento Hospital Survey on Patient Safety Culture Versión Española, lo que genera un importante aporte para el abordaje de las intervenciones institucionales en pro del mejoramiento de la calidad de la atención en salud.</p> <p>Los siguientes aspectos que hacen parte de la cultura de seguridad y se destacan como relevantes en la percepción de los participantes: la comunicación oportuna, efectiva y de calidad dentro de los miembros del equipo de salud para la identificación de oportunidades de mejora en la correcta atención del paciente. Así mismo la retroalimentación de los errores en la atención y de sus respectivas alternativas de solución, además de prevenir futuros eventos adversos en el cuidado del paciente, permite entablar una relación de confianza y compromiso dentro del equipo de salud encargado del mismo.</p> <p>Los hallazgos actuales y previos en cultura de seguridad del paciente constituyen un aporte disciplinar importante, pues primero documentan y, luego, respaldan las acciones que en este campo se llevan a cabo en la práctica clínica, y además son el primer paso hacia la construcción unificada de parámetros de actuación ante situaciones específicas de la práctica de enfermería respecto de la seguridad del</p>

	<p>paciente, lo que permite el fortalecimiento de los equipos de enfermería a modo individual e in-terdisciplinar, y sin duda se pone de relieve en la calidad y seguridad de la atención.</p>
<p>Análisis Personal</p>	<p>En Colombia la seguridad en la atención al paciente, es un tema que de hecho ya lo hemos analizado ampliamente en otros artículos revisados, y que compromete múltiples factores.</p> <p>Pero que sin embargo, el análisis de este artículo en especial muestra que existe en muchos aspectos una relación directa entre la importancia de la seguridad del paciente y el desempeño laboral en las áreas en donde se realizó el estudio. Cuyo reflejo se ve en las respuestas que indican que de una u otra forma se han buscado mecanismos que permitan minimizar los riesgos del paciente, teniendo en cuenta que aún es necesario implementar diferentes modelos y analizar los múltiples factores que influyen en la adecuada seguridad en la atención del paciente en Colombia.</p>

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE MANIZALES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN ADMINISTRACIÓN EN SALUD

GESTION DE LA SEGURIDAD DE LA ATENCION AL PACIENTE
SEGUNDO PERIODO 2013

MATRIZ PARA ANÁLISIS DE ARTÍCULOS No. 43

Titulo	La política nacional para la seguridad del paciente Asociada con las infecciones de salud
Autor y Año	World Health Organization - African Partnership for Patient Safety Framework. 2012
Ubicación del artículo (base datos)	Organización Mundial de la Salud
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	1. Organización Mundial de la Salud [sitio web]. África. Asociación Africana para la Seguridad del Paciente. 2012. [Consultado el 19 de diciembre 2013]. Política nacional para la seguridad del paciente. [Número 10 hoja]. Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/implementation/apps/resources/APPS_Improving_PS-1st_steps_2012_03_EN.pdf
Objetivo del artículo	Desarrollar alianzas en la seguridad del paciente con el fin de mejorar la seguridad de los pacientes en los hospitales que tienen como objetivo catalizar la expansión de la mejora de la seguridad del paciente en los hospitales, las comunidades y los países.
Palabras Clave	Políticas, Seguridad del paciente, Infecciones de atención médica.
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	Mejorar la seguridad del paciente –El programa primeros pasos, está diseñado para ayudar a los equipos que participan en la Asociación Africana para la Seguridad del Paciente, a entender las acciones necesarias para fortalecer sus sistemas de seguridad de hacia los pacientes , para así mejorar y promover mejoras en la seguridad del paciente . Sin embargo, el documento también puede ser utilizado por cualquier persona interesada en la mejora de la seguridad del paciente en las instituciones de salud

	<p>africanas.</p> <p>Mejorar la seguridad del paciente –El programa primeros pasos, sugiere enfoques para mejorar cada una de las 12 esferas de acción, sobre la seguridad del paciente y proporciona un punto de partida para los auditores en la seguridad del paciente.</p> <p>La política nacional para la seguridad del paciente sugiere :</p> <p>Desarrollar una política de seguridad para los pacientes del hospital, Trabajar con un equipo de APPS, los puntos principales a nivel nacional, para promover las políticas sobre la seguridad del paciente y desarrollarlas para que sirvan como modelos.</p> <p>Integrar al hospital con los proyectos nacionales: Infórmese de la lista de todos los proyectos apoyados por los planes nacionales en relación a la seguridad del paciente y explore la aplicabilidad del proyecto en el hospital.</p> <p>Identificar algún funcionario para hacer un enlace con las políticas nacionales: Dentro su grupo de personas dedicadas a mejorar la salud del paciente, Seleccione un funcionario líderes para actuar como enlace con los encargados de formular políticas y promover las acciones necesarias. Contactar a las organizaciones no gubernamentales en materia de seguridad : Compruebe cómo el hospital puede trabajar con las organizaciones no gubernamentales (ONG) para apoyar el desarrollo de la política de seguridad del paciente</p>
Muestra	Métodos de orientación se ensayaron en cuatro países en desarrollo y demostraron que se puede utilizar con eficacia incluso, en la ausencia de registros médicos adecuados.
Intervención y proceso medición	Se examinaron los eventos adversos para identificar los vacíos que afectan la salud del paciente y así, decidir las prioridades para la acción. Una vez que se establezcan prioridades, se desarrolla un plan de acción con la participación de las asociaciones en

	<p>el hospital y se toman las medidas necesarias para subsanar las deficiencias detectadas. Se revisa el proceso cada seis meses, y luego se procede a una evaluación anual de todo el ciclo.</p>
Resultados	<p>El Plan primeros pasos, se basa en la suposición, que las mejoras se inician en desde ceros o donde muy poco ha sido implementado en pro de la seguridad el paciente, o que los Planes anteriores no han dado los resultados esperados. Este documento muestra una lista de consideraciones críticas para los mejorar la seguridad de los pacientes, en cada una de las 12 áreas de acción que se describen en este trabajo</p> <p>Mejorar la Salud del paciente de acuerdo a los planes realizados superando el nivel de seguridad hacia el paciente que se tenía inicialmente.</p>
Discusión	<p>Consideraciones importantes para el desarrollo de la seguridad del paciente.. Algunos de los temas pueden haber sido ya abordado, por lo que se hará hincapié en el fortalecimiento y la sostenibilidad del mismo. El programa de seguridad del paciente ha dedicado mucho tiempo y atención al desarrollo de algunas características importantes diseñadas para formar a los trabajadores y garantizar una medición robusta de la magnitud de los daños en el área de la propuesta de salud.</p>
Análisis Personal	<p>Los programas relacionados con la seguridad del paciente se han convertido en una herramienta fundamental para el desarrollo de políticas que brinden a los pacientes estabilidad y seguridad en las consultas y asistencias a sitios médicos.</p> <p>El análisis de diferentes variables relacionadas con la gestión de seguridad del paciente en diferentes países nos han demostrado la importancia de los diferentes programas que se implementan, de los cuales para nuestro trabajo de investigación resultan aspectos interesantes.</p>

	<p>Al respecto, la revisión del presente artículo nos trata de crear un impacto positivo en las instituciones al tomar medidas que se están planteando con el fin de reforzar sus estrategias en seguridad hacia y de los pacientes, teniendo en cuenta que si se aplica correctamente se puede lograr una reducción significativa en la incidencia de eventos adversos dentro de las instituciones clínicas.</p>
--	---

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE MANIZALES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN ADMINISTRACIÓN EN SALUD**

**GESTION DE LA SEGURIDAD DE LA ATENCION AL PACIENTE
SEGUNDO PERIODO 2013**

MATRIZ PARA ANÁLISIS DE ARTÍCULOS No. 44

Titulo	El cuidado y la tecnología en las unidades de cuidados intensivos
Autor y Año	Patrícia Kuerten Rocha, Marta Lenise do Prado, Patrícia Fernanda de Almeida Cabral, Ana Izabel Jatobá de Souza, Jane Cristina Anders, 2013
Ubicación del artículo (base datos)	Scielo
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Kuerten Rocha Patrícia, Prado Marta Lenise do, Almeida Cabral Patrícia Fernanda de, Jatobá de Souza Ana Izabel, Anders Jane Cristina. El cuidado y la tecnología en las unidades de cuidados intensivos. IndexEnferm [revista en la Internet]. 2013 Sep [citado 2014 Feb 01]; 22(3): 156-160. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962013000200009&lng=es . http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962013000200009
Objetivo del artículo	Reconocer el compromiso como profesionales y hacer que la tecnología sea un medio y no un fin, porque la finalidad de la atención es satisfacer las necesidades de los seres humanos.
Palabras Clave	Atención de Enfermería, Enfermería, Tecnología Biomédica, Unidades de Cuidados Intensivos
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	Desde la perspectiva de la tecnología, la visión acerca del cuidado nos hace pensar sobre la capacidad inherente de los seres humanos para buscar innovaciones que transformen la vida cotidiana, la calidad de vida y logren la satisfacción personal. Para entender el actual contexto de la atención y el arte de cuidar en el mundo tecnológico de las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), es necesario revisar y reflexionar sobre los diferentes momentos históricos, sobre la comprensión de la evolución cultural y tecnológica que nos remiten a nuevos conceptos acerca de la

	<p>atención y la tecnología dentro de las UCI.</p> <p>El concepto de cuidado es muy discutido porque se encuentra presente en las diferentes dimensiones del proceso de la vida, la enfermedad y la muerte, y en las diferentes percepciones según la mirada del cuidador, del ser que es cuidado y del medio ambiente. El cuidado como concepto o acto es complejo porque trata de dos esferas distintas al mismo tiempo: la objetiva y la subjetiva, además del uso apropiado de la tecnología. Tecnología aquí entendida como un mediador de la racionalidad y de la subjetividad, la intuición, la emoción y la sensación, por lo que hace de la razón y de la sensibilidad, medios para fortalecer y mejorar los cuidados de enfermería, cuya puesta en práctica requiere la incorporación de procesos y productos: expresiones tecnológicas de conocimiento.</p> <p>Por lo general, cuando nos referimos a la tecnología utilizada en las UCI pensamos en la ella como un producto o un proceso. La tecnología como proceso implica el conocimiento y las habilidades, y debe distinguirse de la tecnología como un producto, que es representada por los equipos o por los dispositivos tecnológicos, los cuales configuran una expresión de la tecnología que resulta del conocimiento que hace posible ese producto, que luego se convierte en equipo.</p>
Muestra	<p>La implementación de tecnologías en las UCI, una de ellas la ecografía portátil, recurso ha sido ampliamente estudiado y utilizado en los países desarrollados, no solo para la detección de infecciones, sino también para diferenciar las células cancerígenas y otras enfermedades de las vías respiratorias</p>
Intervención y proceso medición	<p>El uso de este tipo de atención brindada a los pacientes solo se informa de nuevo en 1923, cuando el Dr. Walter Dandy, del hospital <i>Johns Hopkins</i> en Baltimore - EEUU, describe el uso de unidades especiales postoperatorias para pacientes</p>

	<p>neuroquirúrgicos. Sin embargo, la necesidad mayor de implementación de estas unidades se produjo en 1950 con la epidemia de poliomielitis, que hace necesario el uso de respiradores o "<i>iron-lung</i>" para estos pacientes.</p> <p>En Brasil, la implementación de las UCI en los hospitales generales se produjo en la década de los sesenta con los avances técnicos y científicos. En consecuencia, surge la necesidad de profesionales de la salud calificados para ejercer esta nueva labor, especialmente con respecto al uso de la tecnología.¹⁰ En esa época, también se inicia el desarrollo de investigaciones sistemáticas en busca de un corpus específico de conocimiento enfermero, así como la elaboración de modelos conceptuales para la práctica de la Enfermería.</p> <p>La construcción del conocimiento enfermero tuvo sus primeros intentos al sistematizar las técnicas, y más tarde, con la preocupación en la organización de los principios científicos.¹ Así, a través de la base científica de los cuidados de enfermería se produce el reconocimiento de la expresión tecnológica de la atención como un proceso y un producto</p>
Resultados	<p>La atención recibida en las UCI sufrirá importantes cambios en las próximas décadas, con avances en los diferentes tipos de tecnología, en diversas áreas, lo que afectará la gestión de la atención y de la enfermería y la salud. La formación del equipo a través de simuladores ya es una realidad en los países desarrollados y algunos cursos específicos que los utilizan, pero la tendencia es que ello se propague. La razón de esta expansión resulta por el hecho de ser herramientas que promueven la formación estandarizada, segura, y por promover el desarrollo de habilidades y conocimientos, además de constituir una importante estrategia en la educación continua. También pueden ser utilizados para el entrenamiento de procedimientos de diferente complejidad, invasivos y sofisticados, tales como la laparoscopia, o procedimientos más simples, como las inyecciones intramusculares.</p>

Discusión

Cuando pensamos en la dualidad de la atención y la tecnología en un entorno de cuidados intensivos, debemos cuestionar la finalidad del cuidado para luego entender y elegir qué tecnología usar. Sin embargo, las innovaciones tecnológicas, especialmente las duras, nos llevan a menudo a incluirlas en la atención sin tener una idea real de la necesidad de las mismas. Cabe destacar que es la atención la que utiliza la tecnología, y cuando hay tal entendimiento tendremos una atención más eficiente, segura, y convergente a las necesidades del ser que es cuidado.

En muchas ocasiones, las UCI pueden ser vistas como una representación de la esperanza para los pacientes/familias, o como un último intento, un resultado o un adiós, lo que ocasiona una responsabilidad ilimitada a los profesionales de la salud porque las intervenciones realizadas, las promesas no dichas, y las limitaciones tecnológicas y físicas a menudo demuestran las imposibilidades de la atención o de un cuidado limitado, el cuidado de un cuerpo y no de una vida.

Según esta comprensión, la tecnología no puede ser vista solo como algo concreto, como un producto tangible, sino como resultado de un trabajo que implica un conjunto de acciones abstractas o concretas que tienen un propósito, en este caso, la atención de la salud. Por lo tanto, la tecnología permea el proceso del trabajo en salud, contribuyendo a la construcción del conocimiento (y a su propia expresión): está presente desde el momento de la idea inicial, en el diseño y en la aplicación del conocimiento, pero también es el resultado de esta misma construcción. O sea, es al mismo tiempo el proceso y el producto. Además, la tecnología también aparece en cómo las relaciones se establecen entre los agentes, en la forma como se realiza el cuidado de la salud, entendido aquí como un trabajo vivo en acción.

Análisis Personal	<p>La tecnología puesta al servicio de la salud, tiene que estar a la vanguardia en todos los procesos, por eso en la seguridad de la atención al paciente, ésta juega un papel muy importante.</p> <p>Los procesos tecnológicos tienden a mejorar la calidad en la prestación de los servicios profesionales de todas las áreas, en el campo médico la tecnología es quizás el elemento de mayor relevancia, pero claramente la seguridad del paciente debe estar por encima de ello, y los protocolos en materia de uso de tecnología deben estar ajustados de manera directa al desarrollo de métodos que permitan la interacción de tecnología y seguridad de manera precisa.</p>
--------------------------	---

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE MANIZALES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN ADMINISTRACIÓN EN SALUD**

**GESTION DE LA SEGURIDAD DE LA ATENCION AL PACIENTE
SEGUNDO PERIODO 2013**

MATRIZ PARA ANÁLISIS DE ARTÍCULOS No. 45

Titulo	Indicadores de calidad de la seguridad del paciente en la enfermería de emergencia: un valor seguro.
Autor y Año	OrtellsAbuye, N.; Paguina Marcos, M, 2012.
Ubicación del artículo (base datos)	SciELO
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	OrtellsAbuye N., Mark M. Paguina. Indicadores de calidad y seguridad de los pacientes en la enfermería de emergencia: un valor seguro. Enfermera. glob. [revista en la Internet]. 2012 Abr [citado el 18 de enero 2014], 11 (26): 184-190. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412012000200012&lng=es . http://dx.doi.org/10.4321/S1695-61412012000200012 .
Objetivo del artículo	Para cuantificar el grado de cumplimiento de los indicadores de seguridad en el servicio de urgencias.
Palabras Clave	Calidad de la atención de la salud, seguridad, atención de enfermería, emergencias médicas.
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	La seguridad de los pacientes, que se define como la dimensión de la calidad de la atención que busca reducir y prevenir los riesgos asociados con el cuidado de la salud está ganando cada vez mayor interés y es uno de los pilares de la política de salud . Es importante conocerla desde el imperativo ético de primum non nocere ("por encima de todo, no hacer daño") , y la convicción de que no es aceptable que un paciente reciba daños por la atención recibida en un centro de salud , que se espera sea el curador y proporcionar comodidad y la calidad de vida . El informe Errar es representado llamada humad sobre la necesidad de un sistema de salud más seguro , con estimaciones que apuntan a una cifra anual de 98.000 muertes se podrían haber evitado a los Estados Unidos . En España , el estudio mostró que ENEAS a 9,3 % de

los pacientes ingresados en el hospital sufren efectos adversos relacionados con la atención de la salud. Las principales causas se identifican el uso de drogas (37,4 %) , la infección nosocomial (25,4 %) y la aplicación de técnicas y procedimientos (25,0 %) . En 43 % de los casos , estos eventos adversos podrían ser considerados evitables .

La Organización Mundial de la Salud ha formado la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente que conduce y promueve campañas internacionales de sensibilización en este ámbito . La primera está dedicada al lavado y la higiene de manos , y ahora presenta la campaña para la cirugía segura. En este marco , el Ministerio de Salud ha definido la prioridad del Plan de Calidad del SNS para las actividades de seguridad del paciente . Cataluña también se ha adherido a estas iniciativas. El Departamento de Salud ha promovido la Alianza para la Seguridad del Paciente en Catalunya como una forma de promover diferentes iniciativas y acciones para mejorar la seguridad clínica . Se representan en esta iniciativa y participan actores y grupos de interés diferentes , como las organizaciones profesionales, los proveedores y las organizaciones de pacientes.

Los indicadores de calidad, nos permiten objetivar las situaciones relacionadas con la seguridad clínica , tratando de reducir los riesgos para el paciente que interactúa con el sistema de salud está expuesta . Un indicador es una medida cuantitativa que se utiliza como guía para monitorear y evaluar la calidad de los aspectos importantes de la práctica clínica. Los indicadores tienen la ventaja de la medición de aspectos concretos y específicos de la atención. Son datos válidos, fiables y objetivos , muestran resultados cuantitativos y nos dan la oportunidad de comparar los estándares de cumplimiento disponibles que determinan si los resultados que

	<p>obtuvimos en nuestro servicio son correctas o no, y nos permiten realizar acciones de mejora.</p> <p>El objetivo de este estudio fue analizar el grado de cumplimiento de los 4 indicadores de la Sociedad de Medicina Catalán d' urgencias (SCMU) y uno adaptado de VINCat a la sala de emergencias del Hospital de Palamós , en 2010 , eran más parte de los objetivos que tiene en la gestión de enfermería de emergencia por objetivos (DPO) .</p>
Muestra	<p>Estudio transversal. En la sala de emergencias del departamento de emergencia de un total de 55.016 fueron tratados en 2010, con una media diaria de 150 visitas. Abandonos excluidos Servicio sin antes hacer triage.</p> <p>Los retrasos del tiempo de clasificación a las variables, ECG puerta clima (electrocardiograma) en el SCA (síndrome coronario agudo) y de puerta a la aguja en el IAM (infarto agudo de miocardio) se registraron. Este registro se realiza en forma mensual por el servicio y la información de evaluación de recerca.</p> <p>Una auditoría interna se realiza 2 veces al año por el director de enfermería, donde se evaluaron todos los pacientes en el servicio de urgencias del censo, la identificación correcta y una auditoría interna se realiza 3 veces al año por un miembro del comité de infecciones que evalúan todos los pacientes en forma intravenosa de emergencia portadores de catéter donde la fijación del catéter aséptica correcta y valorada.</p>
Intervención y proceso medición	<p>Los indicadores se han establecido para estudiar, los registros informáticos a todas horas de la entrada del paciente, las horas de enfermería de tiempo triage, horas de médico de tratamiento, pruebas y más alto.</p> <p>Los retrasos se explican por variables como el tiempo de triage, ECG puerta del tiempo (electrocardiograma) en el SCA (síndrome coronario agudo) y aguja de la</p>

	puerta en el infarto agudo de miocardio (IAM) La auditoría interna se lleva a cabo y apreciado de la identificación correcta y la asepsia de los catéteres intravenosos
Resultados	<p>En 80,3% de los casos de enfermería de triage se hace en menos de 10 minutos por debajo de la norma de calidad de 85%. La fibrinólisis se lleva a cabo en el IAM en menos de 10 minutos en un 32%. ECG de SCA se realiza en menos de 10 minutos en el 26% de SCA de visita en la sala de emergencia, cuando la flota es de 95%</p> <p>97.56% de la emergencia fueron correctamente identificados y el 90,9% de los catéteres intravenosos mantener aséptica adecuada.</p>
Discusión	<p>Tiempo Triage fue adecuado en el 80,3 % de los casos y debe ser del 85 %. En otros hospitales es aún mayor , como el Hospital Nostra Senyora de Meritxell (86,9 %). Puede provocar el incumplimiento de la norma de calidad, en el que toma parte constantes de triage en los grados 1,2,3 y , según sea necesario , en los grados 4 y 5, en adultos y niños , así como todos los pacientes que van a la sala de partos , siendo valoración suficiente de los signos clínicos . Por otra parte, sólo una enfermera realiza el triagey, a su vez, asume las funciones de la Unidad de Soporte Vital Avanzado (USVA) alivió produce demora en la atención .</p> <p>En cuanto a la hora de realizar un ECG en ACS, sólo era apropiado en el 26% , lejos de la norma de calidad del 95% y por debajo del estudio de García- Castrillo estudio EVICURE Riesgo II. Al relatar este indicador no incluye el ECG realizado en el centro de atención primaria (CAP) o la USVA. La mayor parte de la enfermera de triage ECG solicitados y no realizan necesariamente. Los estudios aconsejan no realizar aumento de triage en el retraso de triages posteriores.</p> <p>El tiempo para realizar una fibrinólisis se indica en el IAM también cayó por debajo de la norma de calidad, siendo sólo correcta en el 32% de los casos. En el estudio del</p>

	<p>tiempo Expulsado del paciente llega al hospital hasta el inicio del trombolítico (aguja puerta) fue $78,7 \pm 73,8$ minutos (rango 30-300 minutos) . El hospital del estudio tiene la UCI y el médico de urgencias que decide su administración. Este estudio se refiere a que los mejores tiempos se obtienen de modo que los hospitales con UCI. Un estudio indicó que las principales causas de la demora en la realización e interpretación del ECG (16 % y 6 % , respectivamente) , el retraso en la preparación de la droga (8 %) y de retardo interconsultas. Es importante una buena preparación para la enfermera de triage para acelerar el proceso.</p>
Análisis Personal	<p>La calidad en la prestación de servicios médicos, está marcada por diferentes aspectos que lo hacen fuerte o vulnerable, dependiendo de muchas variables. Pues necesariamente la seguridad en la atención al paciente incluye diferentes tópicos que deben tenerse en cuenta siempre en la prestación del servicio médico.</p> <p>Al respecto es importante entender que necesariamente las normas establecidas, en muchos casos difieren de las que se utilizan o practican en los procedimientos médicos y protocolos de asistencia a los pacientes en los servicios médicos de las diferentes unidades hospitalarias.</p> <p>En el análisis de este trabajo se muestra que en los estudios hubo bajos porcentajes en los índices de calidad de las pruebas realizadas en procesos de asistencia en los cuales se medía la gestión de la seguridad del paciente, lo que demuestra que es necesariamente una necesidad crear una mayor conciencia y mejorar todos los aspectos de la seguridad en el paciente no sólo la atención en Colombia, sino muchos países.</p>

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE MANIZALES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN ADMINISTRACIÓN EN SALUD**

**GESTION DE LA SEGURIDAD DE LA ATENCION AL PACIENTE
SEGUNDO PERIODO 2013**

MATRIZ PARA ANÁLISIS DE ARTÍCULOS No. 46

Título	Seguridad Y Calidad En La Medicina De Cuidados Intensivos
Autor y Año	C.M. Romero, 2009
Ubicación del artículo (base datos)	SciELO
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	C. M. Romero. Seguridad y Calidad en Medicina Intensiva. Intensivo Med [revista en la Internet]. 2009 Oct [citado el 18 de enero 2014]; 33 (7): 346-352. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-56912009000700005&lng=es .
Objetivo del artículo	Evitar los procesos que predisponen a dañar al paciente. Los pacientes en estado crítico son vulnerables a errores médicos, y pueden experimentar efectos secundarios evitables, a menudo asociada con: medicamentos, ventilación mecánica, y los dispositivos intravasculares. La evidencia disponible actualmente sugiere que la seguridad y la calidad de la atención se pueden mejorar. En este artículo se presentan algunas de las estrategias e intervenciones desarrolladas para optimizar los procesos de atención en pacientes críticamente enfermos, y mejorar la cultura de seguridad en la UCI.
Palabras Clave	Seguridad. Control de calidad. Errores médicos. Efectos adversos. Bundle. UCI.
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	Monitoreo, medición y mejora de la seguridad y la calidad de la atención en la unidad de cuidados intensivos (UCI) representa un gran desafío para la comunidad de cuidado crítico. Seguridad y calidad son dos atributos del sistema de salud que están estrechamente entrelazados. El Instituto de Medicina define la atención de salud de calidad como " el grado en que los servicios de salud aumentan la probabilidad de resultados de salud deseados para individuos o poblaciones, y son consistentes con

	<p>el conocimiento actual de la profesión " En otras palabras, la calidad es una característica del sistema en que la atención de salud se entrega y se necesita, por tanto, la reorganización adecuada para mejorar el trabajo en equipo. Además, el documento afirma que el cuidado de la salud debe cumplir con seis objetivos: ser segura, eficaz, centrada en el paciente, oportuna, eficiente y equitativo.</p> <p>Un modelo conceptual comúnmente utilizado para medir la calidad de la atención se basa en la trilogía de Donabedian : estructura (cómo está organizada la atención) , el proceso (¿qué proveedores de servicios de salud) y de resultados (los resultados obtenidos con el cuidado de la salud) 2.Pronovost et al haber añadido un cuarto componente de este contexto trilogía en la que se entrega el cuidado de la salud, y han llamado la cultura de seguridad porque no hay pruebas de que la cultura local se asocia con resultados clínicos relevantes .</p> <p>Se han desarrollado y propuesto varios indicadores de calidad para la evaluación de pacientes en estado crítico 6, 7, 8,9. Para desarrollar una medida de calidad se necesita : 1) priorizar el área clínica a evaluar, 2) seleccionar el tipo de medición, 3) definir y especificaciones de diseño , 4) elaborar elementos para recopilar información 5) demuestran los datos de recogida de elementos y verificar la validez , reproducibilidad y la viabilidad de las mediciones; 6) desarrollar las puntuaciones y especificaciones analíticas , y 7) para obtener datos de referencia. Las medidas de calidad tienen como objetivo evaluar si todo el proceso de atención de la salud alcanza los objetivos deseados y evitar situaciones que predisponen al paciente a una lesión.</p>
Muestra	En EE. UU. Mueren cada año entre 44.000 y 98.000 pacientes, como resultado de los

	errores clínicos, colocándolo como la séptima causa de muerte en este país.
Intervención y proceso medición	<p>La UCI, sin duda, no la zona hospitalaria más segura. Eventos y errores clínicos adversos ocurren con más frecuencia en las UCI que en otras áreas de un hospital porque ahí es donde los pacientes más complejos, afectados por muchas enfermedades que amenazan la vida, por tanto, reciben un gran número de medicamentos y requieren diferentes procedimientos e intervenciones para la atención. Debido a esto, el riesgo de la exposición a un error clínico o experimentar un efecto adverso en este grupo de pacientes es significativamente mayor que el riesgo de un paciente hospitalizado en una sala general, lo que tiene consecuencias para la morbilidad y los costes.</p> <p>Los principales errores clínicos de causa predisponente, es la falta de comunicación entre los trabajadores de salud. El desarrollo e implementación de herramientas preventivas (lista de comprobación) 29 y la preparación de informes de incidentes o eventos centinela para identificar en qué punto el sistema infringido sean necesarias para que aprendamos de los errores y poder mejorar la seguridad de la atención de la UCI. Los pacientes críticos pueden estar expuestos, a menudo, los efectos adversos prevenibles asociadas con medicamentos, VM y dispositivos intravasculares.</p>
Resultados	<p>La ciencia de la seguridad y la calidad en la medicina de cuidados intensivos está en evolución, pero en esta etapa temprana de desarrollo ya ha generado algunos resultados alentadores. Monitorear y medir la cultura de seguridad con instrumentos validados e implementar medidas para mejorar el clima de trabajo en equipo en la UCI son elementos críticos para mejorar la calidad de la atención y la seguridad de los pacientes críticos. La evidencia disponible indica que es posible lograr este objetivo. La estrategia de los paquetes de atención puede ayudar a mejorar los procesos de</p>

	<p>atención y garantizar que los pacientes reciban las intervenciones necesarias para mejorar sus resultados 99. Una cosa importante a destacar es que muchas de las intervenciones que han demostrado un impacto significativo en la reducción de los errores clínicos y reducir la tasa de infecciones nosocomiales no requieren grandes inversiones de dinero o la tecnología sofisticada, sino un cambio de mentalidad y la reorganización del trabajo en equipo que permite el desarrollo y fortalecimiento de una cultura de seguridad en la UCI. Como ha señalado nuestro colega Antonio GALESIO " mejorar la calidad de atención de la UCI y promover la seguridad del paciente será un científico , social y económico imperativo ético para los próximos años</p>
Discusión	<p>Los pacientes críticos están expuestos a un alto riesgo de experimentar adversa. Los errores en el tratamiento con medicamentos pueden ser recetados, transcripción, dispensación, preparación o administración. Los errores en la administración de medicamentos pueden ocurrir en un tercio de los pacientes hospitalizados en una UCI. Varias estrategias se han descrito en la literatura médica para prevenir tales complicaciones⁸ iatrogénica, incluida la aplicación de un "procedimiento operativo estándar " (Procedimiento estándar) para el tratamiento de drogas.</p> <p>El uso de bombas de infusión ha mejorado la precisión en la administración de fármacos en pacientes en estado crítico , sin embargo , estos dispositivos están involucrados en 35 a 60% de los 700.000 incidentes relacionados con las drogas que se producen cada año en los EEUU UU .Errores en bombas de infusión de programación son los más propensos a causar daño al paciente, Bombas de infusión convencionales no advierten o prevenir en tiempo real sobre estos errores. Recientemente, se ha desarrollado una nueva generación de bombas de infusión con la tecnología inalámbrica llamada " bombas de infusión inteligentes " .Estas bombas</p>

	<p>de infusión incluyen seguridad de software inteligente que permite la creación de una biblioteca de fármacos , que permite a los diferentes protocolos de tratamiento para infusión , por niveles de programación predefinida límites de alarma con respecto a las dosis de medicación , de dosificación unitaria , tasa de dosificación o concentración de la medicación . Trabajos recientes han demostrado bombas de software de seguridad de rendimiento inteligente de infusión adecuada y una reducción en el número de errores asociados con la administración de medicamentos.</p> <p>En 2006, el Instituto de Medicina informó que " cuando se consideran todos los tipos de errores, un paciente hospitalizado puede estar expuesto a una media de uno o más errores de medicación todos los días. " En este documento se afirma que "gran parte de los daños se pueden prevenir ", e indica que los hospitales " deben hacer un mayor uso de las tecnologías de la información en la prescripción y dispensación de medicamentos, incluyendo la adopción de las bombas de infusión inteligentes". De hecho, algunos autores han planteado las bombas de infusión inteligentes ahora deberían considerarse como la norma mínima de la seguridad en la UCI.</p>
Análisis Personal	<p>La relación entre las tasas de mortalidad en los diferentes hospitales, por lo general se relacionan directamente con los eventos adversos que ocurren en las UCI, y forman parte importante de las normas de aplicación en materia de seguridad la atención al paciente dentro de los centros hospitalarios.</p> <p>Este análisis se convierte en uno de los más importantes, ya que las Unidades de Cuidados Intensivos, claramente tienen un mayor nivel de generación de eventos adversos que ponen en peligro las buenas prácticas que deberían estar enmarcadas dentro de la seguridad del paciente en un área tan importante dentro del servicio</p>

	médico como lo son las UCI.
--	-----------------------------

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE MANIZALES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN ADMINISTRACIÓN EN SALUD**

**GESTION DE LA SEGURIDAD DE LA ATENCION AL PACIENTE
SEGUNDO PERIODO 2013**

MATRIZ PARA ANÁLISIS DE ARTÍCULOS No. 47

Titulo	Delirium postoperatorio. Una ventana hacia una mejoría de la calidad y seguridad en la atención de pacientes quirúrgicos
Autor y Año	Drs. Eduardo Tobar A., Mario Abedrapo M., Jaime Godoy C., Carlos Romero P, 2012
Ubicación del artículo (base datos)	Scielo
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Tobar A Eduardo, Abedrapo M Mario, Godoy C Jaime, Romero P Carlos. Delirium postoperatorio: Una ventana hacia una mejoría de la calidad y seguridad en la atención de pacientes quirúrgicos. RevChilCir [revista en la Internet]. 2012 Jun [citado 2014 Feb 01]; 64(3): 297-305. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262012000300015&lng=es . http://dx.doi.org/10.4067/S0718-40262012000300015 .
Objetivo del artículo	Analizar el adecuado reconocimiento de esta entidad, y la implementación de estrategias de prevención no farmacológicas que constituyan un estándar en atención de calidad y segura a los pacientes quirúrgicos.
Palabras Clave	Delirium, complicaciones postoperatorias, envejecimiento.
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	El delirium corresponde a un trastorno de la función cerebral de inicio agudo, que pueden desarrollar los pacientes hospitalizados, en especial los adultos mayores Se caracteriza por una alteración en el nivel de conciencia de curso fluctuante, y por alteraciones de grado variable en varios dominios del funcionamiento cerebral, tales como la organización del pensamiento, la relación con el entorno y, característicamente, un déficit en la atención. Ocasionalmente se manifiesta como agitación motora y síntomas mentales positivos (ilusiones, alucinaciones), pero lo más

	<p>frecuente son las formas hipoactivas y la variante mixta.</p> <p>Durante los últimos años, y luego de objetivarse una elevada incidencia de delirium, así como su asociación con desenlaces sanitarios adversos, esta condición se ha constituido en una oportunidad de mejoría de la atención hospitalaria a través de la implementación de estrategias de prevención multimodales.</p> <p>El delirium postoperatorio (DPO) corresponde a aquel que aparece en pacientes que son sometidos a un procedimiento quirúrgico, y posee algunas características particulares que lo asemejan y/o diferencian del delirium en otras subpoblaciones de pacientes. El rol del acto quirúrgico y su respuesta inflamatoria posterior, el manejo anestésico peri operatorio, y el manejo del dolor postoperatorio, son algunas de las características particulares de este fenómeno en el paciente quirúrgico. La presente revisión aborda la importancia e impacto de esta condición, así como las estrategias de prevención y terapia recomendadas.</p>
Muestra	<p>El delirium alcanza una incidencia entre el 15 y 50% en adultos mayores hospitalizados por patología médica. En pacientes sometidos a ventilación mecánica, su incidencia oscila entre el 60 y 85%. Para el DPO, la incidencia descrita oscila entre el 5 y 50%, según sean las características demográficas, comorbilidades, el tipo de procedimiento quirúrgico, y el tipo de anestesia, entre otros.</p>
Intervención y proceso medición	<p>El primer estudio que evaluó sistemáticamente la predicción del riesgo de DPO en pacientes quirúrgicos, fue desarrollado por Marcantonio en 1994. Las variables que se asociaron a DPO fueron edad ≥ 70 años, uso de alcohol, mal status cognitivo, mal</p>

status funcional, alteraciones preoperatorias del sodio, potasio o glicemia, cirugía torácica no cardíaca, y cirugía de aneurisma aórtico. En pacientes cardioquirúrgicos, recientemente se validó otra regla de predicción que incorpora el estado mental, la presencia de depresión, antecedentes de enfermedad cerebrovascular, y alteración en el valor de albúmina preoperatorio. Estos instrumentos, colaboran en la estratificación de riesgo preoperatorio de DPO, sin embargo, sólo incorporan variables no modificables. Durante los últimos años, se han registrado avances en el reconocimiento de factores de riesgo asociados al manejo perioperatorio, en los cuales potencialmente se podría intervenir para reducir el DPO. Un aspecto de interés, es el uso de fármacos que tienen el potencial de gatillar delirium. Dentro de ellos, el grupo de fármacos anticolinérgicos ha sido tradicionalmente vinculado al riesgo de delirium. Pese a que aún hay controversia en la existencia de esta asociación, todos los programas de prevención de delirium incorporan el uso restrictivo de estos fármacos, dentro de los cuales se encuentran varios de uso habitual como son la ranitidina, famotidina, clorfenamina, y metoclopramida entre otros. Otro grupo de fármacos asociado a delirium son las benzodiazepinas. Ello ha sido observado consistentemente tanto para DPO, como para el delirium en UCI. Por lo tanto, se desaconseja su empleo salvo en usuarios previos o en síndrome de privación de alcohol.

En relación al dolor postoperatorio y al uso de opiáceos como factores de riesgo de delirium, existe a la fecha el consenso en que el dolor puede gatillar delirium, Tramadol ha sido asociado de manera independiente a DPO, aunque es complejo diferenciar el impacto del dolor y/o de un analgésico particular en la aparición de delirium. Por otra parte, el desarrollo de delirium podría limitar el uso de estrategias analgésicas que requieren de la colaboración del paciente (analgesia controlada por

	<p>el paciente, PCA), aunque ello no fue documentado en un reciente estudio²⁴.</p> <p>Finalmente, la presencia de hipotensión intraoperatoria, así como la profundidad anestésica han sido sugeridos como gatillantes de DPO²⁵⁻²⁷. Faltan más estudios que confirmen estos hallazgos preliminares</p>
Resultados	<p>Lo primero, es realizar una evaluación de la presencia de factores gatillantes. El objetivo de esta evaluación es descartar que el delirium sea una manifestación precoz de alguna complicación médica o quirúrgica postoperatoria. Es por ello, que aunque exista un paciente de elevado riesgo basado en la estratificación de riesgo preoperatorio, es necesario realizar una evaluación clínica y de laboratorio básica, que incluya oxigenación, glicemia, función renal, medio interno, respuesta inflamatoria, y marcadores de daño miocárdico, que permitan excluir la presencia de una complicación médica que se manifiesta inicialmente como delirium (ej: infarto al miocardio postoperatorio). Asimismo, es muy relevante la evaluación del equipo quirúrgico tratante, en particular si existe un mayor riesgo de que pudiera aparecer una complicación quirúrgica. En este escenario, es de particular relevancia fomentar la interacción entre el equipo quirúrgico, y el equipo de medicina interna y/o medicina intensiva que colabora en la atención de estos pacientes. Inusualmente, y ante la presencia de alteraciones focales al examen neurológico, o una forma de presentación inhabitual de este cuadro (por su severidad, momento de presentación, o duración), es necesario recurrir a evaluación formal por neurología, neuroimágenes, electroencefalograma, u otro examen complementario con la finalidad de descartar alteraciones orgánicas u otro diagnóstico diferencial. En relación al manejo no farmacológico de un paciente que desarrolla delirium, especial atención debemos tener en evitar los efectos adversos asociados al exceso de fármacos sedantes y/o</p>

neurolépticos. Es clave favorecer una adecuada monitorización, y la seguridad de pacientes con severas manifestaciones hiperactivas, de forma de evitar daños o retiros de dispositivos médicos como sondas o drenajes. Por ello, en general, no es susceptible su manejo en sala común, debiendo ser trasladados a unidades que permitan mayor monitoreo y vigilancia.

El rol de estrategias multimodales de prevención, y su impacto en la terapia del delirium ya constituido, no cuentan con evidencia sólida que lo respalde, sin embargo, son recomendadas en las guías disponibles.

Finalmente, el rol de los neurolépticos en el manejo del paciente con delirium es colaborar en el control de los síntomas positivos de pacientes con formas mixtas o hiperactivas. A la fecha no existe un elevado nivel de evidencia en este ámbito, y se carece de estudios de elevada calidad y tamaño muestral que documenten fehacientemente una superioridad de los neurolépticos en relación al placebo. El más empleado, y recomendado es el Haloperidol⁶⁰. Se recomiendan dosis bajas vía oral, partiendo con 0,25 a 0,5 mg, hasta 3 a 5 mg diarios. En los estudios realizados, se emplea entre 5-7 días titulando diariamente la dosis según sea la severidad de los síntomas. Haloperidol, tiene formulación endovenosa, aunque por lo general se desaconseja su empleo por un mayor riesgo de arritmias, que motivaron una alerta de FDA⁶¹. Los efectos adversos de los neurolépticos como grupo, y en particular de Haloperidol son la prolongación del intervalo QT, con el riesgo de Torsión de Puntas. Dentro de los efectos adversos neurológicos, el más temido es el síndrome neuroléptico maligno, de muy baja frecuencia. La complicación más frecuente del uso de haloperidol son los trastornos extrapiramidales, que pueden desarrollarse hasta en el 10-15% de adultos mayores que reciben Haloperidol en dosis superior a 3 mg/día.

Discusión	<p>El delirium postoperatorio es una complicación médica relevante y frecuente en el adulto mayor quirúrgico. El oportuno diagnóstico, y la implementación de estrategias de prevención no farmacológicas son un desafío para la organización de los servicios quirúrgicos. Una vez diagnosticado, un enfrentamiento organizado que propicie la seguridad del paciente es clave en su pronta resolución.</p>
Análisis Personal	<p>Un aspecto médico en especial como el delirio de postoperatorio presentado por lo general en pacientes mayores a 70 años, y la relación de la gestión de la calidad de seguridad del paciente, nos muestra un perfecto ejemplo de la relación directa de la seguridad del paciente con las diferentes áreas de la medicina.</p> <p>Se convierte éste, en un valor interesante de analizar en cuanto a la seguridad del paciente no tomada de manera general, sino por el contrario aplicada, pues es claro que existe la necesidad de encontrar análisis y puntos de encuentro sobre los aspectos relevantes que deben ser cubiertos por la seguridad del paciente en cada área de la medicina y en cada punto de los centros hospitalarios del mundo entero.</p> <p>La revisión de este artículo, realiza un análisis importante de todas las áreas de la seguridad en la atención al paciente, y hace un análisis importante en cuanto a la presentación de problemas de salud posteriores a las intervenciones quirúrgicas, y se abre un nuevo análisis sobre la seguridad y la calidad en la atención al paciente.</p> <p>A partir del cual se analizan aspectos en la prestación del servicio médico que nos llevan a analizar si los procedimientos realizados están verdaderamente bajo los estándares de calidad en seguridad del paciente.</p> <p>Pues necesariamente los indicadores se convierten en modelos y estándares a</p>

	seguir, puesto que los estudios aplicados en gestión de la seguridad del paciente por lo general se convierten en modelos, que son puntualmente llevados a la prácticas de diferentes centros hospitalarios a nivel local y mundial.
--	--

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE MANIZALES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN ADMINISTRACIÓN EN SALUD**

**GESTION DE LA SEGURIDAD DE LA ATENCION AL PACIENTE
SEGUNDO PERIODO 2013**

MATRIZ PARA ANÁLISIS DE ARTÍCULOS No. 48

Título	Anestesia y seguridad del paciente. Un llamado urgente...
Autor y Año	Dra. Idoris Cordero Escobar, Humberto Sainz Cabrera, Dr. Moisés A. Santos Pena, Dr. Omar Rojas Santana, 2013
Ubicación del artículo (base datos)	Scielo
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Cordero Escobar Idoris, Sainz Cabrera Humberto, Santos Pena Moisés A, Rojas Santana Omar. Anestesia y seguridad del paciente. Un llamado urgente.... RevCuba anestesiolreanim [revista en la Internet]. 2013 Jun [citado 2014 Feb 01] ; 12(2): 151-157. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-67182013000200006&lng=es .
Objetivo del artículo	Realizar una puesta al día de las posibles causas de errores médicos en la prevención de complicaciones anestésicas.
Palabras Clave	Procedimiento anestésico quirúrgico, seguridad del paciente, riesgo, complicaciones.
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	El desarrollo de la Anestesiología dio un vuelco significativo en las últimas décadas, dado fundamentalmente por el cambio de la visión y misión de la especialidad. No se trata de dormir y despertar un paciente como en los años 50 del siglo pasado. Hoy se trata de cuidar la integridad de un ser humano que entrega su vida y esto lleva implícito velar por la sedación, la analgesia, el bloqueo neuromuscular, el control hemodinámico, neurovegetativo y la prevención del dolor. Se trata de una especialidad con mayor alcance.

Muestra	<p>Fuentes causantes de riesgo, en el quirófano por las cuales un paciente, un médico u operador de tecnología médica se pueden lesionar. Estas se agrupan en las siguientes categorías: electrocución, quemaduras de la piel, asfixia, barotrauma, sobredosis, embolismo, fuego y aplastamiento.</p> <p>Errores en la evaluación clínica, el diagnóstico formó una minoría con una notificación que ascendió sólo a 5 %.</p>
Intervención y proceso medición	<p>Los comisionados de salud y los reguladores públicos están cada vez más conscientes de los problemas inherentes a la seguridad del paciente durante algún procedimiento quirúrgico. Se han creado múltiples iniciativas como la denominada «<i>CheckList</i>» o lista de verificación quirúrgica de la OMS, así como el hecho de reforzar estos conceptos en el marco de diferentes eventos de las especialidades implicadas.</p> <p>El hecho de impartir educación continua a los especialistas y al personal en formación, constituyen un elemento a considerar, toda vez que se probó en instituciones de alta confiabilidad y se tradujo en cambios fundamentales en el comportamiento y el rendimiento de los equipos que sustentan la práctica segura y confiable.</p> <p>Múltiples factores contribuyen a la protección de la seguridad del paciente que refleja el apoyo a las evidencias existentes. Los profesionales de forma individual y los sistemas de salud pueden impactar sobre la seguridad de los pacientes, por la evidencia de datos sobre los factores que contribuyen a errores, que en parte reflejan las complejidades involucradas en la normalización y el análisis de los mismos.</p> <p>Esto sugiere que es necesario incorporar una fuente útil de información sobre los factores que contribuyen a los errores y al daño de una manera difícil de alcanzar a través de sistemas nacionales de información.</p>

	<p>Desde el año 2000, es significativo el número de intentos para incrementar la seguridad de los pacientes.</p> <p>Existen diferentes fuentes causantes de riesgo en el quirófano por las cuales un paciente, un médico u operador de tecnología médica se pueden lesionar. Estas se agrupan en las siguientes categorías: electrocución, quemaduras de la piel, asfixia, barotrauma, sobredosis, embolismo, fuego y aplastamiento, por solo citar algunas.</p>
Resultados	<p>Toda institución que brinde cuidados anestésicos debe cumplir con:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Los estándares de seguridad y monitorización establecidos por la Declaración de Helsinki propuesta por el Board Europeo de Anestesiología (BEA) para los quirófanos y Unidades de Recuperación Postanestésica; hecha suya por la Organización Mundial de la Salud (WHO) y la Federación Mundial de Sociedades de Anestesiólogos (WFSA) y endosada por la Confederación Latinoamericana de Sociedades de Anestesiología quien señalaron que todo Servicio de Anestesiología debe tener protocolos y recursos que le permitan:<ul style="list-style-type: none">• Chequear los equipos y los medicamentos• Evaluar la al paciente y su preparación• Etiquetar las jeringuillas• Disponer de un set para vía aérea difícil• Afrontar reacciones anafilácticas• Toxicidad de los anestésicos locales• Controlar las infecciones;• Afrontar hemorragias masivas• Aportar cuidados postoperatorios incluidos el alivio del dolor2. Todos los quirófanos deberán contar con los estándares aprobados de anestesia segura (oxígeno, aspiración, pulsioximetría y capnografía).

	<p>3. Todos los Servicios deberán respetar las iniciativas de la WHO «la cirugía segura salva vidas» y la Lista de Chequeo.</p> <p>4. Todos los Servicios deberán ofrecer un informe anual sobre las medidas tomadas y sus resultados.</p> <p>5. Todos los Servicios deben llevar una base de datos que informen anualmente sobre la morbilidad anestésica.</p>
Discusión	<p>Wizar Lugo, señaló que la Anestesiología es una de las ramas de la medicina que avanzó con más rapidez en las últimas tres décadas y hoy constituye una de las especialidades más difíciles de dominar por una persona.</p> <p>Sacafati, señaló que es evidente que la anestesia hoy es más segura; sin embargo, aseveró que aún son muchos los pacientes que la perciben como la etapa perioperatoria más riesgosa, temor probablemente motivado por el instinto de conservación de una especie que sufrió épocas donde el riesgo era evidentemente muy alto. Las condiciones de mayor seguridad que muestran las investigaciones no se logran sólo con el uso de mejores drogas ni mejores equipos, sino que resulta imprescindible la revalidación de capacidades personales en un ámbito de ciencia donde los conocimientos evolucionan vertiginosamente y los pacientes padecen enfermedades cada vez más graves y muchas veces requieren procedimientos más complejos.</p>
Análisis Personal	<p>Al respecto del análisis de este artículo de revisión, encontramos que este es quizás uno de los elementos fundamentales dentro de la cadena que compone la seguridad del paciente en los centros asistenciales, puesto que claramente muchos de los artículos se han referido a los elementos adversos que pueden sucederle al paciente dentro de la unidad hospitalaria, pero son pocos los que hacen análisis acerca de aspectos tan importantes como la anestesia como elemento fundamental dentro del</p>

cuidado y la seguridad del paciente.

El estudio hace un análisis de la influencia que ha tenido la anestesia dentro del marco de la seguridad del paciente, puesto que podríamos pensar es un elemento que por si sólo se constituye en aspecto importante de análisis de la seguridad del paciente, pues necesariamente la calidad en la anestesia podría marcar la calidad de un servicio médico.

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE MANIZALES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN ADMINISTRACIÓN EN SALUD**

**GESTION DE LA SEGURIDAD DE LA ATENCION AL PACIENTE
SEGUNDO PERIODO 2013**

MATRIZ PARA ANÁLISIS DE ARTÍCULOS No. 49

Título	Fortalezas y amenazas en torno a la seguridad del paciente según la opinión de los profesionales de enfermería
Autor y Año	Ángel Alfredo Martínez Ques; César Hueso Montoro; María Gálvez González, 2010.
Ubicación del artículo (base datos)	Scielo
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Ques Ángel Alfredo Martínez, Montoro César Hueso, González María Gálvez. Fortalezas y amenazas en torno a la seguridad del paciente según la opinión de los profesionales de enfermería. Rev. Latino-Am. Enfermagem [periódico na Internet]. 2010 Jun [citado 2014 Feb 01]; 18(3): 339-345. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692010000300007&lng=pt . http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692010000300007
Objetivo del artículo	El objetivo de este estudio es conocer las barreras y oportunidades que los profesionales de enfermería detectan en su práctica clínica para el pleno desarrollo de la cultura de la seguridad del paciente e identificar posibles líneas de investigación futuras
Palabras Clave	Enfermería; Administración de la Seguridad; Técnica Delfos; Investigación Cualitativa.
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento)	La seguridad del paciente es un tema complejo y como tal la principal amenaza es hacerlo inabordable. En los últimos años estamos asistiendo al pleno desarrollo de una política y estrategia global en países con diferente nivel de desarrollo, auspiciada por la Organización Mundial de la Salud. De esta manera, la opción estratégica por la seguridad se ha incluido en las agendas de las instituciones, organizaciones y

problema)

sistemas de salud. Pero más allá de iniciativas que puedan hacer parecer una cuestión de modas, la seguridad del paciente tiene un fundamento legal y ético. El problema de la seguridad clínica de los pacientes pertenece al mundo de la salud y no sólo a los hospitales. Esta perspectiva innovadora está teniendo repercusión en el despliegue de acciones y en el fomento de buenas prácticas. No obstante, existe el riesgo de convertir el tema de la seguridad en el Santo Grial de clínicos, epidemiólogos y gestores, con riesgo de perder su significado y volverse mera retórica.

El Sistema debe por tanto conocer y reconocer sus errores, además de proponer medidas para evitarlos, sabiendo que una parte de estos generan daños en los pacientes. Si como se dice, errar es humano, desarrollar medidas para evitar los errores es una necesidad urgente. Esas medidas por la seguridad del paciente comprenderían la Prevención Cuaternaria, definida como “el conjunto de actividades que busca evitar los daños innecesarios de la actividad médica”. Ahora bien, creemos que la preocupación ha irrumpido en la práctica clínica sin que se haya realizado una investigación sistemática y específica en torno a ella, indicándose en algunos estudios la pertinencia de abordar la seguridad como una prioridad de investigación en servicios sanitarios en el Sistema Nacional de Salud. Y, aunque algunas investigaciones han puesto el dedo en la llaga identificando errores, existe poca producción sobre medidas eficaces para trabajar en esta línea, si bien existe la creencia de que la seguridad del paciente ha sido y es una constante en el desarrollo profesional, y particularmente en el de los profesionales de enfermería. Lo que parece evidente es que esta estrategia de cambio está en su inicio y todavía no está suficientemente interiorizada. Es necesario por lo tanto, saber cómo se interpretan los

	cambios en seguridad y las percepciones alrededor de dicho fenómeno.
Muestra	Se trata de un estudio cualitativo basado en la técnica Delphi modificada sobre un grupo compuesto por 19 profesionales de enfermería del ámbito docente y asistencial, tanto de atención primaria como especializada
Intervención y proceso medición	Se encontró que las debilidades y amenazas giran alrededor de cinco categorías: profesión; organización e infraestructura; indicadores; comunicación y cultura de seguridad; y, formación en seguridad. Las oportunidades para mejorar la seguridad comprenden seis categorías: cambio organizacional; fomento de la cultura de seguridad, formación y desarrollo profesional; relación con los pacientes, investigación; y, planificación estratégica. Se concluye que existe la necesidad de trabajar para mejorar la seguridad y que la enfermería debe asumir ese liderazgo.
Resultados	<p>Las principales amenazas detectadas giran alrededor de varias categorías:</p> <p>La profesión como barrera corporativa</p> <p>La organización e infraestructura de la asistencia sanitaria, que a su vez incluía cinco subcategorías</p> <p>Variabilidad clínica, escasa protocolización y ausencia de liderazgo</p> <p>Recursos materiales escasos</p> <p>Inadecuación de proporción de profesionales y falta de trabajo en equipo</p>

	<p>Presión asistencial y tiempo</p> <p>Falta de incentivos y motivación;</p> <p>Ausencia de indicadores fiables de seguridad</p> <p>Comunicación y cultura de seguridad</p> <p>Formación en seguridad.</p>
Discusión	<p>El análisis realizado permitió conocer las inquietudes de los profesionales de enfermería acerca de la seguridad del paciente. Es obvio que no se buscaba conocer el nivel de conocimientos ostentado, lo que desea es desvelar los principales obstáculos que estos profesionales identifican en la práctica diaria y los condicionantes que pueden favorecer un cambio organizacional hacia una verdadera cultura de seguridad del paciente. El carácter exploratorio y cualitativo de este estudio y la ausencia de estudios similares limitan la comparación de resultados. Como iniciativa se destaca el cuestionario "Hospital Survey on Patient Safety Culture" promovido por la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), cuyos resultados están en fase preliminar. Un estudio multicéntrico basado en las directrices de la AHRQ, llevado a cabo en territorio español coincide con este estudio en que los problemas que se perciben tienen que ver, en todos los hospitales, con la dotación de personal y el ritmo de trabajo, y, sobre todo en los hospitales grandes y medianos, con la necesidad de contar con una actitud más proactiva por parte de la gerencia, además de la necesidad de mejorar la coordinación entre unidades y servicios. Esto concuerda con la necesidad propuesta de una mayor movilización de los agentes (profesionales, gestores y políticos) que intervienen en la salud en otros ámbitos.</p>

	<p>Coincide también con el, cada vez mayor, número de estudios que relacionan el clima de seguridad con indicadores clínicos. Los datos de nuestro estudio revelan más matices que se perciben como debilidades y amenazas, por lo que sería necesario realizar más estudios de investigación que aborden de una forma global la seguridad del paciente, así como la aportación profesional de la enfermería en áreas más específicas como la detección de errores de medicación.</p>
Análisis Personal	<p>La seguridad del paciente como herramienta fundamental de los profesionales de la salud, es claramente un importante elemento de constante análisis por diferentes entes académicos, y a su vez por los profesionales de la salud que son los directamente involucrados dentro de la prestación del servicio médico.</p> <p>De tal manera, este artículo nuevamente permite realizar un análisis importante de los obstáculos presentados en la calidad en la atención al paciente en los servicios médicos.</p> <p>En cuanto a si <i>“existe el riesgo de convertir el tema de la seguridad en el Santo Grial de clínicos, epidemiólogos y gestores, con riesgo de perder su significado y volverse mera retórica”</i>, es un análisis que se debe realizar de manera especial en la academia, pues necesariamente los sistemas de salud están expuestos al error en los procedimientos médicos, al igual que sucede en los centros hospitalarios, sin embargo, la implementación constante de políticas de gestión de seguridad en la atención del paciente, han buscado disminuir en unos casos y radicar en otros los elementos y aspectos que se puedan convertir en un factor negativo en los procedimientos y servicios médicos.</p> <p>Entonces pensamos en la academia como elemento fundamental en la gestión de</p>

	<p>seguridad del paciente en la búsqueda de convertirlo en una herramienta eficaz, por la capacidad que tiene ésta de investigar, de indagar y de crear nuevos modelos académicos que llevados a la práctica se convierten en políticas públicas tendientes a prevenir eventos adversos que puedan convertir la seguridad del paciente en un Santo Grial.</p>
--	---

Hasta
aquí voy

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE MANIZALES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN ADMINISTRACIÓN EN SALUD**

**GESTION DE LA SEGURIDAD DE LA ATENCION AL PACIENTE
SEGUNDO PERIODO 2013**

MATRIZ PARA ANÁLISIS DE ARTÍCULOS No. 50

Titulo	Seguridad clínica en hospitalización de cirugía cardiaca
Autor y Año	Enfermero. H.U. Virgen del Rocío (Sevilla). Enfermero. H.U. Puerta del Mar (Cádiz) Enfermero. Hospital de Alta Resolución Sierra Norte (Sevilla), 2011
Ubicación del artículo (base datos)	Scielo
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Caballero Gálvez S., García Camacho C., Sianes Blanco A..Clinical safety in heartsurgeryhospitalization. Enferm. glob. [revista en la Internet]. 2011 Abr [citado 2014 Feb 01] ; 10(22): . Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412011000200020&lng= es. http://dx.doi.org/10.4321/S1695-61412011000200020
Objetivo del artículo	Citar las más importantes iniciativas o líneas estratégicas relacionadas con la

	seguridad del paciente puestas en marcha por diferentes organismos a nivel internacional, nacional o autonómico.
Palabras Clave	Seguridad; Calidad; Eventos adversos; Cirugía cardíaca; Cuidados de Enfermería; Prácticas seguras.
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	<p>El enorme progreso que han experimentado las ciencias de salud en las últimas décadas es evidente. La ampliación del arsenal terapéutico, las mejoras en el diagnóstico de muchas enfermedades, los avances en la cirugía o la incorporación de nuevas tecnologías de la información han modificado sustancialmente la atención sanitaria en nuestra sociedad. Una atención sanitaria con actividad en continuo crecimiento, influenciada por la interacción multidisciplinar entre los diferentes profesionales que participan en los procesos asistenciales y la gran especialización en la prestación de los cuidados, que unida a la gran exigencia de los usuarios posicionados como centro real del sistema sanitario, obligan a los profesionales y gestores del sistema a ofrecer una práctica clínica de calidad.</p> <p>Para dar respuesta a esta exigencia en la atención sanitaria, los diferentes organismos gubernamentales a nivel internacional, nacional o autonómico, se plantean el gran reto de la calidad asistencial invirtiendo grandes esfuerzos y cantidades de dinero considerables en desarrollar políticas, estrategias, sistemas de auditoría, estudios de investigación o planes de acción para mejorar la asistencia sanitaria.</p> <p>Existen multitud de definiciones sobre la calidad de la asistencia, destacando que para la Organización Mundial de la Salud (OMS) consiste en: "Asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados</p>

	<p>para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos del paciente y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de eventos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso</p>
<p>Muestra</p>	<p>Revisión bibliográfica consultando las bases de datos PubMed, Cuiden y el buscador Google académico, utilizando los siguientes descriptores en ciencias de la salud (DECS) de forma sencilla o combinados entre sí: Seguridad clínica, Calidad asistencial, Efectos adversos, Eventos adversos, Atención quirúrgica, Cirugía cardiaca, Prácticas seguras, Buenas prácticas, y Unidad de hospitalización.</p> <p>Obtención de información directa desde las páginas web del Ministerio de Sanidad y Consumo Español, el Servicio Andaluz de Salud y el Observatorio para la seguridad del paciente de la Junta de Andalucía</p>
<p>Intervención y proceso medición</p>	<p>Para realizar este trabajo hemos ejecutado una revisión bibliográfica consultando las bases de datos PubMed, Cuiden y el buscador Google académico, utilizando los siguientes descriptores en ciencias de la salud (DECS) de forma sencilla o combinados entre sí: Seguridad clínica, Calidad asistencial, Efectos adversos, Eventos adversos, Atención quirúrgica, Cirugía cardiaca, Prácticas seguras, Buenas prácticas, y Unidad de hospitalización.</p> <p>Recordando las conclusiones del estudio ENEAS, encontramos como primeras causas de efectos adversos las relacionadas con la medicación, con la infección nosocomial, con la realización de un procedimiento (destacando en este último grupo los relacionados con las intervenciones quirúrgicas) o con los cuidados. Como citamos en la introducción, en las unidades de hospitalización de cirugía cardiaca</p>

atendemos a pacientes sometidos a procesos quirúrgicos de riesgo elevado, especialmente en los hospitales donde no existen unidades de cuidados intermedios o de coronarias para el postoperatorio de estos pacientes; en estos hospitales, el paso directo del paciente desde la unidad de cuidados intensivos a la unidad de hospitalización exigen una atención especial por la necesidad de vigilancia estrecha con unos medios de monitorización mínimos, multitud de cuidados de enfermería y procedimientos que pueden ocasionar iatrogenia o eventos adversos relacionados con las primeras causas descritas por la mayoría de los estudios realizados.

También debemos considerar que en lo referente a los factores que pueden influir en los EAs derivados de la atención quirúrgica, ENEAS atribuye mayor predisposición a un conjunto de factores como son la mayor vulnerabilidad de los pacientes, la interacción de muchos profesionales (cirujanos cardiacos, cardiólogos, otros especialistas, enfermeras de hospitalización, perfusionistas, fisioterapeutas, auxiliares, celadores, etc.), el trabajo bajo presión de tiempo y la complejidad de los procedimientos. Todos estos factores pueden identificarse con la atención prestada en las unidades de hospitalización de cirugía cardiaca, que además puede estar condicionada por los EAs y complicaciones derivadas de la atención de otros profesionales (consultas cardiología, quirófano, laboratorios y radiodiagnóstico, UCI...) que actúan sobre el paciente en otras unidades dentro del mismo proceso asistencial.

Además, hemos obtenido información directa desde las páginas web del Ministerio de Sanidad y Consumo Español, el Servicio Andaluz de Salud y el Observatorio para la seguridad del paciente de la Junta de Andalucía.

Resultados	<ul style="list-style-type: none">• Factores de organización: personal, equipo, programación o tiempo del procedimiento inadecuados, sustitución de miembros habituales del equipo y desconocimiento del caso.• Factores situacionales: distractores, interrupciones, desconocimiento, falta de liderazgo o problemas de organización.• Factores del equipo de trabajo: comunicación, confianza entre los miembros del equipo y habilidad para manejar eventos inesperados.• Factores individuales: agilidad mental, habilidades técnicas, fatiga, curva de aprendizaje y decisiones equivocadas en la elección profesional.• Factores relacionados con rutinas: falta de protocolos claros, poca disponibilidad de información segura y omisión de pasos claves en los procedimientos.• Factores del paciente: obesidad, variantes anatómicas, severidad de la enfermedad y comorbilidad.
Discusión	<p>Las estrategias o recomendaciones en seguridad promovidas por los diferentes organismos competentes habitualmente llegan al enfermero asistencial de la mano de los gestores hospitalarios o supervisores. Inicialmente estas directrices pueden ser percibidas por el profesional de enfermería como normas políticas impuestas que difícilmente serán aplicables a los cuidados que prestan al paciente, o como obligaciones añadidas que sobrecargarán su labor asistencial.</p>

	<p>Estas percepciones pueden ocasionar resistencia al cambio y una negativa a integrar la seguridad clínica en la metodología enfermera.</p> <p>En las unidades de hospitalización de cirugía cardíaca atendemos a pacientes semicríticos con una demanda importante de cuidados que pueden ocasionar este tipo de reacciones entre el equipo de enfermería. Conocer la cultura de la seguridad y recibir formación en esta materia pueden modificar estas reacciones, generando un cambio positivo en la percepción del profesional.</p> <p>En nuestra opinión adaptaciones más específicas de las recomendaciones y estrategias de todos los organismos implicados, y sobre todo la implementación de acciones directas o prácticas seguras haciendo participe al enfermero asistencial, disminuirán la incidencia de eventos adversos y complicaciones asociados a la Cirugía Cardíaca, proporcionando una atención sanitaria más segura.</p>
Análisis Personal	<p>La vulnerabilidad de los pacientes en las áreas quirúrgicas, los cuadros críticos y semicríticos, y la implicación de variables como el personal médico, hacen que este estudio de revisión se conviertan también en elemento importante dentro de nuestro análisis de seguridad en atención al paciente.</p> <p>Pues se convierte en otro punto de vista de la gestión de la seguridad del paciente, que involucra aspectos fundamentales dentro del desarrollo de actividades médicas en las unidades hospitalarias, y que son determinantes en los criterios de evaluación de la gestión de seguridad del paciente.</p>

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE MANIZALES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN ADMINISTRACIÓN EN SALUD**

**GESTION DE LA SEGURIDAD DE LA ATENCION AL PACIENTE
SEGUNDO PERIODO 2013**

MATRIZ PARA ANÁLISIS DE ARTÍCULOS No. 51

Titulo	Influencia de la gestión del cuidado en la calidad de la atención de Salud
Autor y Año	Alain Agramonte del Sol; Reinel Farres Vázquez, 2010
Ubicación del artículo (base datos)	Scielo
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Agramonte del Sol Alain, Farres Vázquez Reinel. Influencia de la gestión del cuidado en la calidad de la atención de Salud. Rev Cubana Enfermer [revista en la Internet]. 2010 Jun [citado 2014 Feb 01] ; 26(2): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192010000200003&lng=es .
Objetivo del artículo	Se realizó una investigación documental con el objetivo de valorar la influencia de la gestión del cuidado en la calidad de la atención de salud.
Palabras Clave	Gestión, gestión del cuidado, cuidado, calidad, excelencia, atención médica, atención

	de salud, equipo de Salud, Enfermería.
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	<p>La Enfermería profesional se ha practicado desde hace más de un siglo, y el desenvolvimiento de sus teorías ha curtido una vertiginosa evolución en las últimas décadas para ser reconocida finalmente como una disciplina científica con un campo doctrinal propio.</p> <p>Desde que por vez primera, en 1859, fuera reconocida por Florence Nightingale como "la encargada de la salud personal de alguien...y lo que la enfermería tiene que hacer...es poner al cliente en las mejores condiciones para que la naturaleza actúe sobre él" hemos asistido a diversas propuestas que giran en torno al cuidado de la salud humana.</p> <p>En las definiciones de Enfermería que han realizado diferentes autores, podemos observar que algunas son de orden tan general que, aunque describen un aspecto importante del papel del enfermero, podrían aplicarse a otros tipos de servicios médicos. En su gran mayoría, no se aprecia diferenciación entre la Enfermería y otras profesiones, como la medicina, la terapéutica ocupacional, o la terapéutica física, cuyo fin es el mismo.</p> <p>En análisis realizado por Goodrich, promueve que "la enfermería consiste ante todo en ayudar al individuo (enfermo o sano) en la ejecución de aquellas actividades que contribuyen al mantenimiento de la salud o a su recuperación (o alcanzar una muerte tranquila); actividades que puede llevar a cabo sin la ayuda de otros, siempre que tenga la fuerza, la voluntad y los conocimientos necesarios. Es también labor peculiar de la enfermería preparar a los individuos a independizarse de dicha ayuda tan pronto</p>

	sea posible”
Muestra	Se revisaron 46 títulos entre ellos algunos clásicos de la temática y otros actualizados.
Intervención y proceso medición	<p>Esta valoración, a partir del procedimiento inductivo-deductivo, el análisis y la síntesis, tuvo como eje central la influencia de la gestión del cuidado profesional de enfermería en la calidad y la excelencia de la atención de salud, utilizando para esto los recursos materiales, técnicos, cognitivos y relacionales, necesarios y disponibles para satisfacer las necesidades y expectativas del paciente, familiares y equipo de Salud.</p> <p>Realizamos una investigación documental que incluyó diversos textos, artículos y folletos relacionados a la misión de la Enfermería en el quipo de Salud, ubicando al cuidado profesional por la propia Enfermería, por otras profesiones y por la sociedad como el objeto de estudio de esta disciplina científica. Se consultó a expertos de la Enfermería, en el área docente, la administración y la gestión en salud, acción que enriqueció los criterios que sustentaron nuestro propósito.</p>
Resultados	<p>La calidad nos convoca a la satisfacción de las exigencias de los pacientes, familiares y equipo de Salud, al cumplimiento de las normas, procedimientos y reglamentos institucionales y del sistema; siendo la excelencia todo el esfuerzo por lograr resultados favorables con el mínimo de gasto posible, es esforzarnos con las personas a nuestro cuidado como quisiéramos se esforzaran con nosotros mismos. Elevar la calidad de la atención de salud constituye un objetivo compartido por los profesionales que se deben a ello. Se concluye que la gestión del cuidado contribuye a la calidad de la atención de salud, siempre que su objetivo esencial sea satisfacer las necesidades de los usuarios, con soluciones técnicamente óptimas, es corresponder conscientemente al compromiso particular que hemos asumido</p>

	formalmente ante la sociedad de cuidar a los seres más vulnerables, comprometiendo todo nuestro ser.
Discusión	<p>La influencia de la gestión del cuidado en la calidad de los servicios de Salud está dada fundamentalmente por el empleo de todos los recursos disponibles: materiales, tecnológicos y humanos, siendo este último esencial por el desarrollo de las capacidades, competencias relacionales y espirituales que manifestará el profesional de Enfermería durante su coordinación y ejecución de las actividades propias del equipo de Salud, centrada en altos valores vocacionales y morales, que se expresan como rasgos de la personalidad del profesional, en los que deben sobresalir el amor al prójimo, la sensibilidad humana, la bondad, la solidaridad, la honestidad, el desinterés material, el trato afectuoso indiscriminado, la lealtad, y la disposición de esfuerzo y sacrificio, cimentados sobre ese darse y entregarse al otro implícito en la vocación hacia el cuidado de la persona. La importancia que se le atribuye a estas capacidades va desde la selección de las personas interesadas en el estudio de las ciencias de la salud, especialmente la Enfermería, la incorporación de éstas a los objetivos educativos, su constante y continuo reforzamiento, así como su desarrollo durante la formación de pregrado y postgrado. La gestión del cuidado contribuye a la calidad siempre que su objetivo esencial sea el de satisfacer las necesidades de los usuarios, con soluciones técnicamente óptimas, es sin dudas, corresponder conscientemente al compromiso particular que han asumido formalmente los profesionales de Enfermería ante la sociedad de cuidar a los seres más vulnerables. Elevar la calidad de la atención de salud es un objetivo compartido por los profesionales que se deben a ello, por lo que han trabajado y trabajan muchas personas, instituciones y grupos profesionales, ocupando un lugar preponderante la Enfermería, por las responsabilidades que ocupa, distribución de sus profesionales en</p>

	<p>las instituciones de Salud y por el tiempo que dedica a las labores del cuidado. Se trata de que allí donde se encuentre una persona que sufre y necesita cuidados de salud, esté un profesional de Enfermería que se preocupe de ella con todo el corazón, con toda la mente y con todo su ser.</p>
Análisis Personal	<p>Esta revisión reitera la importancia de la enfermería dentro de la cadena de valor que tiene la seguridad del paciente en los centros hospitalarios, y al mismo tiempo busca realizar un análisis claro de la importancia que tiene la labor del desarrollo académico de espacios para fomentar la actualización en estándares sobre la gestión de la seguridad del paciente.</p> <p>En Colombia la enfermería ha venido presentado un incremento importante en el nivel académico de la enfermería como carrera profesional involucrando la academia y la investigación como elementos esenciales dentro del proceso de evolucionar positivamente y bajo estándares académicos el quehacer de la enfermería.</p>

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE MANIZALES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN ADMINISTRACIÓN EN SALUD**

**GESTION DE LA SEGURIDAD DE LA ATENCION AL PACIENTE
SEGUNDO PERIODO 2013**

MATRIZ PARA ANÁLISIS DE ARTÍCULOS No. 52

Titulo	Relación entre cultura de seguridad del paciente y eventos adversos: Revisión de cuestionario
Autor y Año	Xue Wang, Ke Liu, Li-ming You, Jia-gen Xiang, Hua-gang Hu, Li-feng Zhang, Jing Zheng, Xiao-wen Zhu
Ubicación del artículo (base datos)	ELSEVIER
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Wang X, Liu K, You L, Xiang JG, Hu H, Zhang LF, et al. Therelationshipbetweenpatient safety culture and adverse events: A questionnairesurvey. Int. J. Nurs. Stud. (2014), http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.12.007
Objetivo del artículo	La seguridad del paciente es un factor importante para reducir los eventos adversos

	<p>en el hospital y para mejorar la seguridad del paciente. Algunos estudios han mostrado la relación entre seguridad del paciente y efectos adversos, éste en particular lo hará en china. El objetivo del estudio es describir la percepción de seguridad del paciente por parte de enfermería y las frecuencias de eventos adversos, además de examinar la relación entre ambos.</p>
Palabras Clave	<p>Efectos adversos, seguridad del paciente, cultura de seguridad del paciente, enfermería</p>
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	<p>El Instituto de Medicina (IOM) enfatiza que es importante para las organizaciones de la salud establecer una cultura que permita que los pacientes no estén afectados inadvertidamente por errores en el cuidado, cuando el propósito es su tratamiento. Los eventos adversos se convirtieron en un problema global pues son un indicador de la seguridad del paciente. El Instituto apunta que hay eventos adversos prevenibles que no solamente se deban a factores individuales tales como falta de pericia o conocimientos del personal de la salud, sino que también dice que pueden presentarse errores en los sistemas a raíz de las áreas administrativas y el ambiente laboral.</p>
Muestra	<p>Ocho de los doce distritos de Guangzhou se describen como áreas urbanas principales de acuerdo a la alta densidad poblacional. Basado en ésta estratificación se tuvieron en cuenta siete hospitales de tercer nivel de atención (De alta tecnología, entre 1000 y 2500 camas). Fueron entregados 640 cuestionarios, 539 fueron devueltos y 463 se validaron.</p>
Intervención y proceso medición	<p>Se usaron los cuestionarios HSOPSC (Encuesta hospitalaria para la cultura de la seguridad del paciente por sus siglas en inglés) y de AE (Eventos adversos). Se uso</p>

	<p>el software SPSS para el análisis estadístico, además de series de pruebas Chi al cuadrado para confirmar que las muestras provinieran de una masa estadística similar. Para examinar la relación entre seguridad del paciente y eventos adversos se realizaron modelos de regresión bivariada para cada evento</p>
Resultados	<p>En total fueron 463 enfermeras en la muestra. La mayoría fueron mujeres (95.15%) y la edad media 30.67+/-5.92. La tasa de respuesta positiva para cultura de seguridad del paciente osciló entre 23.6% y 89.7%. La mayoría de enfermeras estimaron que los eventos adversos ocurrieron “muchas veces durante el año” seguido de “una vez al mes o menos”. Pocas estimaron que ocurrieran “una vez a la semana”, “muchas veces a la semana” y “diariamente”.</p>
Discusión	<p>En los hallazgos, el mejoramiento continuo de la cultura organizacional y el trabajo en equipo dentro de las unidades fueron estrategias de seguridad. Estos resultados se encuentran en la tendencia de los trabajos de otros investigadores. Porcentajes importantes de enfermeras consideraron que “no hay suficiente personal para atender la carga laboral” y que “el trabajo presiona para hacer mucho en poco tiempo”. Como lo demostraron estudios previos, las muertes consecutivas a complicaciones y la mortalidad general estaban relacionadas con la poca satisfacción laboral y con los síndromes <i>burnout</i>. Los estudios demostraron que la ocurrencia de eventos adversos fue alta. 62.3% de las enfermeras estimaron que éstos se habían presentado e igualmente que la aparición de éstos pudo haberse prevenido en su mayoría.</p>
Análisis Personal	<p>Al igual que otros trabajos, éste estudio identifica que la cultura de seguridad del paciente es un predictor para la presentación de eventos adversos y que un mejoramiento en la cultura de seguridad se encuentra en relación con la disminución de la ocurrencia de éstos. También es necesario construir ambientes no punitivos y desarrollar iniciativas para el reporte voluntario de eventos adversos. A pesar que</p>

	este estudio se aplicó en instituciones chinas, teniendo en cuenta que se trata de un país en vías de desarrollo se puede tener en cuenta su aplicabilidad para nuestro país.
--	---

CONCLUSIONES

La gestión de seguridad del paciente como política que permita obtener un acceso a los sistemas de salud pública con calidad, prontitud, y sobre todo con confianza en los procedimientos, implica realizar múltiples análisis, evaluaciones y consultas, que como la presente nos llevan a conocer diferentes ámbitos de la gran variedad y cantidad de investigaciones, estudios y revisiones que al respecto se han realizado.

Dicha revisión bibliográfica nos ha llevado a entender de manera más clara muchos de los aspectos que involucran la seguridad del paciente, y como éstos se convierten en factores fundamentales en el desarrollo de la salud pública de una sociedad, pues es claro que muchos indicadores de morbilidad analizados estuvieron directamente relacionados con la seguridad del paciente y la poca implementación de políticas públicas a su alrededor en Colombia.

Y es aún más claro, que cuando hablamos de políticas públicas en salud debemos tener en cuenta el término de lo público como algo de interés común y prioritario para las personas sin hacer distinción de clase o estrato social con el que se mide el acceso a ella, es por esto que lo público no debería ser un tema que se discuta desde lo político.

Complementariamente se encuentra en el desarrollo de la presente revisión documental basta información tendiente a presentar estudios que permiten realizar análisis y discusiones al respecto de la seguridad del paciente implementada en algunos centros hospitalarios de nuestras regiones, y el claro déficit que muestran éstos frente a los estándares internacionales mostrados y analizados en la revisión bibliográfica.

El análisis de la gestión de la seguridad del paciente en nuestro ámbito local y nacional, se convierte necesariamente en un importante campo de acción para el desarrollo de nuestro espectro como profesionales de la salud en un área tan importante como la administración en salud, pues necesariamente son muchos los aspectos por corregir, muchos los estándares por implementar, y muchas los modelos por seguir, si de verdad queremos que la calidad en los servicios de salud de nuestro país puedan estar a la altura de las necesidades de nuestra sociedad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de la Protección Social. Lineamientos para la implementación de políticas de seguridad del paciente en la República de Colombia. Colombia. 2012. Disponible en: <http://saludcapital.gov.co/Publicaciones/Garantia%20de%20Calidad/Seguridad%20del%20Paciente%20anexos/LINEAMINETOS%20IMPLEMETACI%3%93N%20%20POLITICA%20DE%20SEGURIDAD%20DEL%20PACIENTE,%202008.pdf>
2. Prácticas Seguras Simples Recomendadas por agentes gubernamentales para la prevención de Efectos Adversos (EA) en los pacientes atendidos en hospitales INFORMES, ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN 2008. Pub.03-R203
3. Herramientas para promover la estrategia de la Seguridad del Paciente en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. Ministerio de la Protección Social, Colombia, 2007. Pgs 13-15; 139 – 150
4. Ministerio de la Protección Social. Lineamientos para la implementación de políticas de seguridad del paciente en la República de Colombia. Colombia. 2012. Disponible en: <http://saludcapital.gov.co/Publicaciones/Garantia%20de%20Calidad/Seguridad%20del%20Paciente%20anexos/LINEAMINETOS%20IMPLEMETACI%3%93N%20%20POLITICA%20DE%20SEGURIDAD%20DEL%20PACIENTE,%202008.pdf>
5. Martínez Ques AA, Hueso Montoro C, Gálvez González G. Fortalezas y amenazas en torno a la seguridad del paciente según la opinión de los profesionales de enfermería. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. mai.-jun. 2010.
6. Isabel Cristina Artunduaga, Juan De Dios Polanía, Claudia Mora, Amelia Rodríguez, Miguel Boada, María Eugenia Henríquez y otros. Habilitación y certificación de prestadores de servicios de salud. [Documento en Internet]. Bogotá: Secretaría Distrital de Salud; 2008 [acceso 16 de julio de 2013]. Disponible en: <http://www.saludcapital.gov.co/Publicaciones/Garantia%20de%20Calidad/GU>

[IA%20PRACTICA%20DE%20HABILITACION/Guia%20Practica%20Habilitacion.pdf](#)

7. Alejandro Gaviria Uribe Ministro de Salud y Protección Social-NORMAN Julio Muñoz Muñoz Viceministro de Protección Social -Fernando Ruíz Gómez Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios- otros 2013.

8. Roberto Hernández Sampieri; Carlos Fernández-Collado; Pilar Baptista Lucio. Metodología de la Investigación. Cuarta edición. 2006.

9. Molina G, Cabrera G. Políticas públicas en salud: Aproximación a un análisis. [Documento en internet]. Medellín: Facultad Nacional de Salud Pública "Héctor Abad Gómez". Universidad de Antioquia; 2008 [acceso 17 de julio de 2013]. Disponible en: <http://guajiros.udea.edu.co/fnsp/cvsp/Políticas%20publicas%20en%20salud.pdf>

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- ✓ Indicadores de Calidad en Salud de la OCDE1 Perspectivas. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Revisions to Joint Commission Standards in Support of Patient Safety and Medical / Health Care Error Reduction. Oakbrook Terrace, IL: JCAHO; 2002.
- ✓ Manual de Indicadores Programa de Indicadores de Calidad para Establecimientos Asistenciales(PICAM) Sociedad Argentina para la Calidad en La Atención de la Salud. Marciano, Beatriz “Utilidad de Indicadores de Seguridad de Atención de Pacientes. Debemos medir lo que hacemos”. Octubre 2007. IIE. Academia Nacional de Medicina, Buenos Aires.
- ✓ Quality Indicators-Guide to Patient Safety Indicators Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2003. AHRQ. The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety Version.

PAGINAS WEB VISITADAS

<http://www.unisinucartagena.edu.co/ObservatorioS/doc/La%20Seguridad%20del%20Paciente%20y%20la%20Atencion%20Segura.pdf>

CITAS BIBLIOGRÁFICAS DE LAS MATRICES ANALIZADAS

SOJO, Ana. Condiciones para el acceso universal a la salud en América Latina: derechos sociales, protección social y restricciones financieras y políticas. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , V. 16, n. 6, June 2011. [Citado 16 de agosto de 2013]. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n6/02.pdf>

Gianella-Malca Camila. Sistema de salud de Colombia. Salud pública Méx [revista en la Internet]. 2011 Oct [citado 2013 Ago 16]; 53(5): 369-369. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000500003&lng=es.

TON ROMAN, Carlos Agustín. La seguridad del paciente, una responsabilidad en el acto del cuidado. Rev Cubana Enfermer [online]. 2006, vol.22, n.3, pp. 0-0. ISSN 1561-2961. [revista en la Internet]. 2006 Sep [citado 2013 Agosto 16]; Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192006000300007&lng=es.

Delgado-Gallego, María E; Vázquez-Navarrete, María L; de Moraes-Vanderlei, Lygia. Calidad en los servicios de salud desde los marcos de sentido de diferentes actores sociales en Colombia y Brasil. Rev. Salud pública 12(4): 533-545, ILUS, TAB. 2010 Aug.. [Acceso en 16 de agosto de 2013]; 12(4): 533-545. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v12n4/v12n4a01.pdf>

Salas-Zapata Walter, Ríos-Osorio Leonardo, Gómez-Arias Rubén Darío, Álvarez-Del Castillo Xavier. Paradigmas en el análisis de políticas públicas de salud: limitaciones y desafíos. Rev Panam Salud Publica [serial on the Internet]. 2012 July [cited 2013 Aug 16] ; 32(1): 77-81. Available from: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892012000700012&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892012000700012>.

Echeverri O. Mercantilización de los servicios de salud para el desarrollo: el caso de Colombia. Rev Panam Salud Publica. 2008; 24(3):210–6. Acceso el 16 de agosto de 2013. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v24n3/a08v24n3.pdf>

Franco-Giraldo Álvaro, Álvarez-Dardet Carlos. Derechos humanos, una oportunidad para las políticas públicas en salud. Gac Sanit [revista en Internet]. 2008 Jun [Acceso 16 de julio de 2013]; 22(3): 280-286. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112008000300015&lng=es.

Molina G, Cabrera G. Políticas públicas en salud: Aproximación a un análisis. [Documento en internet]. Medellín: Facultad Nacional de Salud Pública "Héctor Abad Gómez". Universidad de Antioquia; 2008 [acceso 17 de julio de 2013]. Disponible en: <http://guajiros.udea.edu.co/fnsp/cvsp/Políticas%20públicas%20en%20salud.pdf>

Grupo de Comunicaciones Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021: La salud en Colombia la construyes tú [Internet]. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social, 2013 [acceso 16 de julio de 2013]. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Plan%20Decenal%20-%20Documento%20en%20consulta%20para%20aprobaci%C3%B3n.pdf>

Habilitación y certificación de prestadores de servicios de salud. [Documento en Internet]. Bogotá: Secretaría Distrital de Salud; 2008 [acceso 16 de julio de 2013]. Disponible en: <http://www.saludcapital.gov.co/Publicaciones/Garantía%20de%20Calidad/GUIA%20PRACTICA%20DE%20HABILITACION/Guia%20Practica%20Habilitacion.pdf>

Grupo de Comunicaciones Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021: La salud en Colombia la construyes tú [Internet]. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social, 2013 [acceso 16 de julio de 2013]. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Plan%20Decenal%20-%20Documento%20en%20consulta%20para%20aprobaci%C3%B3n.pdf>

[cenal%20-%20Documento%20en%20consulta%20para%20aprobaci%C3%B3n.pdf](#)

Habilitación y certificación de prestadores de servicios de salud. [Documento en Internet]. Bogotá: Secretaría Distrital de Salud; 2008 [acceso 16 de julio de 2013]. Disponible en: <http://www.saludcapital.gov.co/Publicaciones/Garantia%20de%20Calidad/GUIA%20PRACTICA%20DE%20HABILITACION/Guia%20Practica%20Habilitacion.pdf>

Ministerio de Protección Social. La seguridad del paciente y la atención segura. Colombia. Ministerio de Protección Social. 2009. [acceso 20 de diciembre de 2012]. Disponible en: <http://www.unisinucartagena.edu.co/ObservatorioS/doc/La%20Seguridad%20del%20Paciente%20y%20la%20Atencion%20Segura.pdf>

National Patient Safety Agency 2009. [citado 2012 Dic 20] Disponible en: www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/siete_pasos_seguridad_paciente.pdf

SESCAM Servicio de Salud de Castilla-La Mancha Coordina: Área de Seguridad del Paciente y Calidad Percibida Diseño y Maquetación: AD-MEDIOS Fotomecánica e impresión: EGRAF [Citado 2012 Dic. 26]. Disponible en: http://sescam.jccm.es/web1/ciudadanos/elSescam/Plan_Estrategico_Seguridad_SESCAM_09-12.pdf

Dra. C. Omayda Urbina Laza. Competencias de Enfermería para la seguridad del paciente [sede Web]. Cuba. <http://scielo.sld.cu>. septiembre de 2011. [Acceso 19 de diciembre de 2012]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/enf/vol27_3_11/enf08311.htm

Salas-Zapata W, Ríos-Osorio L, Gómez-Arias RB, Álvarez-Del Castillo X. Paradigmas en el análisis de políticas públicas de salud: limitaciones y desafíos. Rev Panam Salud Publica. 2012; 32(1):77–81 49892012000700012&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892012000700012>.

Eloisa Fernández Santiago, Manuela Lacida Baro. ESTRATEGIA para la seguridad del paciente. [Sevilla] : Consejería de Salud, [2006] 88 p. : il. col. ; 21 cm + 1 CDROM 1. Vigilancia sanitaria de servicios de salud 2. Garantía de la calidad de atención de salud 3. Control de riesgo 4. Administración de la seguridad 5. Derechos del paciente 6. Andalucía I. Andalucía. Consejería

de Salud W 84. Disponible en:
www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/higienedemanos/documentacion/Estrategia_para_la_seguridad_del_paciente_Conserjeria_de_Salud_Andalucia.pdf

Nascimento Adelaide. Sécurité des patients et culture de sécurité: une revue de la littérature. Ciênc. saúdecoletiva [serial on the Internet]. 2011 Aug [cited 2012 Dec 16] ; 16(8): 3591-3602. Available from: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000900027&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000900027>.

Ministerio de la Protección Social. Promoción de la cultura de seguridad del paciente. Colombia. Gesaworld. 2008. [acceso 20 de diciembre de 2012]. Disponible en: <http://mps1.minproteccionsocial.gov.co/evtmedica/linea8/descargables/linea8%20Promocion%20de%20la%20cultura%20de%20seguridad%20del%20paciente%20EDITADO.pdf>

Espinosa Brito Alfredo. Guías de práctica clínica "herramientas" para mejorar la calidad de la atención médica. Rev. haban cienc méd [revista en la Internet]. 2012 Mar [citado 2012 Dic 18]; 11(1): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2012000100005&lng=es

CERIANI CERNADAS, José M.. La OMS y su iniciativa "Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente". Arch. argent. pediatr. [online]. 2009, vol.107, n.5 [citado 2013-09-16], pp. 385-386 . Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752009000500001&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1668-3501.

SCHATKOSKI, Aline Modelski; WEGNER, Wiliam; ALGERI, Simone y PEDRO, Eva Neri Rubim. Seguridad y protección de los niños hospitalizados: revisión de la literatura. 2009, vol.17, n.3 [citado el 09.16.2013], pp 410-416. Disponible en: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692009000300020&lng=en&nrm=iso>. ISSN 0104-1169. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692009000300020>.

Martín Delgado M.C., Gordo-Vidal F.. La calidad y la seguridad de la medicina intensiva en España: Algo más que palabras. Med. Intensiva [revista en la Internet]. 2011 Mayo [citado 2013 Sep 17] ; 35(4): 201-205.

Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-56912011000400001&lng=es.

SILVA, Daniela Odnicki da; GROU, Cris Renata; MIASSO, Adriana Inocenti and CASSIANI, Sílvia Helena De Bortoli. Preparación y administración de medicamentos: análisis de cuestionamientos e informaciones del equipo de enfermería. Rev. Latino-Am. Enfermagem [online]. 2007, vol.15, n.5 [cited 2013-09-16], pp. 1010-1017. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692007000500020&lng=en&nrm=iso>. ISSN 0104-1169. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692007000500020>..

Muiño Míguez A., Jiménez Muñoz A. B., Pinilla Llorente B., Durán García M. E., Cabrera Aguilar F. J., Rodríguez Pérez M. P.. Seguridad del paciente. An. Med. Interna (Madrid) [revista en la Internet]. 2007 Dic [citado 2013 Sep 17]; 24(12): 602-606. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992007001200010&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S0212-71992007001200010>.

Silva Gama Zenewton André da, Gómez Conesa Antonia, Sobral Ferreira Marta. Epidemiología de caídas de ancianos en España: Una revisión sistemática, 2007. Rev. Esp. Salud Pública [revista en la Internet]. 2008 Feb [citado 2013 Sep 17]; 82(1): 43-55. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272008000100004&lng=es

Tomás S., Jimena I. La seguridad del paciente en urgencias y emergencias. Anales Sis San Navarra [revista en la Internet]. [Citado 2013 Sep. 17]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272010000200015&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1137-66272010000200015>

Martínez Trujillo Nelcy. Las investigaciones en sistemas y servicios de salud por enfermería en las revistas científicas. Rev Cubana Enfermer [revista en la Internet]. 2011 Sep [citado 2013 Sep 16] ; 27(3): 228-238. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192011000300007&lng=es.

Gaviria Noreña Dora Lucía. La evaluation del Cuidado de Enfermería: un Compromiso disciplinar. Invest. educ. enferm [revista en la Internet]. 2009 Mar [citado el 16 de septiembre 2013]; 27 (1): 24-33. Disponible en:

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072009000100002&lng=en. .

CODERMATZ, Marcela A.; TRILLO, Carolina; BERENSTEIN, Graciela y ORTIZ, Zulma. Evidencia para mitigar errores en la práctica clínica y sanitaria: Una revisión de la literatura científica Argentina. *Medicina (B. Aires)* [online]. 2006, vol.66, n.5 [citado 2013-09-16], pp. 427-432. Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802006000500007&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1669-9106

Martín Delgado M.C., Gordo-Vidal F.. La calidad y la seguridad de la medicina intensiva en España: Algo más que palabras. *Med. Intensiva* [revista en la Internet]. 2011 Mayo [citado 2013 Nov 17]; 35(4): 201-205. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-56912011000400001&lng=es.

Agramonte del Sol Alain, Farres Vázquez Reinel. Influencia del desarrollo de la personalidad profesional durante la carrera de Enfermería en la seguridad del paciente. *Rev Cubana Enfermer* [revista en la Internet]. 2011 Mar [citado 2013 Nov 17]; 27(1): 8-15. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192011000100003&lng=es.

Figueiredo Manzo B., Couto Ribeiro H.C.T., Menezes Brito M.J., Alves M., Bauer Feldman L.. Implicaciones del proceso de acreditación para los pacientes desde la perspectiva de los profesionales de enfermería. *Enferm. glob.* [Revista en la Internet]. 2012 Ene [citado 2013 Nov 17]; 11(25): 262-271. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412012000100016&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1695-61412012000100016>

Salazar Rodríguez, Gloria; Martínez Duarte, Mónica Alexandra. Seguridad del Paciente Durante la Prestación del Servicio de Salud. *dc.type Article*. [Revista en la Internet]. 2013 [citado 2013 Nov 17]; 2013-12-15 Disponible en: <http://hdl.handle.net/123456789/64>

Agramonte del Sol Alain, Farres Vázquez Reinel. Influencia de las estrategias curriculares de la carrera Licenciatura en Enfermería en la calidad del cuidado. *Rev Cubana Enfermer* [revista en la Internet]. 2010 Dic [citado 2014 Ene 17]; 26(4): 119-202. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192010000400004&lng=es.

Da Silva Gama, Zenewton André, Adriana Catarina de Souza Oliveira, and Pedro Jesus Saturno Hernández. "Cultura de seguridad del paciente y factores asociados en una red de hospitales públicos españoles Patient safety culture and related factors in a network of Spanish public hospitals." *Cad. Saúde Pública* 29.2 (2013): 283-293

Wegner, Wiliam, and Eva Neri Rubim Pedro. La seguridad del paciente en las circunstancias de cuidado: prevención de eventos adversos en la hospitalización infantil. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Revista en internet] 2012. [Citado Enero 17 de 2014]. Disponible en: http://scholar.google.com.co/scholar?q=scielo+seguridad+del+paciente&hl=es&lr=lang_es&as_sdt=0,5&as_ylo=2010&as_vis=1&scilu=3,18329744525709822129:1&scisig=AMstHGQAAAAUtn_PowzO1M6FoXMQAnk5VzmZm-t6UP

Evangelina Vázquez Curiel, Alexo Esperato y Denice Klavano.. Red de Pacientes por la Seguridad del Paciente: Un rayo de Esperanza. *Revista Digital Universitaria*, [revista en la Internet]. 1 de agosto 2012, Volumen 13 Número 8, ISSN: 1067-6079 [citado 2014 Ene 17]; 11(27): 186-197. Disponible en: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:kZRDxvt-QpsJ:www.revista.unam.mx/vol.13/num8/art82/art82.pdf+&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=co>

Mira J.J., Vitaller J., Lorenzo S., Royuela C., Pérez-Jover V., Aranz J.. Pacientes como informadores de eventos adversos: Resultados en diabetes y enfermedad renal. *Anales Sis San Navarra* [revista en la Internet]. 2012 Abr [citado 2014 Ene 18] ; 35(1): 19-28. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272012000100003&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1137-66272012000100003>.

Camargo Tobias, Gabriela, Queiroz Bezerra, Ana Lúcia, Silvestre Branquinho, Nayla Cecília. Cultura de la Seguridad del Paciente en la Atención Sanitaria: Un Estudio Bibliométrico..[revista en la Internet]. *Enfermería global*, Vol. 13, nº 1 (2014) [citado 2014 Ene 17]; 11(27): 186-197. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10201/37589> .

Gómez Ramírez Olga, Arenas Gutiérrez Wendy, González Vega Lizeth, Garzón Salamanca Jennifer, Mateus Galeano Erika, Soto Gámez Amparo. CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE POR PERSONAL DE ENFERMERÍA EN BOGOTÁ, COLOMBIA. *Cienc. enferm.* [revista en la Internet]. 2011 Dic [citado 2014 Ene 18] ; 17(3): 97-111. Disponible en:

http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532011000300009&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532011000300009>.

1. Organización Mundial de la Salud [sitio web]. África. Asociación Africana para la Seguridad del Paciente. 2012. [Consultado el 19 de diciembre 2013]. Política nacional para la seguridad del paciente. [Número 10 hoja]. Disponible en:

http://www.who.int/patientsafety/implementation/apps/resources/APPS_Improving_PS-1st_steps_2012_03_EN.pdf

Kuerten Rocha Patricia, Prado Marta Lenise do, Almeida Cabral Patricia Fernanda de, Jatobá de Souza Ana Izabel, Anders Jane Cristina. El cuidado y la tecnología en las unidades de cuidados intensivos. IndexEnferm [revista en la Internet]. 2013 Sep [citado 2014 Feb 01]; 22(3): 156-160. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962013000200009&lng=es . <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962013000200009>

OrtellsAbuye N., Mark M. Paguina. Indicadores de calidad y seguridad de los pacientes en la enfermería de emergencia: un valor seguro. Enfermera. glob. [revista en la Internet]. 2012 Abr [citado el 18 de enero 2014], 11 (26): 184-190. Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412012000200012&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1695-61412012000200012>.

C. M. Romero. Seguridad y Calidad en Medicina Intensiva. Intensivo Med [revista en la Internet]. 2009 Oct [citado el 18 de enero 2014]; 33 (7): 346-352. Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-56912009000700005&lng=es.

Tobar A Eduardo, Abedrapo M Mario, Godoy C Jaime, Romero P Carlos. Delirium postoperatorio: Una ventana hacia una mejoría de la calidad y seguridad en la atención de pacientes quirúrgicos. RevChilCir [revista en la Internet]. 2012 Jun [citado 2014 Feb 01]; 64(3): 297-305. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262012000300015&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-40262012000300015>

Cordero Escobar Idoris, Sainz Cabrera Humberto, Santos Pena Moisés A, Rojas Santana Omar. Anestesia y seguridad del paciente. Un llamado

urgente.... RevCuba anestesioreanim [revista en la Internet]. 2013 Jun [citado 2014 Feb 01] ; 12(2): 151-157. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-67182013000200006&lng=es.

Ques Ángel Alfredo Martínez, Montoro César Hueso, González María Gálvez. Fortalezas y amenazas en torno a la seguridad del paciente según la opinión de los profesionales de enfermería. Rev. Latino-Am. Enfermagem [periódico na Internet]. 2010 Jun [citado 2014 Feb 01]; 18(3): 339-345. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692010000300007&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692010000300007>

Caballero Gálvez S., García Camacho C., Sianes Blanco A..Clinical safety in heartsurgeryhospitalization. Enferm. glob. [revista en la Internet]. 2011 Abr [citado 2014 Feb 01] ; 10(22): . Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412011000200020&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1695-61412011000200020>

Agramonte del Sol Alain, Farres Vázquez Reinel. Influencia de la gestión del cuidado en la calidad de la atención de Salud. Rev Cubana Enfermer [revista en la Internet]. 2010 Jun [citado 2014 Feb 01] ; 26(2): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192010000200003&lng=es .

Wang X, Liu K, You L, Xiang JG, Hu H, Zhang LF, et al. Therelationshipbetweenpatient safety culture and adverse events: A questionnairesurvey. Int. J. Nurs. Stud. (2014), <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.12.007>