NIVEL DE CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL PERSONAL DE COOEMSSANAR IPS SEDE TÚQUERRES DURANTE EL PRIMER TRIMESTRE DEL AÑO 2016

MARTHA ERAZO ORDOÑEZ

SANDRA LILIANA PABON

FABIOLA ESPERANZA CHOCUE BOMBA

LEONEL ROBERTO ARROYO PANTOJA

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE MANIZALES

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

ESPECIALIZACIÓN ADMINISTRACIÓN DE LA SALUD

POPAYÁN - CAUCA

2016

NIVEL DE CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL PERSONAL DE COOEMSSANAR IPS SEDE TÚQUERRES DURANTE EL PRIMER TRIMESTRE DEL AÑO 2016

MARTHA ERAZO ORDOÑEZ

SANDRA LILIANA PABON

FABIOLA ESPERANZA CHOCUE BOMBA

LEONEL ROBERTO ARROYO PANTOJA

DIRECTOR

RICHARD NELSON ROMAN MARIN.

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE MANIZALES

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

ESPECIALIZACIÓN ADMINISTRACIÓN DE LA SALUD

POPAYÁN - CAUCA

2016

Contenido

1 INTRODUCCIÓN 5

2 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA 6

3 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN. 9

4 ANTECEDENTES 10

4.1 Título: Cultura de seguridad del paciente por personal de enfermería en Bogotá, Colombia. 10

4.2 Título: Evaluación de la cultura sobre seguridad del paciente entre médicos residentes de Medicina familiar y comunitaria en un servicio de urgencias hospitalario 12

4.3 Título: Estudio IBEAS Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica. 14

4.4 Título: Cultura de Seguridad del Paciente en los Servicios de Urgencias, Resultados de su Evaluación en 30 Hospitales del Sistema Nacional de Salud Español. 16

4.5 Título: Cultura sobre seguridad del paciente en profesionales de la salud 17

5 JUSTIFICACIÓN 20

6 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN. 24

6.1 Objetivo General 24

6.2 Objetivos Específicos 24

7 DISEÑO METODOLÓGICO 25

8 MARCO TEORICO. 28

8.1 La Seguridad Del Paciente: 28

8.2 Cultura Organizacional 29

8.3 Cultura De Seguridad 30

8.4 Política De Seguridad Del Paciente. 31

8.5 Principios de la política de seguridad del paciente. 31

8.6 Objetivos de la política de seguridad del paciente 33

8.7 Taxonomía de eventos adversos según cooemssanar ips 34

9 MARCO CONTEXTUAL. 39

10 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES 46

11 ANÁLISIS DE RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DE LA ENCUESTA DE CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA EL ÁREA ASISTENCIAL ENCOOEMSSANAR IPS TÚQUERRES. 47

11.1 Grafico No. 1. ¿Cuál es su principal área de trabajo en esta institución? 47

11.2 Grafico No. 2. Sección A: Área de trabajo 48

11.3 Grafico No. 3. Sección B: Su jefe inmediato. 50
11.4 Grafico No. 4. Sección C: Comunicación 51
11.5 Grafico No. 5. Sección D: frecuencia de eventos adversos / errores reportados 53
11.6 Grafico No. 6. Sección E: grado de seguridad del paciente. 54
11.7 Grafico No. 7. Sección F: Su institución. 55
11.8 Grafico No. 8.Tiempo de trabajo en la institución 57
11.9 Grafico No. 9. Horas de trabajo a la semana en la institución. 58
11.10 Grafico No. 10. Cargo en la institución. 59
11.11 Grafico No. 11. Tipo de contrato. 60
11.12 Grafico No. 11. Interacción directa o contacto con pacientes. 60
11.13 Grafico No. 12. Atención segura de pacientes. 61
12 PONDERADO FINAL CLIMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA EL ÁREA ASISTENCIAL DE COOEMSSANAR IPS TÚQUERRES. 62
12.1 Tabla 1. Ponderados de las preguntas positivas y negativas de la áreas de la encuesta de seguridad del paciente del área asistencial. 62
12.2 Grafico No. 13. Ponderado final clima de seguridad del paciente. 63
13 CONCLUSIONES 64
14 RECOMENDACIONES 66
15 BIBLIOGRAFÍA. 68

1 INTRODUCCIÓN

La seguridad del paciente progresivamente se ha constituido en un asunto de interés en el área de la salud, hasta el punto de ser considerada hoy en día como un problema en salud pública a nivel mundial, puesto que no solamente tiene grandes repercusiones en la salud de las personas si no también ocasiona grandes pérdidas económicas para las entidades de salud tal como lo señalan varias organizaciones que investigan a profundidad el tema.

Las Instituciones Prestadoras de Salud Colombianas no ajenas a la problemática relacionada con la seguridad del paciente, se han visto en la necesidad de realizar múltiples esfuerzos; entre ellos crear y promover una cultura de seguridad para consolidar una serie de actitudes y creencias encaminadas a garantizar que el paciente no experimente daño innecesario o potencial asociado a la atención en salud; lineamiento fundamental y requisito obligatorio que debe poseer todo el personal en su práctica clínica.

El principal alcance de este trabajo es describir la percepción de cultura de seguridad referida por el personal que labora en COOEMSSANAR IPS SEDE TÚQUERRES con el fin de facilitar la retroalimentación de los actores del sistema, con el fin de posibilitar la elaboración e implementación de medidas de mejora basadas en los hallazgos de problemas concretos.

Este trabajo se realiza con el fin de dar a conocer la situación actual de COOEMSSANAR IPS TÚQUERRES en cuanto a la cultura de seguridad del paciente existente en el personal ya que no existe ningún estudio realizado en la entidad con respecto a dicho tema.

2 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

El nivel de complejidad que presenta la atención en salud es cada vez mayor, adicional a esto, la diversidad de factores que influyen en dicho proceso favorece el amplio espectro de riesgos que entraña la atención en salud, debido a esto varios autores han catalogado al sector de la salud como el más complejo de la economía, lo cual se ve reflejado en datos presentados por la OMS (Organización Mundial de la Salud) donde señala que cada año decenas de millones de pacientes de todo el mundo sufren daño o fallecen como consecuencia de una atención sanitaria insegura.

A pesar de que la intención de los servicios de salud es prevenir o curar enfermedades, en demasiadas ocasiones la atención sanitaria causa daño a sus usuarios[1]. La preocupación por dicha problemática y el interés por encontrar la forma de minimizarlos o evitar dichos daños ha llevado a realizar diversos estudios con el fin de encontrar medidas efectivas que enfrenten los hallazgos encontrados, los cuales evidencian que a diario se cometen errores en los hospitales en el manejo de la seguridad de los pacientes, tanto en el campo asistencial como en el administrativo[2].

El proyecto IBEAS ha sido el primer estudio llevado a cabo a gran escala en América Latina mostrando que 10 de cada 100 pacientes han sufrido daño producido por los cuidados sanitarios,

[1] Organización Mundial de la Salud. (2010). IBEAS: red pionera en la seguridad del paciente en Latinoamérica. Hacia una atención hospitalaria más segura. Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/research/ibeas_report_es.pdf

[2] Alarcón, C., Ortiz, A. ANALISIS DE LA CULTURA SOBRE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL HOSPITAL PADRE HURTADO. Hospital Padre Hurtado.

de igual forma muestra que de cada 10 incidentes que produjeron daño y que casi 6 podrían haberse evitado. Por la magnitud de la situación, Colombia no ajena y distante a la problemática señalada, se acoge a directrices internacionales con la implementación de la política de seguridad del paciente que busca ‘’evitar o minimizar el riesgo de sufrir eventos adversos o de minimizar sus consecuencias en el proceso de la atención en salud’’. Con el fin de contribuir a dicho propósito, uno de los requisitos esenciales es la creación de una adecuada cultura de seguridad por parte de los profesionales encargados de prestar el servicio. En tal sentido, la consecución de dicho requisito se ha perfilado como una de las buenas prácticas según el ministerio de salud y protección Colombiano que garantiza la prestación de una atención segura.

La cultura de seguridad se ha convertido en un tema crucial en la prestación de los servicios de salud, sin embargo, a pesar de la relevancia y el auge que ha tenido la temática, son relativamente pocas las instituciones prestadoras del servicio de salud que conocen y evalúan el grado de cultura de seguridad que poseen sus trabajadores, en especial de los trabajadores administrativos. Es así como se ha rezagado la importancia de conocer los múltiples elementos, actitudes y percepciones que tienen los profesionales de salud que influyen en la creación de la cultura de seguridad en la organización, es así como se evidencia el vacío en el conocimiento en este tema, que puede contribuir a prestar una atención en salud riesgosa.

La inadecuada adherencia del personal encargado de la atención en salud a una cultura de seguridad hace que se continúen presentando eventos adversos, por tal razón, conocer la realidad que afrontan las instituciones prestadoras de servicios de salud en los diferentes niveles de la atención en dicha temática es muy importante para que dichos hallazgos se conviertan en punto

de partida para el diseño de acciones de mejora y de esta forma fortalecer la cultura de seguridad convirtiéndola en una competencia obligatoria del personal responsable de prestar el servicio.

En el caso de COOEMSSANAR IPS Túquerres una de las políticas institucionales es la política de calidad y seguridad del paciente mediante la cual busca ''prestar servicios de salud bajo el enfoque de mejoramiento continuo y con énfasis en el paciente y su familia, garantizando la calidad en la atención caracterizada por la accesibilidad y seguridad mediante un modelo de salud preventivo y seguro"**.**

Es así como COOEMSSANAR IPS asume la seguridad del paciente como un componente prioritario de la calidad de la atención, para lograrlo desarrolla acciones que promuevan una cultura de seguridad, accesibilidad y servicio humanizado en usuarios, su familia y trabajadores, encaminada a identificar, prevenir y gestionar los riesgos y eventos adversos que se deriven del proceso de atención[3],sin embargo, a pesar de desarrollar diversas acciones que promueven la cultura de seguridad, hasta el momento todavía no se conoce cuál es la percepción de cultura de seguridad que poseen sus trabajadores, ni mucho menos la de los usuarios y su familia.

COOEMSSANAR IPS Túquerres no cuenta con ninguna propuesta encaminada a evaluar la cultura de seguridad del paciente existente en el personal que ayude a controlar los eventos adversos que atentan contra la seguridad del paciente, lo cual de una u otra forma impide el desarrollo de estrategias o acciones de mejora dirigidas a impactar y estimular a los integrantes de la institución a trabajar en la búsqueda del mejoramiento continuo[4].

---

[3]COEMSSANAR IPS Túquerres. Programa de Seguridad del Paciente. Pág. 8.
[4] Ibíd. Pag.9.

3 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.

¿Cuál es la cultura de seguridad del paciente en COOEMSSANAR IPS – sede Túquerres?

4 ANTECEDENTES

A continuación se presenta el resumen de una serie de estudios relacionados con la cultura de seguridad del paciente, realizados en diferentes partes del mundo que servirán de referente para la realización de la presente investigación. De igual manera es importante resaltar que se tomó como principal fuente de referencia la investigación titulada; seguridad del paciente un compromiso institucional para un atención más segura, dicha investigación es un revisión sistemática sobre seguridad del paciente.

4.1 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, 2010.

Objetivo: 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.

Muestra: Fue tomada de manera aleatoria estratificada, conformada por 201 participantes (110 profesionales y 91 auxiliares de enfermería) que laboraban en una institución prestadora de servicios de salud de III nivel de atención en Bogotá, 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.

Intervención y proceso medición: Se utilizó la versión española del instrumento Hospital Survey on Patient Safety Culture adaptado por el grupo de investigación en gestión de calidad de la Universidad de Murcia, concebido como una herramienta para examinar de manera fiable las conductas y actitudes de los trabajadores del área de la salud relacionadas con la seguridad del paciente, y permite obtener información acerca de la cultura de seguridad y posteriormente identificar fortalezas y debilidades. Se trata de un cuestionario auto-administrado. La valoración de cada ítem se realiza por medio de la escala de Likert, en 5 grados de acuerdo a cada sección, para las secciones A y B: 1 muy en desacuerdo; 2 en desacuerdo; 3 indiferente; 4 de acuerdo; 5 muy de acuerdo, y para las secciones C y D: 1 nunca; 2 casi nunca; 3 a veces; 4 casi siempre; 5 siempre.

Resultados: Reveló de manera positiva que el superior o jefe no pasa por alto los problemas de seguridad del paciente, sino que por el contrario son tomadas medidas correctivas, el personal que labora en las diferentes unidades no es el suficiente para garantizar la prestación de los servicios de manera óptima, lo cual se traduce en aumento de la carga laboral e impacta negativamente en la percepción del personal en cuanto al ambiente propicio para desarrollar conductas que favorezcan la cultura de seguridad, por otra parte los profesionales se sienten más seguros trabajando en su área específica de trabajo. El reporte de eventos adversos se realiza

cuando estos afectan de alguna manera al paciente. Existe un bajo porcentaje de reporte de eventos adversos, a pesar de estar en contacto directo con el paciente.

4.2 Título: Evaluación de la cultura sobre seguridad del paciente entre médicos residentes de Medicina familiar y comunitaria en un servicio de urgencias hospitalario

Autor y año: C. Jaraba Becerril, M.T. Sartolo Romeo, M.V. Villaverde Royo, l. Espuis Albas, M. Rivas Jiménez. 2.013

Objetivo: Conocer cuál es la percepción sobre Seguridad del Paciente que tienen los médicos internos residentes de Medicina Familiar y Comunitaria en un hospital docente de tercer nivel.

Muestra: Estudio descriptivo transversal participaron 52 médicos internos residentes de Medicina Familiar y Comunitaria de la Unidad docente de medicina familiar y comunitaria Zaragoza III.

Intervención y proceso medición: Para evaluar la cultura sobre seguridad del paciente que tienen estos profesionales, se utilizó la versión española del Hospital Surveyon Patient Safety. Éste es un cuestionario que adapta al contexto español la encuesta original de la Agency for Health care Research and Quality y fue realizado por la Agencia de Calidad del Ministerio de Sanidad y Consumo y la Universidad de Murcia en el año 2005.

Mediante 42 preguntas, la encuesta proporciona información relativa a las doce dimensiones de la cultura de seguridad. Cada una de las 42 preguntas agrupadas en dimensiones cuenta con 5 posibles respuestas, según el grado de acuerdo o desacuerdo con cada ítem. Para trabajar los datos con mayor facilidad, se agruparon en 3 categorías siguiendo la metodología de otros trabajos que han utilizado este cuestionario previamente (respuesta positiva, respuesta neutral y respuesta negativa). Con los resultados calculados, se determinaron las fortalezas y debilidades, u oportunidades de mejora del servicio de urgencias.

Resultados: “El personal se apoya mutuamente” apareció como única fortaleza con una tasa de respuestas positivas del 81,8%. En cuanto a los resultados por dimensiones, la mejor valorada hace referencia al “Trabajo en equipo dentro del servicio” con una tasa de respuestas positivas del 64,7%. La dimensión “Percepción de seguridad” también contó con una tasa de respuestas negativas del 40, 9%. Ninguno de los médicos internos residentes encuestados había notificado incidentes en el servicio de Urgencias.

En cuanto a los resultados obtenidos en este estudio, se debe destacar que entre las variables peor valoradas se encuentran varias que hacen referencia a la percepción de que no hay personal suficiente y que la carga de trabajo es excesiva. Según las encuestas, esto no permite atender de una manera óptima a los pacientes de urgencias. Los residentes perciben que el ritmo de trabajo que hay en el servicio pone en peligro la seguridad de los pacientes. Por dimensiones, las dos oportunidades de mejora encontradas son “Dotación de personal” y “Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente”. Las cuatro dimensiones de la cultura de seguridad responsables de más de la mitad de las respuestas negativas obtenidas en el estudio. Estas dimensiones son “Dotación de personal”, “Problemas en los cambios de turno y transiciones

entre servicios", "Percepción de seguridad", "Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente".

No se debe descuidar el alto porcentaje de respuestas neutras (superior al 50%) en cuatro de las doce dimensiones sobre la Seguridad del Paciente. Tres de ellas ("Frecuencia de eventos notificados", "Retroalimentación y comunicación sobre errores" y "Aprendizaje organizacional y mejora continua") hacen referencia a la notificación de eventos y a los mecanismos de los que se dispone para encontrar sus causas, y así evitar que vuelvan a producirse. En nuestra opinión esto podría estar motivado por un desconocimiento, por parte de los MIR, de los procedimientos y mecanismos con los que cuenta el servicio de Urgencias para preservar la seguridad del paciente. Nos reafirma en ello el dato de que ninguno de los 44 médicos encuestados había notificado ningún incidente adverso en el último año.

4.3 Título: Estudio IBEAS Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica.

Autor y Año: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Informes, estudios e investigación 2010

Objetivo del artículo: mejorar el conocimiento en relación con la seguridad del paciente, por medio de la aproximación a la magnitud, trascendencia e impacto de los efectos adversos y al análisis de las características de los pacientes y de la asistencia que se asocian a la aparición de

eventos adversos. Identificar áreas y problemas prioritarios de la seguridad del paciente para facilitar y dinamizar procesos de prevención para minimizar y mitigar los eventos adversos.

Muestra: 2000 pacientes de cada país de los cinco países participantes (México, Perú, Argentina, Costa Rica y Colombia)

Intervención y proceso medición: Se realizó un estudio observacional analítico de corte transversal complementaria con un estudio de seguimiento para estimar la incidencia de eventos adversos en una muestra de los sujetos de estudio.

Se realizó un análisis descriptivo, invariable, estratificado y un modelo de regresión logística o multinomial ordinal para explicar la prevalencia de eventos adversos, su gravedad y carácter evitable estudiándose fenómenos de confusión e interacción.

Resultados: Frente a los resultados del estudio de prevalencia se obtuvo que la prevalencia global de pacientes con algún evento adverso fue de 10.5%, la prevalencia de evento adverso fue de 11.85%. Las variables que explican que se presente un evento adverso son: ubicación del servicio, la complejidad del servicio si ingresa de forma urgente, el tiempo que lleve hospitalizado y si presenta factores de riesgo extrínseco o co-morbilidad. El 10.95% de los eventos adversos se dieron antes de la hospitalización. El 13.27% de los eventos adversos estaban relacionados con los cuidados, el 8.23% con uso de medicamentos, el 31.14% con infección nosocomial, el 28.69% con algún procedimiento y con el 6.15% con el diagnostico.

Los 5 eventos adversos más frecuentes fueron neumonías nosocomiales, infecciones de herida quirúrgica, ulceras por presión, otras complicaciones relacionadas con la intervención quirúrgica o procedimiento y sepsis o bacteriemia. El 62.9% de eventos adversos incremento el tiempo de hospitalización y el 18.2% de eventos adversos causaron reingresos. El 60 % de eventos adversos se consideraron evitables, el 60% de las infecciones nosocomiales y el 55% de los problemas relacionados con un procedimiento se podrían haber evitado.

4.4 Título: Cultura de Seguridad del Paciente en los Servicios de Urgencias, Resultados de su Evaluación en 30 Hospitales del Sistema Nacional de Salud Español.

Autores: Fermín Roqueta Egea, Santiago Tomas Vecina, Manuel Chanovas Borras. 2007.

Objetivo: conocer el nivel de cultura de seguridad del paciente en los servicios de urgencias hospitalarios, averiguar si el nivel de cultura difiere del obtenido en estudios realizados a nivel general hospitalarios, además conocer las dimensiones valoradas negativamente y proponer estrategias de mejora.

Muestra: La población de estudio comprendía profesionales de SUH, a los que se les aplicó la encuesta HSOPS.

Intervención y proceso medición Este estudio es descriptivo donde se recogen los resultados de la valoración de nivel de cultura de seguridad utilizando como instrumento de medición la encuesta Hospital Surveyon Patient safety culture (HSOPS) de la Agency For Health Care

Research and quality adaptada a castellano, fue realizada a profesionales de SUH y administrada por alumnos de los cursos en seguridad del paciente entre 2009 y 2010, se analizaron las respuestas positivas y negativas a 42 preguntas que configuran un total de 12 dimensiones sobre cultura de seguridad, así como la calificación de 0 a 10 otorgada a la seguridad del paciente en los SUH.

Resultados: La encuesta se aplicó en 30 SUH de 13 comunidades autónomas y se obtuvo un total de 1.388 respuestas válidas. La nota media sobre nivel de seguridad es de 6,1 puntos. Las dimensiones mejor valoradas fueron las de "Trabajo en equipo en la unidad" y "Expectativas/acciones de los responsables de la unidad/servicio en seguridad de paciente" con un 68% y un 56% de respuestas positivas respectivamente. Las dimensiones peor valoradas fueron "Dotación de recursos humanos" y "Apoyo de la Gerencia/Dirección del Hospital" con un 57% y un 47% de respuestas negativas respectivamente. Un total de 4 dimensiones comportan cerca del 50% de todas las respuestas negativas, que constituyen un referente para priorizar como aspectos susceptibles de mejora.

4.5 Título: Cultura sobre seguridad del paciente en profesionales de la salud

Autor y año: Germán Fajardo-Dolci, Javier Rodríguez-Suárez, Heberto Arboleya-Casanova, Cintia Rojano-Fernández, Francisco Hernández-Torres, Javier Santacruz-Varela. 2010.

Objetivo: Evaluar el nivel de cultura sobre la seguridad del paciente entre los profesionales de la salud.

Muestra: Se aplicó una encuesta sobre seguridad del paciente a 174 profesionales de salud, en la que se indagaron datos demográficos, frecuencia y número de eventos. Se determinaron las puntuaciones obtenidas en las 12 dimensiones de la escala, así como en reactivos sobre percepción y grado de seguridad global del paciente, y se obtuvieron los valores de alfa de Cronbach para las diferentes dimensiones. Se utilizaron pruebas de estadística descriptiva.

Intervención y proceso medición: Se utilizó la versión traducida al español del cuestionario Hospital Surveyon Patient Safety Culture de la Agency for Health care Research and Quality, 17 la cual contiene 42 reactivos relacionados con la seguridad del paciente, agrupados en las siguientes 12 subescalas:

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

Además, contiene variables relacionadas con el sitio o unidad de trabajo, medición de resultados, percepción global de seguridad, grado de seguridad del paciente y número de eventos informados. La encuesta se llevó a cabo durante el Simposio Anual Conamed 2009, al que acuden profesionales de la salud con interés específico en los temas de calidad de la atención médica y seguridad del paciente. Su aplicación se realizó en un tiempo aproximado de 15 minutos, previa explicación inicial de la naturaleza del estudio, de sus objetivos y de la forma de responder.

Resultados: Se analizaron las respuestas de 174 sujetos encuestados, de los cuales 28 (16.1%) trabajan en más de una unidad hospitalaria, 31 (17.8%) correspondieron a medicina, 13 (7.5%) a cirugía y 10 (5.7%) a rehabilitación. La mayor parte, 84 sujetos (49.4%), trabaja de 40 a 59 horas por semana y 56 (32.2%), 20 a 39 horas por semana. Respecto al tiempo que llevaban trabajando en el departamento, servicio o unidad (n = 167), 14 sujetos (8.0%) indicaron que lo han hecho menos de un año, 66 (37.9%) de uno a cinco años, 34 (19.5%) de seis a 10 años y 22 (12.6%) 21 años o más.

En relación con el grado de seguridad del paciente en la unidad de su hospital, la respuesta varió de excelente, informada por ocho sujetos (4.6%), a muy pobre, consignada por tres (1.7%). La percepción global de seguridad fue de 49%. La dimensión más baja fue la de respuesta no punitiva al error (26%) y la más alta el aprendizaje organizacional (66%). Se encontraron alfas de Cronbach bajas para las dimensiones de percepción global de seguridad (0.35), respuesta no punitiva al error (0.55) y asignación de personal (0.12). En cuanto al reporte de eventos (n =

161), 80 de los encuestados (46%) respondieron que no han informado eventos y el resto señaló frecuencias de uno o dos eventos (25.9%) hasta más de 21 (2.3%).

5 JUSTIFICACIÓN

La seguridad del paciente es un componente de la atención en salud que ha venido tomando fuerza en las últimas décadas; las diferentes organizaciones e instituciones de salud con el paso de los años, se han dado cuenta que prever posibles eventos adversos en la atención, actuar a tiempo, corregir errores y aprender de ellos es indispensable, para crear un clima de seguridad que lleve al mejoramiento continuo de la calidad en la atención en salud.

En el transcurso de las décadas la seguridad del paciente enmarcada dentro del concepto de calidad, ha evolucionado conforme avanza el desarrollo científico y tecnológico; la gente comete errores y el sistema de salud tiene fallas y descuidos esto aumenta el riesgo para el paciente de sufrir daños con diferentes grados de severidad o incluso fatales, con el agravante de que muchos de ellos son prevenibles. Por ello es indispensable realizar un análisis, discusión y acción entre

todos los profesionales sobre el tema de seguridad del paciente y considerar este tema como pilar de la atención en salud.

Por las razones expuestas anteriormente, hoy en día existe la urgente necesidad de que todas las organizaciones encargadas de la atención en salud definan la seguridad del paciente como un objetivo institucional de máxima relevancia, debido a que la seguridad del paciente es un componente clave de la calidad asistencial, que ha adquirido gran importancia tanto para los pacientes y sus familias, que desean sentirse seguros y confiados con los cuidados sanitarios recibidos, como para los profesionales que desean ofrecer una asistencia sanitaria segura, efectiva y eficiente[5] .

Actualmente, Colombia desarrolla e implementa una política de seguridad del paciente, derivada del sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención en salud, que pretende "prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y de ser posible eliminar todos los eventos adversos para contar con instituciones seguras y competitivas"[6]. De tal manera que la seguridad del paciente sea un componente obligatorio de la calidad asistencial y por lo tanto propenda por garantizar una atención segura con los mínimos riesgos posibles.

---

[5]E. Terol, Y. Agra, M.M. Fernández-Maíllo, J. Casal, E. Sierra, B. Bandrés, M.J. García y P. del Peso. Resultados de la estrategia en seguridad del paciente del Sistema Nacional de Salud español, período 2005-2007. MedClinMonogr (Barc). 2008;131(Supl 3):4

[6]MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. República de Colombia. Dirección General de Calidad de Servicios. Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente en la república de Colombia. Disponible en: http://www.cohan.org.co/content/43/files/5%20LINEAMIENTOS%20SEGURIDAD%20DEL%20PAC IENTEl.pdf. fecha: 10/07/2015. hora: 4:30 pm.

Dentro de la seguridad y calidad en la atención de la salud del paciente, uno de los factores más relevantes es la cultura de seguridad, la cual se ha convertido en un tema decisivo en la prestación de los servicios de salud. Entendiendo que la cultura define la forma en que un grupo social desarrolla sus procesos, el reto consiste en que cada institución prestadora de salud (IPS) establezca su propia cultura de seguridad del paciente, ese es el mejor camino para dar respuesta a las particularidades y necesidades específicas de cada institución, por esa razón, es fundamental conocer la perspectiva que tienen sus trabajadores sobre dicha temática, de tal manera que se puedan definir e identificar el grado de cultura seguridad que poseen; Pero son pocas las entidades de salud las que se interesa por evaluar la cultura de seguridad del paciente en el personal que labora en ellas .Por estas razones, la adopción de métodos que contribuyan al mejoramiento de la seguridad de atención del paciente es de gran importancia pues es la única forma de garantizar que el servicio prestado sea de buena calidad.

Con la realización de este trabajo lo que se pretende es describir la cultura de seguridad del paciente existente en el personal de COOEMSSANAR IPS – sede Túquerres con el fin de implementar una propuesta para evaluar la cultura que tienen los tajadores y así esto se convierta en un punto de partida para la generación de estrategias o acciones de mejora que van dirigidas a impactar y estimular a los integrantes de la institución a trabajar en la búsqueda del mejoramiento continuo, de tal manera que el servicio prestado garantice la satisfacción no solo de los usuarios de la IPS sino también de todo el personal que labora en ella.

Como se expresó anteriormente, en la descripción del problema Una de las políticas institucionales de COOEMSSANAR IPS es que asume la seguridad del paciente como un componente prioritario de la calidad de la atención, ‘’para lograrlo, desarrolla acciones que

promuevan una cultura de seguridad, accesibilidad y servicio humanizado en usuarios, su familia y trabajadores, encaminada a identificar, prevenir y gestionar los riesgos y eventos adversos que se deriven del proceso de atención'',[7]por tal motivo esta política necesita una ejecución y seguimiento riguroso, puesto que su implementación representa una gran responsabilidad y una evaluación permanente y proactiva, lo cual se lograra con el diseño y desarrollo de esta propuesta.

Además se ve la necesidad de que el personal tenga conocimientos en cuanto a conceptos, referencias, herramientas, listas de chequeo y formatos (plantilla reporte de evento adversos), que provienen de los programas de seguridad del paciente que implementa la institución, para dejar de ser una deficiencia y así conseguir una atención segura y de calidad para el paciente.

Por todo esto COOEMSSANAR IPS brindara desinteresadamente la información y pondrá a disposición el recurso humano necesario para poder llevar a cabo la evaluación de la cultura de seguridad del paciente en dicho personal. De igual forma contara con el respaldo de la universidad católica de Manizales ya que dicho estudio forma parte de un macroproyecto formulado por el departamento de salud de dicha universidad.

[7]Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente. Ministerio de Salud y la Protección Social. Colombia.

6 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.

6.1 Objetivo General

Determinar la percepción de cultura de seguridad del paciente en COOEMSSANAR IPS – sede Túquerres durante el primer trimestre del año 2016.

6.2 Objetivos Específicos

- Realizar la caracterización del talento humano participante en la medición de la cultura de seguridad del paciente.

- Determinar el grado de avance de las características esenciales de la cultura de seguridad del paciente (área de trabajo, jefe inmediato, comunicación, frecuencia de eventos adversos, la institución) en COOEMSSANAR IPS – sede Túquerres

- Establecer el grado general de percepción en seguridad del paciente del personal en COOEMSSANAR IPS- Sede Túquerres

- Establecer la frecuencia de eventos o errores reportados relacionados con la seguridad del paciente en COOEMSSANAR IPS – sede Túquerres

7 DISEÑO METODOLÓGICO

Enfoqué de la investigación: Cuantitativo porque parte del análisis de datos numéricos para determinar la realidad objetiva que se presenta en cuanto a la percepción de la cultura de seguridad del paciente que posee el personal que labora en COOEMSSANAR IPS TÚQUERRES.

Tipo de estudio: Descriptivo de corte transversal, ya que busca describir las características que determinan la cultura de seguridad de los pacientes que presenta el personal que labora en COOEMSSANAR IPS TÚQUERRES en un determinado momento.

Población objeto de estudio: La población de referencia está constituida por todos los profesionales, tanto administrativos como asistenciales que desarrollan su labor en la unidad de negocios COOEMSSANAR IPS TÚQUERRES, la cual está conformada por 30 empleados.

Población elegible Población de referencia que cumpla los siguientes criterios de tipificación:

Criterios de inclusión:

Trabajar en COOEMSSANAR IPS sede Túquerres.

Contar con contrato laboral a término fijo, OPS o indefinido.

Vinculación mayor a 5 meses

Voluntad de participar en el estudio

Criterios de exclusión:

Personal transitorio que se encuentre cubriendo licencias, incapacidades o vacaciones.

Tamaño de la muestra y muestreo: No aplica, ya que se realizó un censo al 100% de los trabajadores, debido a que por el tamaño de la población fue posible medir completamente.

Técnicas de recolección de información: Se aplicó un instrumento de medición correspondiente a una encuesta que permite medir la cultura de seguridad del paciente de los trabajadores asistenciales y administrativos, dicha herramienta se encuentra estructurada en 8 secciones con preguntas de selección múltiple y un espacio para comentarios. La valoración de cada ítem se realiza por medio de la escala de Likert, en 5 grados de acuerdo a cada sección, para las secciones A, B y F: 1 muy en desacuerdo; 2 en desacuerdo; 3 ni de acuerdo ni en desacuerdo; 4 de acuerdo; 5 muy de acuerdo, y para las secciones C y D: 1 nunca; 2 casi nunca; 3 a veces; 4 casi siempre; 5 siempre.

Se oficiara de manera formal un permiso a la organización para disponer del personal para la aplicación de la encuesta; este instrumento se aplicara a 30 funcionarios que labora en las áreas asistenciales. Se trata de un cuestionario auto-administrado

Técnica de Procesamiento y análisis. Se realiza a través de tablas de cálculo en el Excel, donde se realiza el análisis de frecuencias y promedios por pregunta y por componente con el fin de determinar en qué nivel está el grado de cultura de seguridad del personal que labora en COOEMSSANAR IPS.

Consideraciones éticas: La investigación se clasifica de acuerdo con la declaración internacional de Helsinki, el informe de Belmont y la Resolución 8430 de 1.993 del Ministerio de Salud; como una investigación sin riesgos biológicos, fisiológicos, psicológicos, y sociales para los participantes. Adicionalmente, para cada empleado que participa de forma voluntaria en el estudio, se diligencia un consentimiento informado, en la cual se explica el pacto de confidencialidad y que las respuestas al cuestionario serán anónimas.

8 MARCO TEORICO.

8.1 La Seguridad Del Paciente:

La seguridad del paciente se define como el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencia científicamente comprobadas que propendan por minimizar el riesgo de sufrir eventos adversos en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias. En sentido estricto, se puede hablar de seguridad del paciente, como la ausencia de accidentes, lesiones o complicaciones evitables, producidos como consecuencia de la atención en salud recibida[8]. La seguridad del paciente exige una atención y actuaciones permanentes a varios niveles:

[8] MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL REPUBLICA DE COLOMBIA. La Seguridad del Paciente y la Atención Segura. Pg.9

- **A nivel institucional,** implica que los escenarios en que se desarrolla la atención a la salud (hospitales, centros de salud, residencias para personas mayores y discapacitadas,…) deben estar diseñados y organizados para reducir los potenciales riesgos durante la atención de los pacientes.[9]

- **En el plano profesional,** supone un diseño cuidadoso de procesos y procedimientos basados en evidencia científica, acompañados de una mejora continua de los mismos, con el único objetivo de reducir la probabilidad de que ocurran EA (eventos adversos).[10]

- **Por último, a nivel político y social**, Esta acorde con las iniciativas mundiales que se están dando en este tema, se encuentra en la agenda de múltiples organizaciones, instituciones, asociaciones internacionales.[11]

8.2 Cultura Organizacional.

La cultura de una organización es la manifestación de una serie de premisas interiorizadas por sus miembros y de compromisos que todos comparten y asumen en temas como la interacción entre seres humanos, instituciones y entornos. Estas premisas les permiten encontrar vías comunes para interpretar las situaciones y darle un sentido a su existencia profesional y personal.[12]Se dice que la cultura de una organización es el corazón de la misma. Es una de sus fuerzas más sólidas e importantes, la que conforma el modo en que piensan, actúan y afrontan el

[9] Ibíd.pg.10
[10] Ibid.pg.10
[11] Ibid.pg.10
[12] Mejorando la seguridad del paciente en los hospitales: de las ideas a la acción. Realizada por Maite Vargas & Miguel Recio – 2008 para la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Consultado en: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Mejorando_Seguridad_Paciente_Hospitales.pdf. Fecha: 25/07/2015. Hora: 6:30 pm.

trabajo sus miembros. En pocas palabras, representa la manera de funcionar específica de cada organización[13]

Más recientemente, Khatri y colaboradores afirman que “desde una perspectiva organizacional, una cultura de seguridad sólo se puede definir como la capacidad de una organización para identificar, informar e investigar los incidentes y tomar las medidas correctivas que mejoren el sistema de atención al paciente y reducir el riesgo de recurrencia”.

8.3 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.

Una cultura de seguridad es aquella que integra la máxima hipocrática básica de "no causar daño" en la misma fibra de la identidad de la organización, que la incorpora a sus normas y funcionamiento, y la sitúa como misión prioritaria fundamental. Dicha misión se define mediante principios corporativos formales y se pone en conocimiento de sus miembros en forma de principios rectores que gobiernan el trabajo de la organización y se aplican a sus prácticas diarias.

[13]Howard L. Validating the Competing Values Model as a Representation of Organizational Cultures. Internatio nal Jornal of Organizational Analysis. 1998; 6:231-250.

Una cultura de seguridad es la que nace del esfuerzo colectivo de una institución para encaminar la totalidad de los elementos culturales hacia los objetivos de seguridad, incluidos los de sus miembros, sistemas y actividades laborales. En el presente capítulo se abordarán algunas de las características concretas de la cultura de seguridad en el contexto actual del "movimiento para la seguridad del paciente"[14]

8.4 Política De Seguridad Del Paciente.

Seguridad del Paciente se define como el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.[15]

8.5 Principios de la política de seguridad del paciente.

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.

---

[14] MINISTERIO DE SANIDAD Y POLITICA SOCIAL. GOBIERNO DE ESPAÑA. Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud Español. Pg. 23. Consultado en: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Analisis_cultura_SP_ambito_hospitalario.pdf. Fecha: 23/07/2015. Hora:8:50 pm

[15] MINSALUD.OBSERVATORIO DE LA CALIDAD EN SALUD. Seguridad del Paciente. consultado en:http://calidadensalud.minsalud.gov.co/EntidadesTerritoriales/SeguridaddelPaciente.aspx. Fecha: 23/07/2015. Hora: 3:30 pm

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.

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.

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.

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

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.

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.[16]

8.6 Objetivos de la política de seguridad del paciente

a) Direccionar las políticas institucionales y el diseño de los procesos de atención en salud hacia la promoción de una atención en salud segura.

b) Disminuir el riesgo en la atención en salud brindada a los pacientes.

c) 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.

d) 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.

e) Homologar la terminología a utilizar en el país

f) 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.

g) Difundir en la opinión pública y los medios de comunicación los principios de la Política de Seguridad del paciente.

---

[16] MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL Republica de Colombia. La Seguridad del Paciente y la Atención segura.pg.11Consultado en:http://www.unisinucartagena.edu.co/ObservatorioS/doc/La%20Seguridad%20del%20Paciente%20y%20la%20Atencion%20Segura.pdf. Fecha: 23/06/2015. Hora: 9:50am.

h) 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[17]

8.7 Taxonomía de eventos adversos según cooemssanar ips

Para facilitar el reporte, comprensión y análisis de los eventos adversos en COOEMSSANAR IPS, es necesario establecer una definición de cada uno de los aspectos que afectan la seguridad del paciente:

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

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

Atención en Salud Segura: Es una atención en salud que se brinda minimizando los riesgos de ocurrencia de un evento adverso y a la cual se han incorporado las barreras de seguridad requeridas de acuerdo al proceso de atención.

Atención Insegura: Es una atención en salud en la cual se presenta un acontecimiento o una circunstancia que incrementa el riesgo de ocurrencia de un incidente o evento adverso.

[17] Ibíd. Pg.12

Seguridad del Paciente: Conjunto de estructuras o procesos organizacionales que reducen la probabilidad de eventos adversos resultantes de la exposición al sistema de atención médica a lo largo de enfermedades y procedimientos.

Barrera de Seguridad o Defensas: Mecanismos por medio de los cuales la protección de los usuarios del proceso está garantizada.

Riesgo: Es la probabilidad que un incidente o evento adverso ocurra.

Acciones de reducción de riesgo: Son todas aquellas intervenciones que se hacen en estructuras o en procesos de atención en salud para minimizar la probabilidad de ocurrencia de un incidente o evento adverso.

Riesgo Asistencial: Factor que puede o no estar asociado a la atención en salud, que aumenta la probabilidad de obtener un resultado clínico no deseable.

Probabilidad de que ocurriera un EA: Se refiere a una valoración a priori del riesgo de que ocurra ese EA en un contexto clínico similar.

Evento Adverso: Daño no intencional causado al paciente como un resultado clínico no esperado durante el cuidado asistencial y puede o no estar asociado a error.

Evento Adverso Prevenible: Es aquel daño no intencional que se produce por una falla en completar una acción como estaba planeada o el uso de un plan equivocado para alcanzar el resultado esperado (ERROR). En resumen son aquellos eventos adversos que hubieran podido prevenirse utilizando mediadas prevenibles.

Evento Adverso Negligente: Su categoría de evento adverso prevenible que satisface los criterios legales usados para definir negligencia. (Error difícilmente justificable, ocasionado por desidia, abandono, apatía, estudio insuficiente, falta de diligencia, omisión de precauciones debidas o falta de cuidado en la aplicación del conocimiento que debería tener y utilizar un profesional cualificado)

Evento Adverso No Prevenible: Es una lesión o daño no intencional, no relacionado con el manejo medico (el cual ha sido planeado y ejecutado correctamente), sino producto de las condiciones del paciente o de los riesgos asociados de ciertos procedimientos o intervenciones. Este tipo de eventos se pueden denominar también como COMPLICACIONES

Evento Centinela: Es un evento adverso grave que ocasiona prolongación de la estancia hospitalaria, algún tipo de incapacidad transitoria o permanente o la muerte y que requiere de intervención organizacional inmediata para evitar su recurrencia.

Sistema de gestión del Evento Adverso: Se define como el conjunto de herramientas, procedimientos y acciones utilizadas para identificar y analizar la atención en salud insegura con el propósito de mitigar sus consecuencias y/o prevenir su recurrencia.

Complicación: Resultado clínico adverso de probable aparición e inherente a las condiciones propias del paciente y/o su enfermedad.

Incidente: Evento o situación que pudo haber terminado en un accidente, daño o lesión pero que no ocurrió, bien sea debido al azar o por una intervención oportuna. Situaciones en que el error no alcanza al paciente por una detección a tiempo o alcanzan al paciente pero no causan daño o lesión.

Accidente: Evento que involucra daño a un sistema definido, que rompe el seguimiento o futuro resultado de dicho sistema.

Casi Error: El acontecimiento o la situación que podría haber tenido como resultado un accidente o herida o enfermedad, pero no lo tuvo por casualidad o por una intervención oportuna.

Error: Una falla en completar una acción como estaba planeada o el uso de un plan equivocado para alcanzar el resultado esperado. El error puede estar incluido en la estructura, la práctica, los productos, los procedimientos o sistemas

Error Asistencial: Falla humana de cualquier integrante del equipo de salud que hace parte del proceso asistencial y que lleva a la ocurrencia de un evento adverso, puede generarse desde la planeación de la atención bien sea por acción y/o por omisión.

Error por omisión: Que es el que ocurre como resultado de una acción no tomada. Ejemplo: retraso en realizar una cesárea que está indicada, con el resultado de la muerte fetal. Los errores por omisión pueden o no terminar en un resultado adverso

Error por acción: que es el que ocurre como resultado de una acción tomada. Por ejemplo: la administración de un medicamento a la hora equivocada, en la dosis equivocada, o usando una vía equivocada.

Error activo: es aquel que ocurre en el nivel de la primera línea del operador (en contacto directo con el paciente), y sus efectos pueden sentirse inmediatamente.

Error latente: es aquel que suele estar removido del control directo del operador, e incluye un diseño deficiente, instalaciones incorrectas, falta de mantenimiento, mala toma de decisiones, y organizaciones insuficientemente estructuradas.

Error Médico: acto de equivocación u omisión en la práctica de los profesionales sanitarios que pude contribuir a que ocurra un suceso adverso.

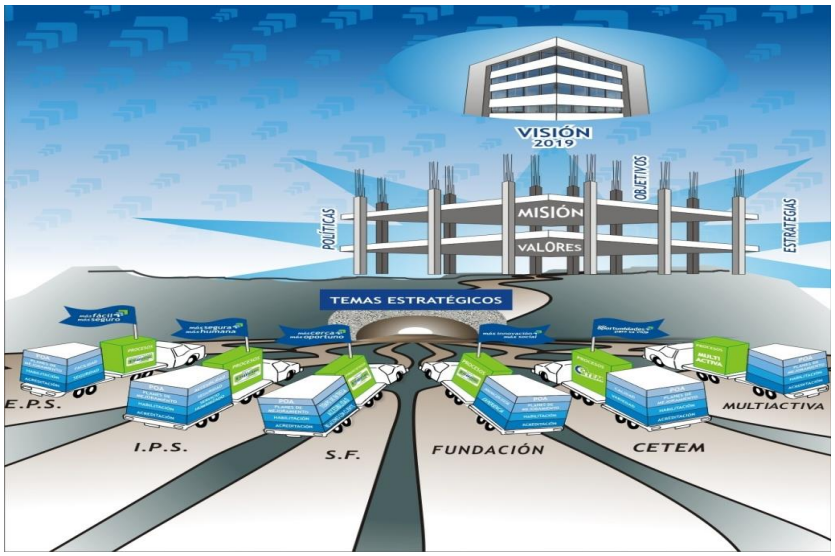
Error de medicación: efecto que puede evitarse y que es causado por una utilización inadecuada de un medicamento produciendo lesión a un paciente mientras la medicación está bajo control del personal sanitario, paciente o consumidor.

Reacción Adversa A Medicamentos O Transfusiones: Los asimilaremos como un Evento Adverso no Prevenible cuando la lesión o daño no intencional se presenta en forma inesperada cuando se administra un medicamento o una trasfusión en la dosis adecuada y para la patología adecuada.

Actos Riesgosos Intencionales: Es cualquier evento que resulta de un acto criminal, un acto no seguro realizado intencionalmente, un acto relacionado con abuso de alcohol o sustancias psicoactivas.

9 MARCO CONTEXTUAL.

EMSSANAR E.S.S es una empresa solidaria de salud que desde el sur occidente colombiano presta servicios en las áreas de: salud, educación técnica, comercialización de alimentos, asistencia técnica socio-empresarial y micro crédito. En este sentido, la organización es un grupo empresarial conformado por 6 unidades estratégicas de negocio; Empresa Promotora de Salud, COOEMSSANAR IPS, CETEN, FUNDACIÓN EMSSANAR, MULTIACTIVA Y SERVICIO FARMACÉUTICO.



COOEMSSANAR IPS es una cooperativa prestadora de servicios de salud de primer y segundo nivel de complejidad con eficiencia y calidad. En sus dos regionales Nariño - Putumayo localizados en los municipios de Pasto, Buesaco, Ipiales, La Cruz, Mallama, Túquerres, y Tumaco. Y en la regional Valle localizados en los municipios de Cali, Palmira y Sevilla. La sede administrativa y central se encuentra ubicada en la ciudad de Pasto donde se dan las directrices que rigen su funcionamiento.

PRESENTACIÓN UNIDAD ESTRATÉGICA DE NEGOCIO COOEMSSANAR IPS

PLATAFORMA ESTRATÉGICA

Misión COOEMSSANAR IPS: Somos una cooperativa prestadora de servicios de salud de primer y segundo nivel de complejidad en el sur occidente colombiano, con recurso humano calificado y comprometido con responsabilidad social, liderazgo y solidaridad, siendo reconocida a nivel regional por la calidad en el servicio e impacto social contribuyendo al mejoramiento de la salud de nuestra comunidad con actitud competitiva que propende el desarrollo sostenible generando resultados financieros de acuerdo con las expectativas de sus asociados.

Visión: En el 2019 seremos un grupo empresarial de la economía solidaria, reconocido por su aporte en la generación de capital social y desarrollo sostenible del país.

Valores

Liderazgo: Es una conducta expresada en nuestro diario vivir, caracterizada por la capacidad de logro, de innovar, de aprender, de trabajar en equipo, de proponer soluciones, donde la coherencia de nuestras decisiones y acciones, inciden de manera positiva en nuestra Organización y en la sociedad.

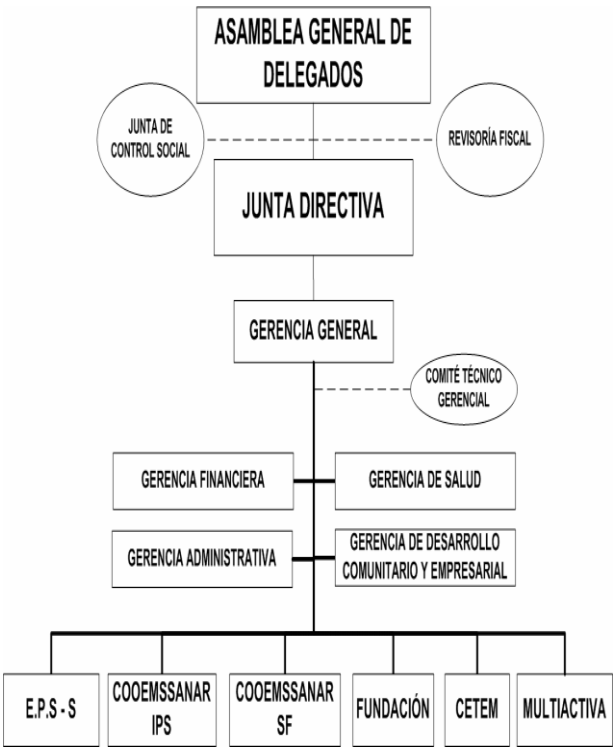
Solidaridad: Es un acto de conciencia interior individual y colectivo que determina nuestro que hacer y permite dimensionar la realidad social y económica del entorno estimulando la

búsqueda compartida de soluciones que permitan contribuir al bienestar de la sociedad , el estado , la familia , nuestros clientes y el desarrollo empresarial .

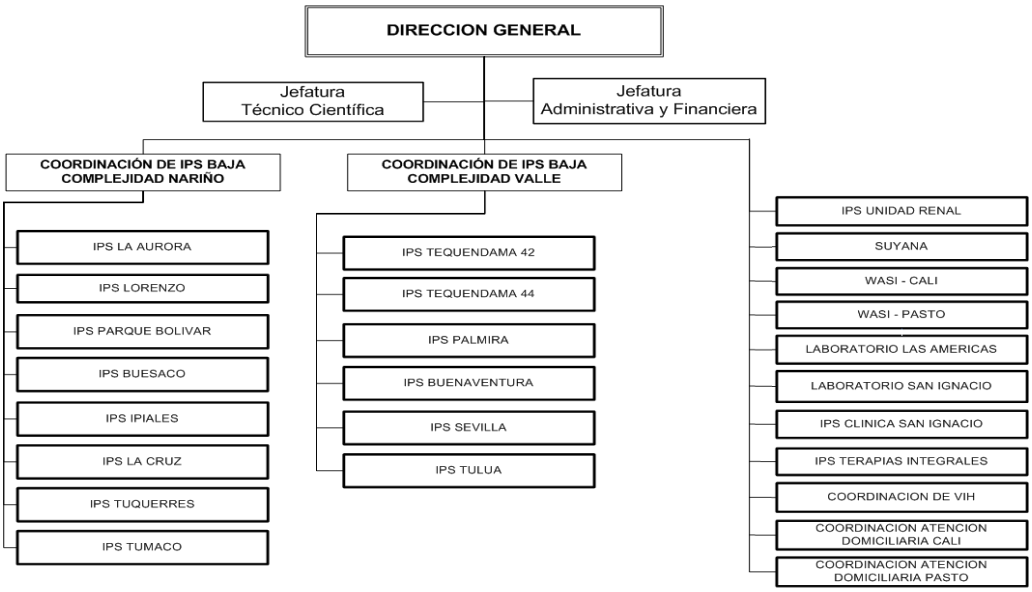
Responsabilidad social: es el proceder empresarial que busca beneficiar de manera permanente a sus grupos de interés con procesos de desarrollo sostenible y sustentable actuando desde las dimensiones. Social, económica y ambiental.

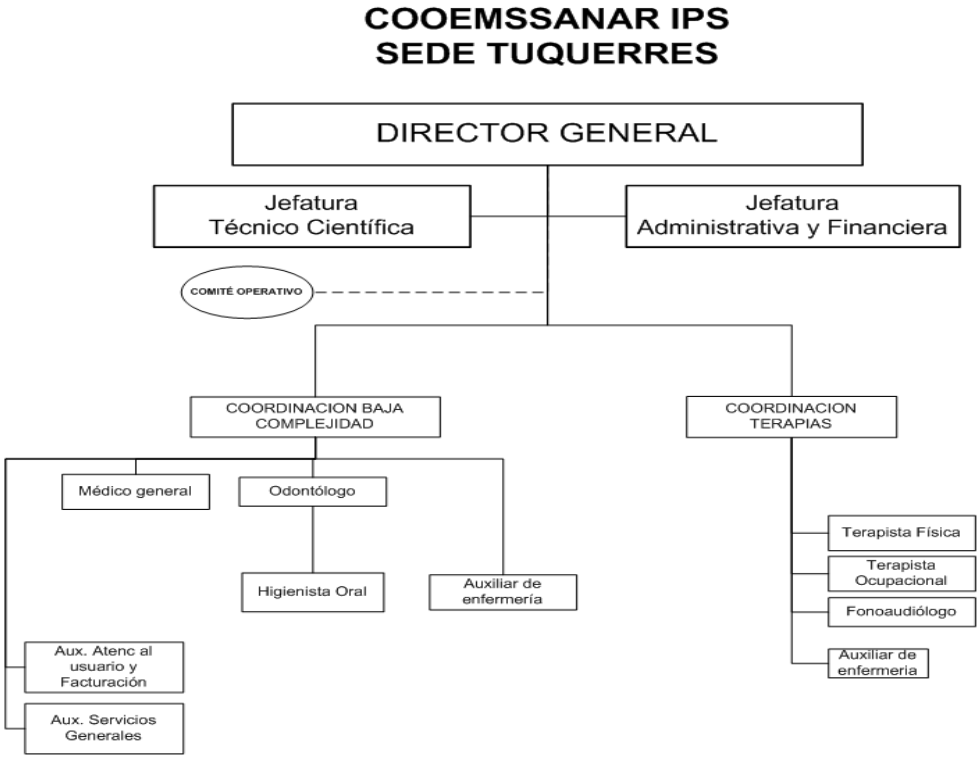
PRESENTACIÓN ESTRUCTURA EMPRESARIAL

ORGANIGRAMA GENERAL DE EMSSANAR E.S.S.



Organigrama Cooemssanar Ips





Frase estratégica de Cooemssanar Ips

Definición de los Atributos de la Estrategia de COOEMSSANAR IPS**:**

Servicio Humanizado: enfocado en el respeto por la dignidad humana, con trato cálido e integral, acorde a las necesidades de nuestros usuarios y sus familias, brindándoles una atención en salud con el mínimo riesgo posible.

Seguridad: El paciente recibirá cuidados en Salud que minimicen el riesgo durante el proceso de atención, COOEMSSANAR IPS asume la seguridad del paciente como un componente prioritario de la calidad de la atención, para lograrlo desarrolla acciones que promuevan una cultura de seguridad en usuarios, su familia y trabajadores, encaminada a identificar, prevenir y gestionar los riesgos y eventos adversos que se deriven del proceso de atención.

POLÍTICAS DE COOEMSSANAR IPS

COOEMSSANAR IPS, ha definido Su política de atención o servicio al cliente, de la siguiente manera:

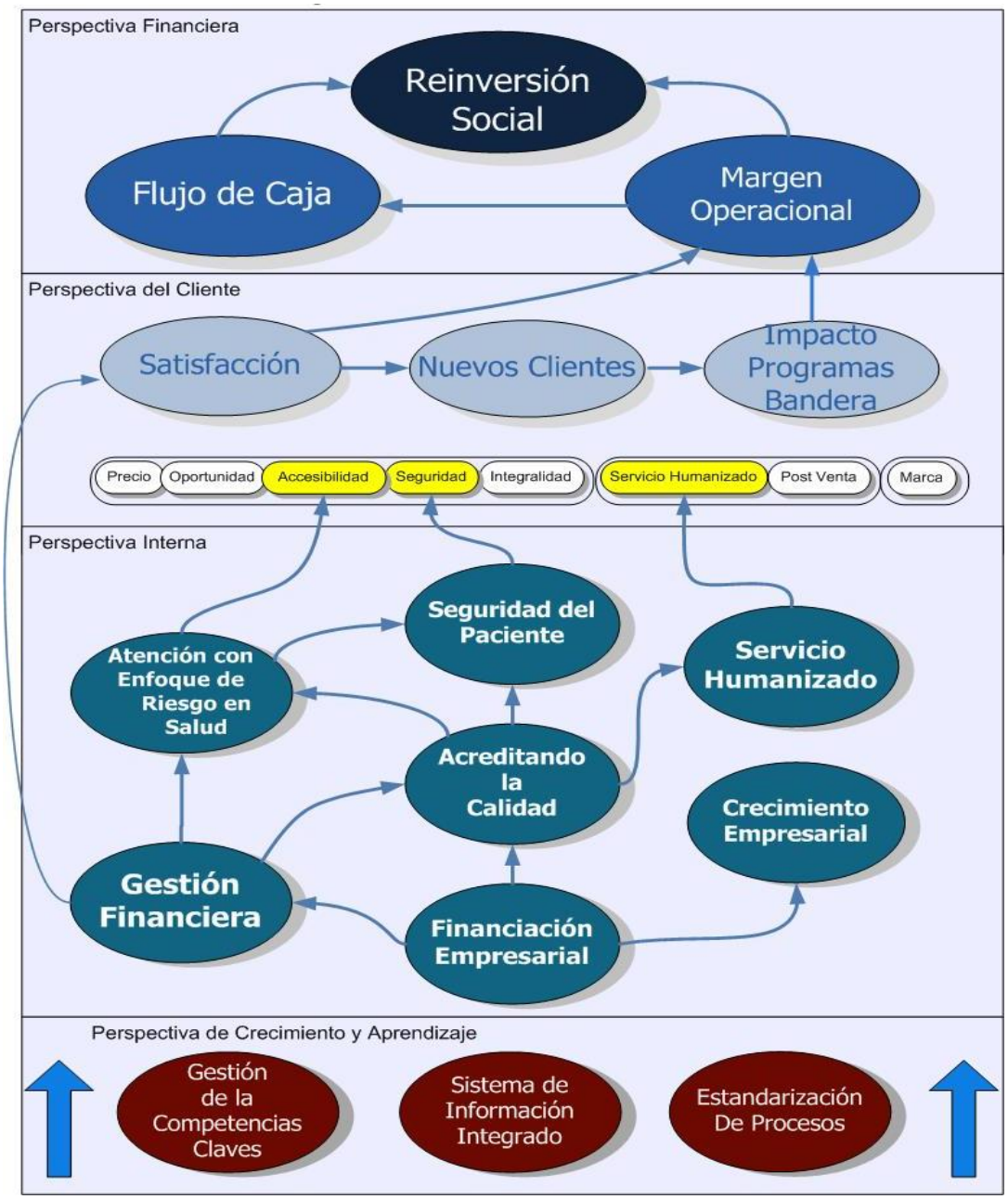
"COOEMSSANAR IPS, busca maximizar la satisfacción de nuestros usuarios, garantizando a cada paciente accesibilidad en la atención, La accesibilidad en la atención, entendida como la

facilidad para recibir a nuestros servicios; servicio humanizado enfocado en el respeto por la dignidad humana, trato cálido, respetuoso e integral a las necesidades de nuestros usuarios y su familia, brindándoles la orientación requerida de acuerdo con sus necesidades en salud con el mínimo riesgo. Esta política implica la adhesión y compromiso de todo el personal asistencial y administrativo con nuestro sistema de gestión para el mejoramiento continuo hacia la excelencia.

COOEMSSANAR IPS, ha definido Su **POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE** de la siguiente manera:

"COOEMSSANAR IPS, presta Servicios de Salud bajo el enfoque de mejoramiento continuo y con énfasis en el paciente y su familia, garantizando la calidad en la atención caracterizada por la accesibilidad y seguridad mediante un modelo de salud preventivo y seguro".

Mapa estratégico Cooemssanar ips


Perspectiva Financiera
Reinversión Social
Flujo de Caja
Margen Operacional
Perspectiva del Cliente
Satisfacción
Nuevos Clientes
Impacto Programas Bandera
Precio
Oportunidad
Accesibilidad
Seguridad
Integralidad
Servicio Humanizado
Post Venta
Marca
Perspectiva Interna
Seguridad del Paciente
Atención con Enfoque de Riesgo en Salud
Servicio Humanizado
Acreditando la Calidad
Crecimiento Empresarial
Gestión Financiera
Financiación Empresarial
Perspectiva de Crecimiento y Aprendizaje
Gestión de la Competencias Claves
Sistema de Información Integrado
Estandarización De Procesos

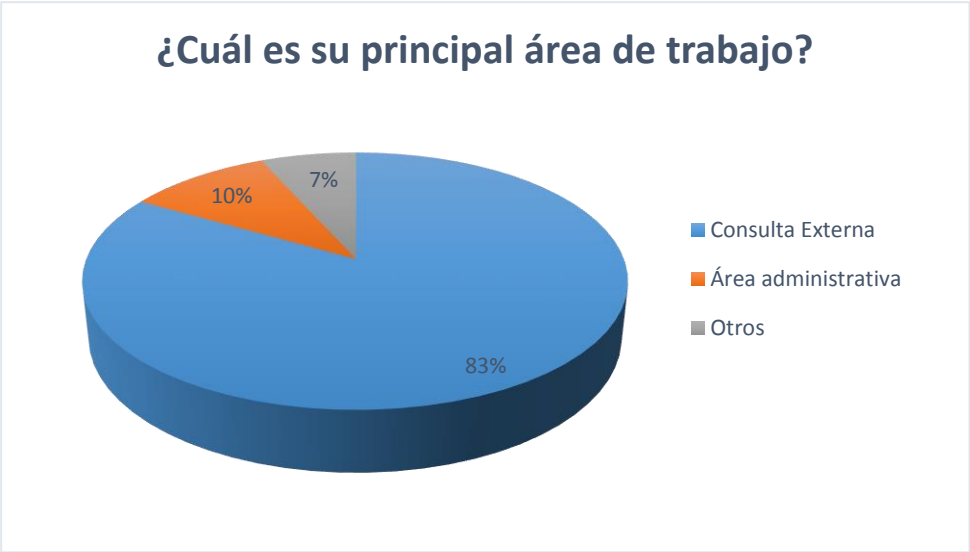
10 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDAD	AGOSTO				SEPTIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE				ENERO				FEBRERO			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Elaboración y aprobación de anteproyecto																												
Revisión y ajuste de anteproyecto																												
Análisis del Instrumentos de evaluación																												
Realización prueba piloto																												
Aplicación de Instrumento de evaluación																												
Recolección información																												
Alimentación base de datos																												
Análisis y tratamiento de la información																												
Elaboración y ajustes de informe final																												
Socialización informe final																												

11 ANÁLISIS DE RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DE LA ENCUESTA DE CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA EL ÁREA ASISTENCIAL ENCOOEMSSANAR IPS TÚQUERRES.

A continuación se presentan los resultados de la aplicación de la encuesta de cultura de seguridad del paciente para el área asistencial. Es importante resaltar que la población objetivo para la aplicación de dicho instrumento de medición fue de 30 participantes pertenecientes al equipo de trabajo de la sede COOEMSSANAR IPS TÚQUERRES.

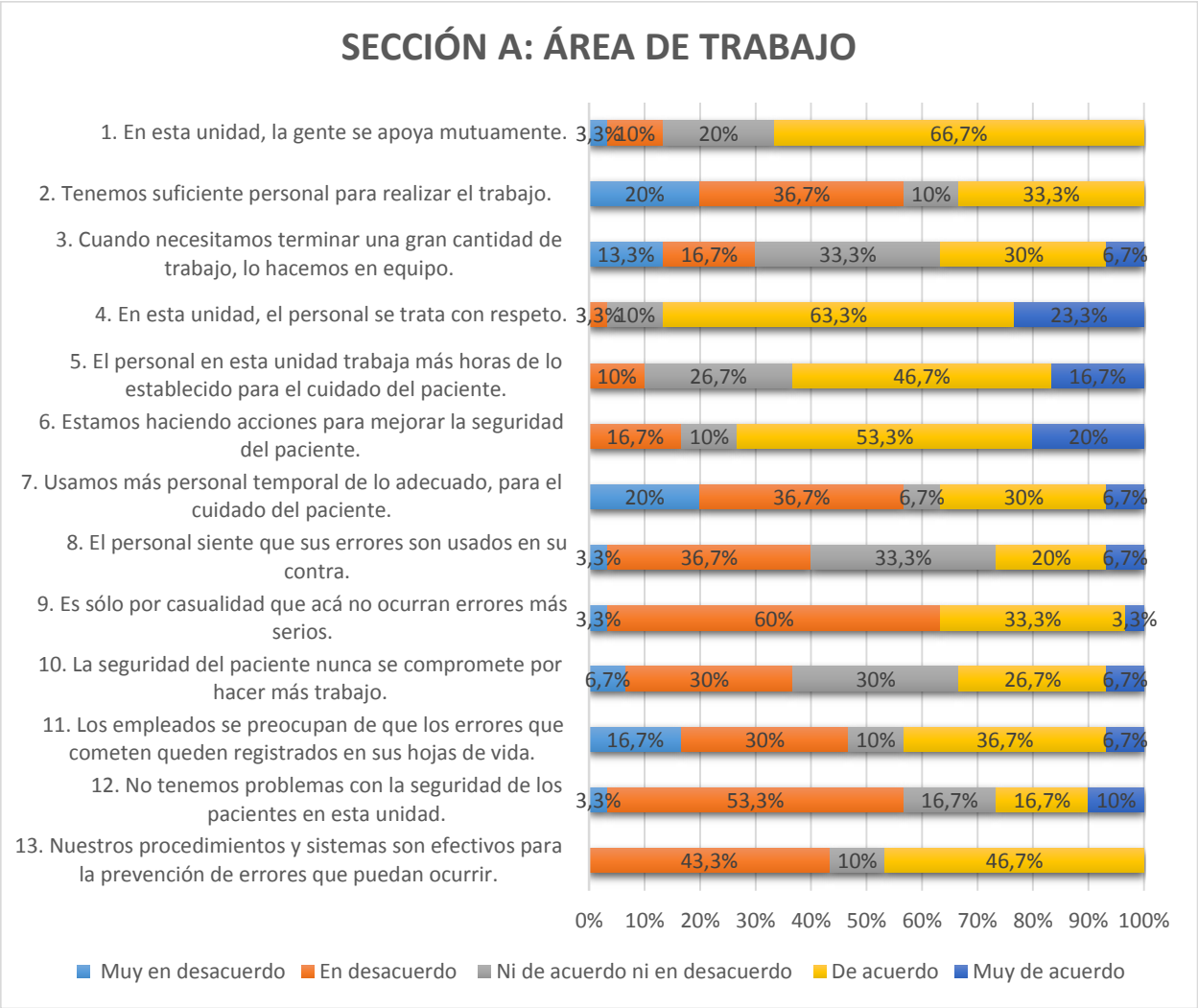
11.1 Grafico No. 1. ¿Cuál es su principal área de trabajo en esta institución?



Fuente: Encuesta de cultura de seguridad del paciente en el área asistencial aplicada al personal de COOEMSSANAR IPS TÚQUERRES.

En el gráfico se puede observar que la mayoría del personal que labora en COOEMSSANAR IPS TÚQUERRES pertenece al área de consulta externa representado en un 83% del total de personal.

11.2 Grafico No. 2. Sección A: Área de trabajo



Fuente: Encuesta de cultura de seguridad del paciente en el área asistencial aplicada al personal de COOEMSSANAR IPS TÚQUERRES.

El análisis descriptivo de las variables pertenecientes a la sección A; correspondiente al área de trabajo, muestra que la mayoría del personal considera que existe apoyo mutuo dentro de la unidad, por otra parte consideran que el personal que labora en las diferentes unidades no es suficiente para garantizar la prestación de los servicios, dando como resultado un aumento de la carga laboral impactando negativamente el ambiente propicio

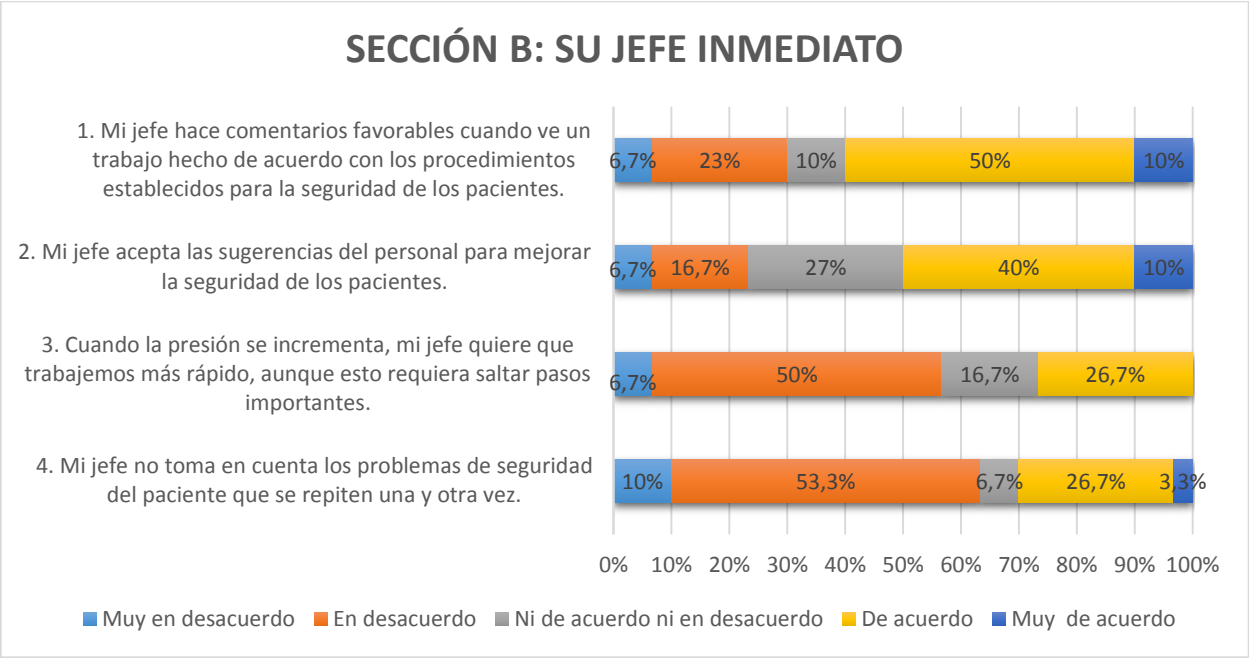
para desarrollar conductas que favorezcan la cultura de seguridad. Sin embargo refieren que no se usa más personal temporal de lo adecuado. Con respecto al trabajo en equipo cuando se necesita terminar una gran cantidad de trabajo se presenta una marcada división en sus apreciaciones reflejando un bajo nivel de este.

A pesar de los problemas relacionados con la falta de personal, el bajo nivel de trabajo en equipo y la sobrecarga laboral la mayoría del personal considera que existe un trato respetuoso dentro de la unidad que junto con el apoyo mutuo se convierten en un facilitador para dar cumplimiento a la realización de las funciones dentro de la organización.

Por otro lado cuando se afirma que el personal siente que sus errores son usados en su contra la mayoría de encuestados respondieron estar en desacuerdo y de igual manera siente preocupación cuando los errores que se cometen queden registrados en sus hojas de vida esto se evidencia en que el 36,7% del personal está de acuerdo. Dichas apreciaciones por parte del personal demuestran que el personal tiene miedo de cometer errores seguramente por la respuesta punitiva por parte de los dirigentes.

En cuanto a los procedimientos y medios de trabajo; el 46,7% del personal consideran que son buenos para evitar errores en la asistencia de pacientes; sin embargo el53, 3% considera que hay problemas con la seguridad del paciente y que esta si se encuentra comprometida por hacer más trabajo al interior de la unidad, sin embargo la mayoría del personal considera que se están haciendo acciones para mejorar la seguridad del paciente.

11.3 Grafico No. 3. Sección B: Su jefe inmediato.

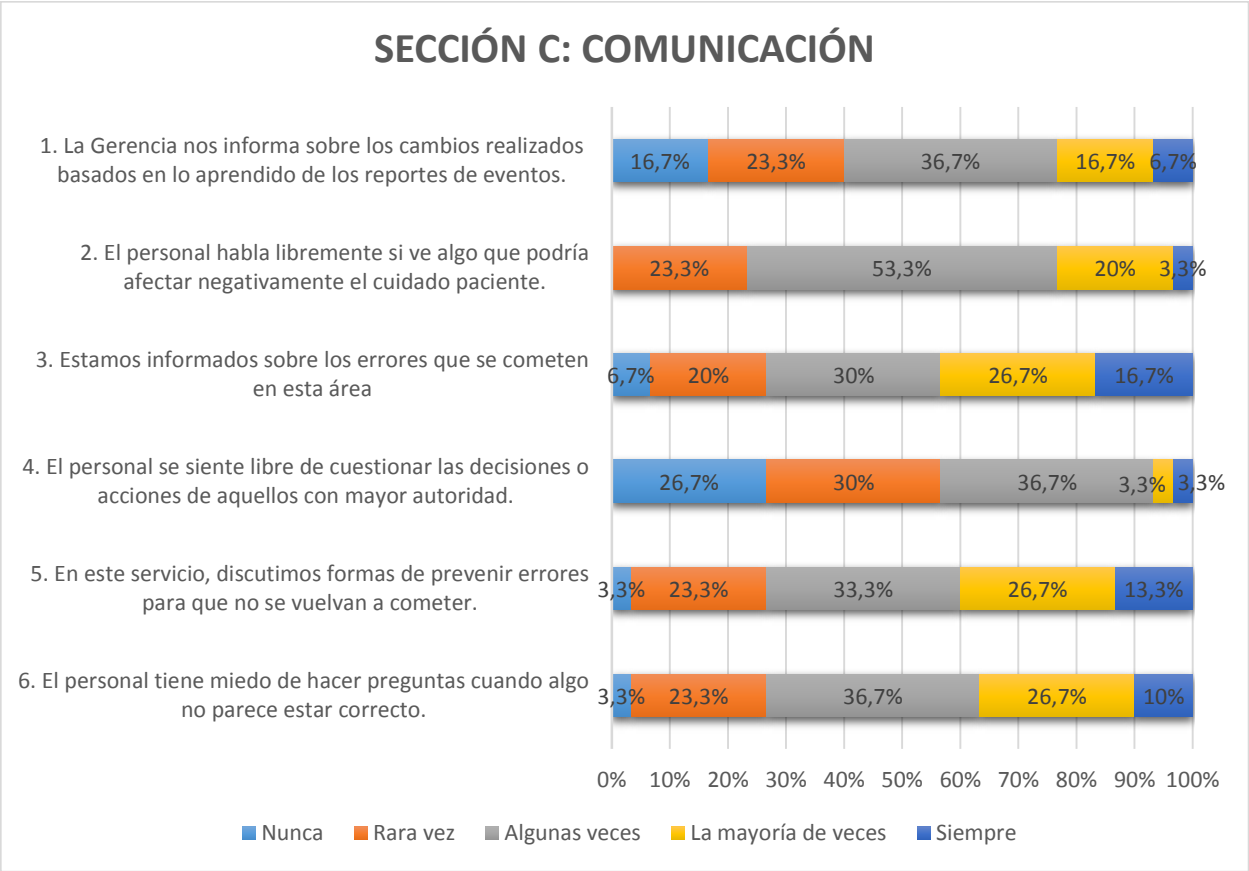


Fuente: Encuesta de cultura de seguridad del paciente en el área asistencial aplicada al personal de COOEMSSANAR IPS TÚQUERRES.

Continuando con el análisis en la sección B; correspondiente al jefe inmediato, se encontró que los encuestados manifiestan estar de acuerdo en que su jefe hace comentarios favorables cuando ve un trabajo hecho de acuerdo con los procedimientos establecidos para la seguridad de los pacientes, además resaltan que el jefe acepta las sugerencias del personal para mejorar la seguridad, sin embargo los encuestados se presentan en desacuerdo con el ítem referente a que cuando la presión se incrementa, mi jefe quiere que trabajemos más rápido, aunque esto requiera saltar pasos importantes; por otra parte se

evidencia un porcentaje muy alto refiriendo que el jefe no toma en cuenta los problemas de seguridad del paciente que se repiten una y otra vez.

11.4 Grafico No. 4. Sección C: Comunicación



Fuente: Encuesta de cultura de seguridad del paciente en el área asistencial aplicada al personal de COOEMSSANAR IPS TÚQUERRES.

El análisis de la sección C: correspondiente a comunicación muestra que solo algunas veces la gerencia informa sobre los cambios realizados basados en lo aprendido de los

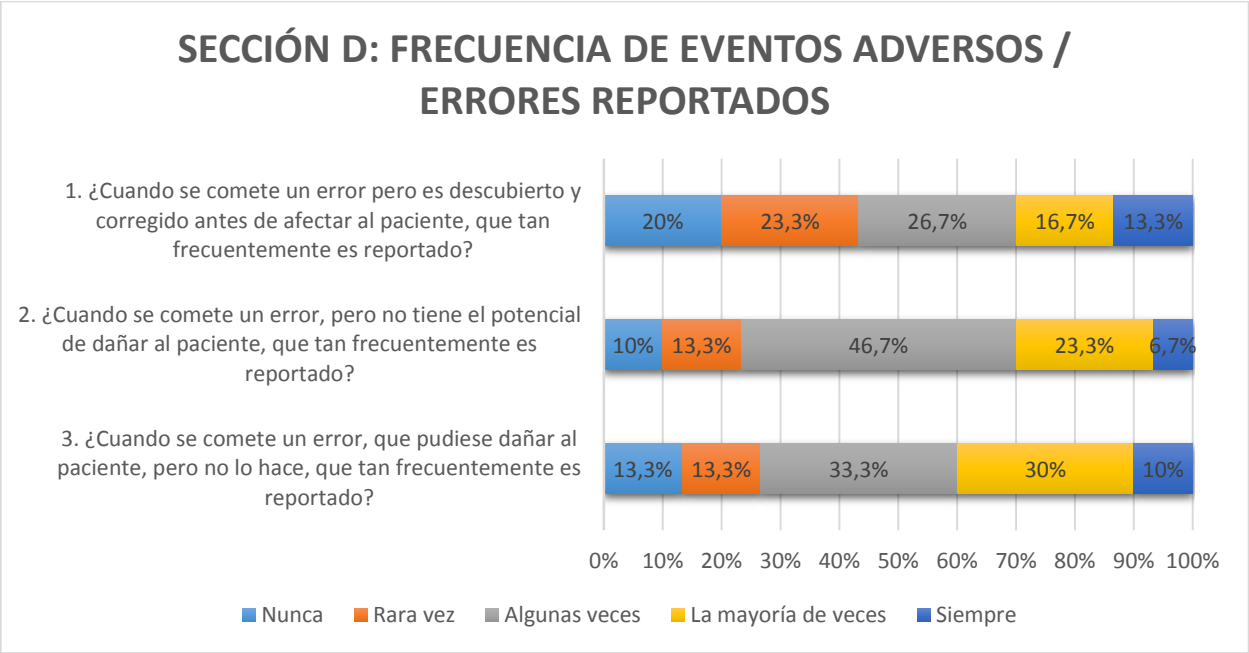
reportes de eventos adversos, además solo algunas veces los empleados tienen la libertad de hablar si ven algo que podría afectar negativamente el cuidado del paciente.

Por otro lado cuando se afirma que si el personal está informado sobre los errores que se cometen en esta área la mayoría respondieron que solo se lo hace algunas veces, por otra parte cuando se habla de que si el personal se siente libre de cuestionar las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad el 36,7% afirma que solo lo hacen algunas veces, el 30% y 26,7% considera que rara vez y nunca correspondientemente.

En este orden, con relación a que en interior del servicio se discute formas de prevenir errores para que no se vuelvan a cometer y con respecto a que el personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo no parece estar correcto se encuentra que el 33.3% solo lo hacen algunas veces.

Realizando el respectivo análisis se puede concluir que la comunicación en la unidad no es tan efectiva, ya que como se puede observar, existen situaciones en las cuales se necesita una mayor comunicación que sea clara y precisa para que haya un buen funcionamiento para de esta forma garantizar una buena atención del paciente.

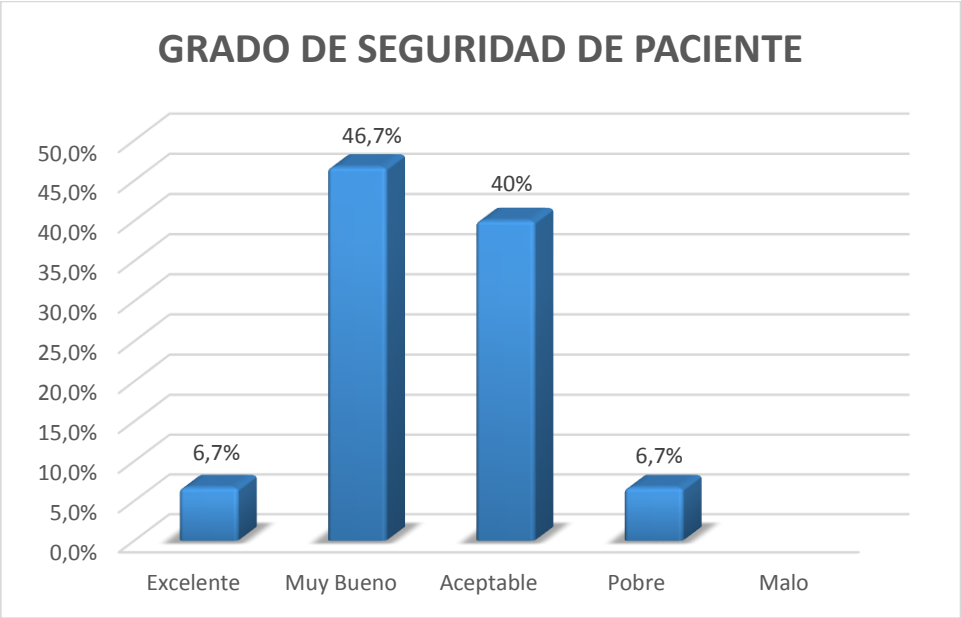
11.5 Grafico No. 5. Sección D: frecuencia de eventos adversos / errores reportados



Fuente: Encuesta de cultura de seguridad del paciente en el área asistencial aplicada al personal de COOEMSSANAR IPS TÚQUERRES.

Con respecto al análisis de la sección D: correspondiente a la frecuencia de eventos adversos y errores reportados, es importante destacar que en esta dimensión se incluyen tres ítems relacionados con la frecuencia de reporte según el grado de daño que pueda generar en el paciente, en este orden de idea los resultados muestran que la mayoría del personal manifiestan que realizan el reporte algunas veces, rara vez y nunca cuando el error es descubierto y corregido antes de afectar al paciente o cuando no tiene el potencial para dañar al paciente. Para el caso en que el error puede afectar al paciente continúan con similar apreciación que la anterior a diferencia de un 10% del personal.

11.6 Grafico No. 6. Sección E: grado de seguridad del paciente.



Fuente: Encuesta de cultura de seguridad del paciente en el área asistencial aplicada al personal de COOEMSSANAR IPS TÚQUERRES.

Con respecto al grado de seguridad percibida por el personal se encuentra que 46% de los empleados la califican como muy buena, el 40% aceptable, el 7% pobre y el 7% mala.

11.7 Grafico No. 7. Sección F: Su institución.

Fuente: Encuesta de cultura de seguridad del paciente en el área asistencial aplicada al personal de COOEMSSANAR IPS TÚQUERRES.

Con respecto a la sección F: correspondiente a la institución, se observa que la Gerencia propicia un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente y esto se evidencia en que el 60% del personal encuetado están de acuerdo con esta afirmación; por otra parte también se afirma que los servicios de la institución no están bien coordinados y desde el punto de vista administrativo esto no es bueno para la institución; una de las cosas que se pueden destacar y que es positiva es que la atención de los pacientes no se pierde cuando estos se transfieren de un servicio a otro, esto además de que contribuye a la buena atención y a la seguridad del paciente también le da una imagen favorable a la institución.

Continuando con otros puntos se evidencia que hay buena cooperación entre los servicios de la institución que requieren trabajar conjuntamente y frecuentemente, es agradable trabajar con personal de otros servicios, por lo que se puede deducir que el clima laboral dentro de la institución es bueno y que no existen problemas entre el personal que aquí labora, lo que representa una gran fortaleza ya que de esta manera todos realizaran de una manera adecuada los procesos que les corresponda.

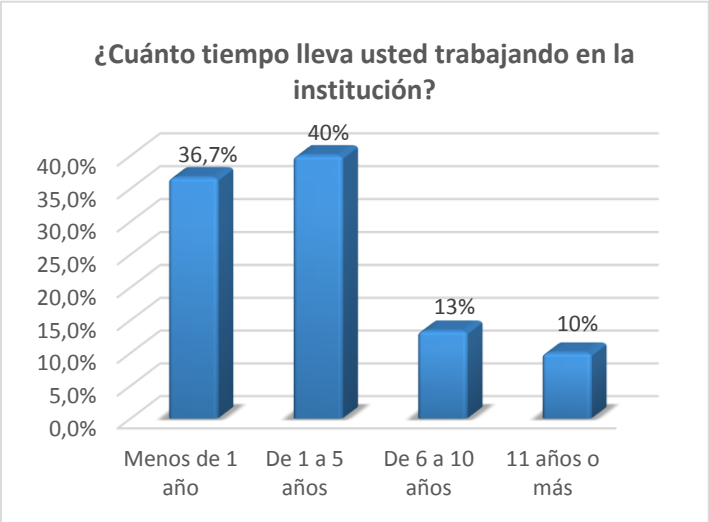
Por otra parte en la institución rara vez surgen problemas en el intercambio de información entre los servicios y esto está reflejado en que el 43,3% del personal están de acuerdo; otro aspecto importante es que las medidas que toma la gerencia, muestran que la seguridad del paciente es altamente prioritaria, y es por esta razón que los servicios de la institución trabajan en conjunto para propiciar el mejor cuidado de los pacientes, además la gerencia siempre está pendiente del cuidado del paciente y esto no solo lo hace cuando ocurre un incidente o un evento adverso.

Finalmente el personal afirma que los cambios de turnos en esta institución no generan problemas para los pacientes.

En conclusión se puede decir que la institución está comprometida con el cuidado del paciente, y esto se puede considerar como una gran fortaleza.

SECCIÓN H: ANTECEDENTES.

11.8 Grafico No. 8.Tiempo de trabajo en la institución

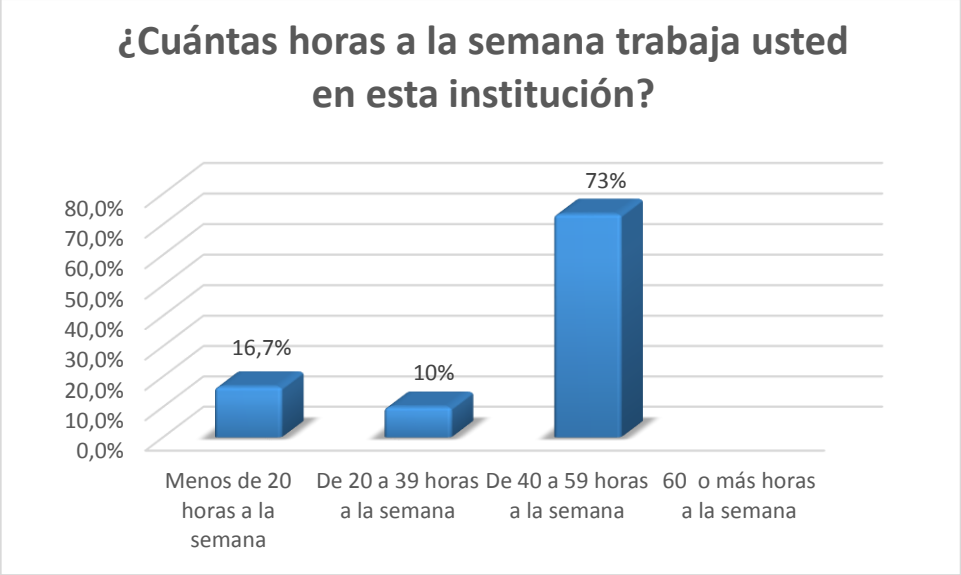


Fuente: Encuesta de cultura de seguridad del paciente en el área asistencial aplicada al personal de COOEMSSANAR IPS TÚQUERRES.

Con respecto al tiempo que el personal lleva trabajando en la institución se puede evidenciar que la mayoría del personal está vinculada a la empresa de 1 a 5 años con un

porcentaje de 40%, el 36,7% menos de un año, el 13% de 6 a 10 años y el 10% de 11 años o más.

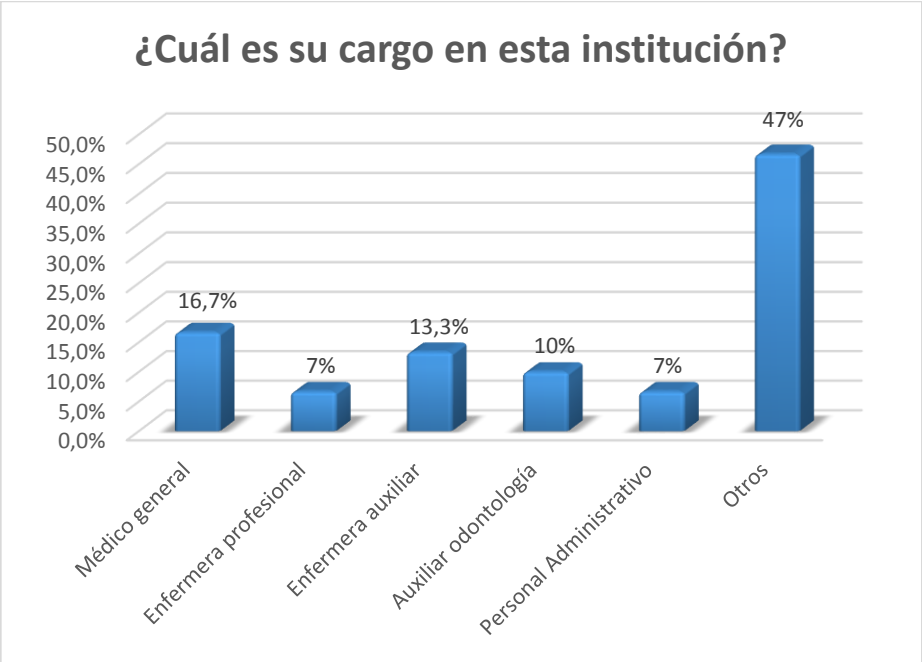
11.9 Grafico No. 9. Horas de trabajo a la semana en la institución.



Fuente: Encuesta de cultura de seguridad del paciente en el área asistencial aplicada al personal de COOEMSSANAR IPS TÚQUERRES.

De acuerdo a lo expresado por el personal el 73% trabaja de 40 a 59 horas semanales, seguido del 16% que labora menos de 20 horas a la semana y el 10% del personal que labora entre 20 y 39 horas a la semana.

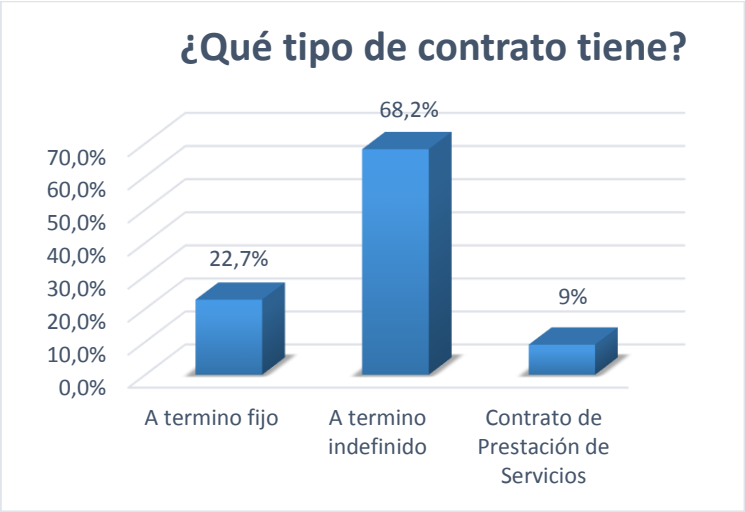
11.10 Grafico No. 10. Cargo en la institución.



Fuente: Encuesta de cultura de seguridad del paciente en el área asistencial aplicada al personal de COOEMSSANAR IPS TÚQUERRES.

Es importante destacar que la mayoría del personal refiere que su cargo en la institución pertenece a la categoría otros que corresponde a personal profesional del área de salud diferente a medicina general, profesional en enfermería y personal auxiliar.

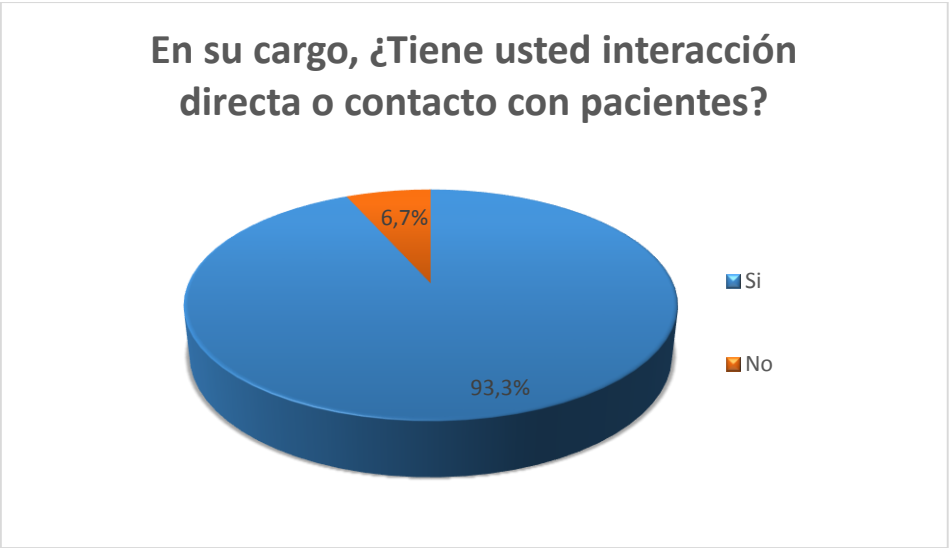
11.11 Grafico No. 11. Tipo de contrato.



Fuente: Encuesta de cultura de seguridad del paciente en el área asistencial aplicada al personal de COOEMSSANAR IPS TÚQUERRES.

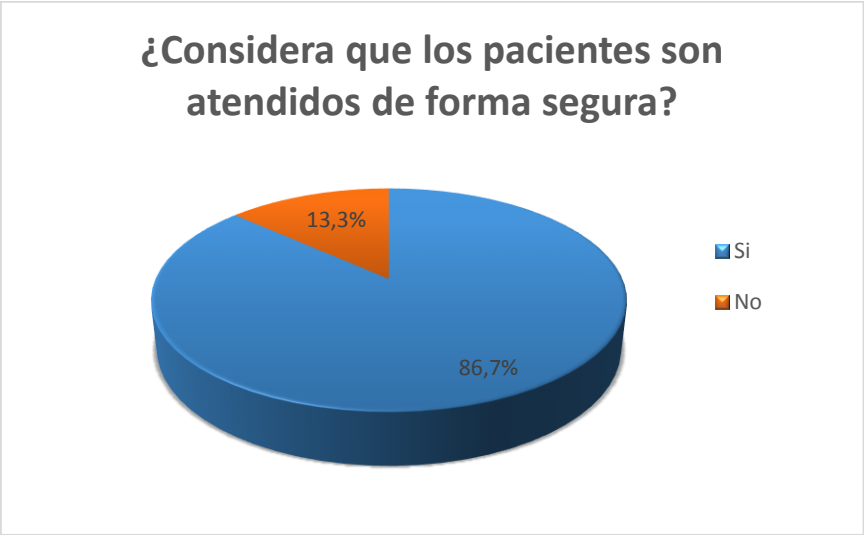
En cuanto al tipo de contrato se aprecia que la mayoría del personal está vinculado a la institución con un contrato a término indefinido, seguido de un 22,7% que presenta contrato a término fijo y un 9% un contrato de prestación de servicios.

11.12 Grafico No. 11. Interacción directa o contacto con pacientes.



Por la naturaleza de la institución y como se muestra en el grafico el 93,3% del personal tiene interacción directa o contacto con pacientes.

11.13 Grafico No. 12. Atención segura de pacientes.



Fuente: Encuesta de cultura de seguridad del paciente en el área asistencial aplicada al personal de COOEMSSANAR IPS TÚQUERRES.

Es importante resaltar que la mayoría del personal considera que los pacientes son atendidos de forma segura.

12 PONDERADO FINAL CLIMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA EL ÁREA ASISTENCIAL DE COOEMSSANAR IPS TÚQUERRES.

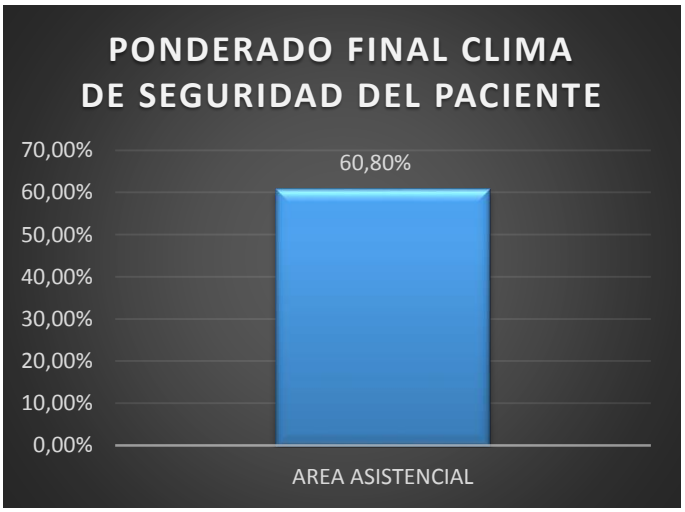
Una vez realizado el análisis detallado de cada una de las secciones, se encuentra que la sección mejor calificada por el personal es la correspondiente al grado de seguridad de paciente con un porcentaje de 86,7%, en segundo lugar la sección D relacionada con la frecuencia de eventos adversos / errores reportados con un porcentaje de 68,9%, en tercer lugar, la sección C correspondiente a la comunicación con un porcentaje de 58,9%, seguida de la sección B relacionada con el jefe inmediato con un porcentaje del 53,3% y la sección F correspondiente a la institución con un porcentaje del 52,7% y finalmente la sección con menor calificación es la correspondiente al área de trabajo con un porcentaje del 44,4%. Tal como se muestra en la tabla 1.

12.1 Tabla 1. Ponderados de las preguntas positivas y negativas de la áreas de la encuesta de seguridad del paciente del área asistencial.

Sección	Ponderados Preguntas positivas	Ponderados Preguntas negativas	Cantidad Preguntas positivas	Cantidad Preguntas Negativas	Promedio ponderado
A	50.4%	34.7%	8	5	44.4%
B	55.0%	51.7%	2	2	53.3%
C	65.3%	26.7%	5	1	58.9%
D	68.9%	--	3	--	68.9%
E	86.7%	--	1	--	86.7%
F	60.5%	34.4%	7	3	52.7%
J	86.66%	--	1	--	86.7%
TOTAL					364.8%
PROMEDIO TOTAL					**60.8%**

Fuente: Datos alcanzados en el estudio.

12.2 Grafico No. 13. Ponderado final clima de seguridad del paciente.



Fuente: Datos alcanzados en el estudio.

De acuerdo al resultado obtenido de los promedios de cada sección y tomando como referencia que el 100% significa una adecuada cultura de seguridad del paciente en la institución, en la figura se observa que en el área asistencial la cultura de la seguridad del paciente se encuentra en un porcentaje de 60.80%, reflejando que hay dificultades en los componentes que conforman la seguridad del paciente dentro de la institución.

13 CONCLUSIONES

En cuanto al funcionamiento de los procesos asistenciales se detecta que existe un bajo nivel de trabajo en equipo y coordinación entre sí, sin embargo se resalta que el trabajo está fundamentado bajo el respeto y apoyo mutuo, características que son fundamentales a la hora de brindar atención en salud, con calidad y seguridad. Es importante mantener un buen clima laboral ya que de esto depende la calidad de la prestación final que se le brinde al cliente.

Es claro que los profesionales de salud no han asumido una posición crítica y participativa frente a las exigencias de condiciones laborales aptas para prestar una atención en salud adecuada, lo cual refleja que hay un grave atentando contra los principios fundamentales del ejercicio profesional confirmado en las extenuantes jornadas y en la gran cantidad de trabajo como lo manifiestan los encuestados.

Se encuentra que el personal presenta un alto grado de resistencia en el reporte de eventos adversos, además son indiferentes con respecto al grado de severidad del daño que puede ocasionar en el paciente, esto deja ver que la mayoría de los profesionales de salud no están comprometidos con un reporte oportuno.

Los resultados reflejan que hay bajos niveles de comunicación entre el área administrativa y asistencial convirtiéndose en un impedimento para lograr crear un ambiente de confianza y seguridad. Es necesario mantener una comunicación asertiva y efectiva entre dichas áreas y que todo el trabajo realizado se exponga recíprocamente, de tal manera que cada una de éstas conozca la labor de los servicios y áreas de trabajo contribuyendo así al efectivo desempeño de las áreas mencionadas ya que el buen clima laboral favorece a la implementación de la cultura de seguridad del paciente en las instituciones.

la generación de una cultura de seguridad es un aspecto muy relevante dentro de las instituciones prestadoras de salud por tal manera para conseguirla se requiere trabajar en equipo, estar motivado en la cultura de reporte de eventos adversos, participar en el

cumplimiento de la normatividad vigente, mantener vínculos permanentes de comunicación entre el área administrativa y asistencial esto contribuirá a garantizar que la actuación de los profesionales y las instituciones se distinga por una cultura de seguridad que se traduzca en beneficio para todos.

14 RECOMENDACIONES

La principal recomendación para las empresas prestadoras de servicios de salud es mantener una educación continua sobre seguridad del paciente ya que esto permite que los actores involucrados se sientan seguros y comprometidos en su accionar diario garantizando de esta forma la prestación de una atención segura.

Mostrar la importancia que se debe incluir obligatoriamente en el compromiso de la seguridad del paciente al personal del área administrativa, ya que a partir de todas las áreas se debe trabajar en la cultura y seguridad del paciente no tan solo en las que tienen contacto directo con los pacientes.

Continuar con la aplicación periódica de herramientas de evaluación para conocer la realidad que afrontan las instituciones con respecto a la cultura de seguridad del paciente; como por ejemplo la realización de autoevaluaciones que permitan establecer el grado de avance o retroceso en cuanto al grado de cultura de seguridad del paciente.

Sugerir socialización permanentes a todo el personal de los riesgos detectados en cada proceso y de los planes de mejora establecidos para mitigarlos o corregirlos, así como de los informes de seguimiento al cumplimiento de dichos planes y hacer énfasissobre la importancia de la retroalimentación sobre los eventos detectados para de esta forma buscar la manera de reducir o eliminar la posibilidad de que se vuelvan a repetir

15 BIBLIOGRAFÍA.

FRANCO, ASTOLFO. Fundamentos de Seguridad al Paciente. Programa Editorial Universidad del Valle.

LUENGAS AMAYA, SERGIO. Seguridad del paciente: un modelo organizacional para el control sistemático de los riesgos en la atención en salud. Fundación Corona – Centro de Gestión Hospitalaria. 2009.

MALAGON LONDOÑO, GUSTAVO Y RICARDO GALAN MORERA. Garantía de Calidad

en Salud. 1999. Editorial Médica Internacional Ltda.

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Pautas de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud. 2007.

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Herramientas para Promover la Estrategia de Seguridad del Paciente en el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud. Editorial Fundación FITEC. 2007.

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Guías Básicas para la Implementación de las Pautas de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud. 2007.

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Guía Práctica de la Preparación para la Acreditación en Salud. 2007.

MINISTERIO DE SANIDAD Y POLITICA SOCIAL, Gobierno de España. Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud Español. 2009.

http://www.supersalud.gov.co/calidad.asp (Súper Intendencia de Salud).

http://www.minproteccionsocial.gov.co/sogc/ (Ministerio de Protección Social).