

**PROYECTO DE INVESTIGACION, MEDICION DE CULTURA DE SEGURIDAD
DEL PACIENTE ASSBASALUD**

Presentado por:

YORLADIS PARRA CARDONA

JOHANA OSPINA QUINTERO

MARIBEL SERNA RINCON

ANDRES ALFREDO CHENG GALVIZ

Presentado a:

PAULA ANDREA PEÑA

Docente INVESTIGACION UCM

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE MANIZALES
ESPECIALIZACIÓN ADMINISTRACIÓN DE LA SALUD**

2016

TABLA DE CONTENIDO

1. Información general del proyecto	10
2. Resumen	11
2.1. Resumen	11
2.2. Introducción	12
2.3. Planteamiento del problema	13
2.4. Justificación	15
3. Objetivos	17
3.1. Objetivo general	17
3.2. Objetivos específicos	17
4. Referente teórico	18
4.1. Marco teórico y antecedentes	18
5. Metodología	27
5.1. Metodología	27
5.2. Enfoque	27
5.3. Diseño	27
5.4. Población	27
5.5. Muestra	27
5.6. Plan de recolección de información	27
5.7. Instrumento	27
5.8. Plan de análisis de información	28
5.9. Marco legal	28
5.10. Soporte legal	30
6. Resultados	40
6.1. Área administrativa	40
6.2. Área asistencial	71
7. Conclusiones	101
8. Recomendaciones	104
9. Referencias bibliográficas	105

GRAFICA 1: Tenemos suficiente personal para realizar el trabajo

GRAFICA 2: Cuando necesitamos terminar una gran cantidad de trabajo, lo hacemos en equipo.

GRAFICA 3: En esta área, el personal se trata con respeto.

GRAFICA 4: Estamos haciendo acciones para mejorar seguridad del paciente.

GRAFICA 5: El personal siente que sus errores son usados en su contra.

GRAFICA 6: Es sólo por casualidad que acá no ocurran errores más serios.

GRAFICA 7: Los empleados se preocupan de que los errores que cometen queden registrados en sus hojas de vida.

GRAFICA 8: No tenemos o generamos problemas con la seguridad de los pacientes en esta área

GRAFICA 9: Nuestros procedimientos y sistemas son efectivos para la prevención de errores que puedan ocurrir

GRAFICA 10: Mi jefe hace comentarios favorables cuando ve un trabajo hecho de acuerdo con los procedimientos establecidos para la seguridad de los pacientes.

GRAFICA 11: Mi jefe acepta las sugerencias del personal para mejorar la seguridad de los pacientes.

GRAFICA 12: Cuando la presión se incrementa, mi jefe quiere que trabajemos más rápido, aunque esto requiera saltar pasos importantes.

GRAFICA 13: Mi jefe no toma en cuenta los problemas de seguridad del paciente que se repiten una y otra vez.

GRAFICA 14: La Gerencia informa a la Junta Directiva sobre los sucesos relacionados con la Seguridad del Paciente

GRAFICA 15: La Gerencia informa a todos los colaboradores sobre los errores cometidos en el área administrativa

GRAFICA 16: Se informan los costos de la no calidad a los colaboradores de la institución

GRAFICA 17: Se verifica proactivamente la suficiencia de los dispositivos médicos requeridos para la prestación de los servicios de salud

GRAFICA 18: Se verifica proactivamente la suficiencia de medicamentos esenciales requeridos para la prestación de los servicios

GRAFICA 19: El plan de capacitación incorpora temas sobre seguridad del paciente

GRAFICA 20: La Gerencia nos informa sobre los cambios realizados

GRAFICA 21: El personal habla libremente si ve algo que podría afectar

GRAFICA 22: En esta área, discutimos formas de prevenir errores para que no se vuelvan a cometer.

GRAFICA 23: El personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo no parece estar correcto.

GRAFICA 24: Por favor, asígnele a su área de trabajo un grado general de participación en seguridad del paciente.

GRAFICA 25: El direccionamiento estratégico motiva a la seguridad del paciente

GRAFICA 26: La Junta Directiva promueve acciones preventivas para la seguridad del paciente.

GRAFICA 27: La Gerencia realiza seguimiento a la efectividad de las acciones implementadas en pro de la seguridad del paciente.

GRAFICA 28: La Gerencia ejecuta estrategias preventivas para la seguridad del paciente

GRAFICA 29: Los problemas relacionados con la seguridad del paciente tienen fundamento en el área asistencial

GRAFICA 30: La Gerencia propicia un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente

GRAFICA 31: La empresa ha eliminado las barreras administrativas para garantizar la continuidad de la atención de los pacientes

GRAFICA 32: Las medidas que toma la Gerencia muestran que la seguridad del paciente es altamente prioritaria.

GRAFICA 33: La Gerencia se muestra interesada en la seguridad del paciente solo después de que ocurre un incidente o un evento adverso.

GRAFICA 34: La Gerencia promueve estímulos a los equipos de trabajo para la seguridad del paciente.

GRAFICA 35: Se asignan los recursos para minimizar los riesgos en la prestación de servicios de salud.

GRAFICA 36: Se evalúa el costo beneficio para la compra de elementos relacionados con la prestación del servicio.

GRAFICA 37: Se evalúa la competencia del talento humano sobre seguridad del paciente en el procedimiento de selección.

GRAFICA 38: Los equipos de trabajo reciben estímulos por su compromiso con la seguridad del paciente.

GRAFICA 39: La rotación del talento humano es factor contributivo para la presencia de eventos relacionados con seguridad del paciente.

GRAFICA 40: Se exige a entidades educativas supervisión en la prestación del servicio para personal en formación.

GRAFICA 41: La no suficiencia de personal es factor contributivo para la presencia de eventos relacionados con seguridad del paciente.

GRAFICA 42: Conoce el mecanismo para realizar el reporte de eventos adversos.

GRAFICA 43: Las diferentes áreas administrativas trabajan en equipo para propiciar la seguridad de los pacientes.

GRAFICA 44: Las áreas de esta institución no están bien coordinados entre sí.

GRAFICA 45: Hay buena cooperación entre las áreas de la institución que requieren trabajar conjuntamente.

GRAFICA 46: Frecuentemente es agradable trabajar con personal de otras áreas en esta Institución.

GRAFICA 47: Rara vez surgen problemas en el intercambio de información entre las áreas de esta institución.

GRAFICA 48: ¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en la institución?

GRAFICA 49: ¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en su actual área/ servicio?

GRAFICA 50: ¿Cuántas horas a la semana trabaja usted en esta institución?

GRAFICA 51: ¿Cuáles su cargo en esta institución?

GRAFICA 52: ¿Qué tipo de contrato tiene?

GRAFICA 53: En su cargo, ¿Tiene usted interacción directa o contacto con pacientes?

GRAFICA 54: ¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en su actual cargo?

GRAFICA 55: ¿Considera que los pacientes son atendidos de forma segura?

GRAFICA 56: En esta unidad la gente se apoya mutuamente.

GRAFICA 57: Tenemos suficiente personal parara realizar el trabajo

GRAFICA 58: Cuando necesitamos terminar una gran cantidad de trabajo, lo hacemos en equipo.

GRAFICA 59: En esta unidad, el personal se trata con respeto

GRAFICA 60: El personal en esta unidad trabaja más horas de o establecido para el cuidado del paciente.

GRAFICA 61: Estamos haciendo acciones para la seguridad del paciente.

GRAFICA 62: Usamos más personal temporal de lo adecuado, para el cuidado del paciente.

GRAFICA 63: El personal siente que sus errores son usados en su contra.

GRAFICA 64: Es solo por casualidad que no ocurren errores más serios.

GRAFICA 65: La seguridad del paciente nunca se compromete por hacer más trabajo.

GRAFICA 66: Los empleados se preocupan de que los errores que se cometen queden registrados en sus hojas de vida.

GRAFICA 67: No tenemos problemas con la seguridad del paciente en esta unidad.

GRAFICA 68: Nuestros procedimientos y sistemas son efectivos para la prevención de errores que pueden ocurrir.

GRAFICA 69: Mi jefe hace comentarios favorables cuando ve un trabajo hecho de acuerdo con los procedimientos establecidos para la seguridad de los pacientes.

GRAFICA 70: Mi jefe acepta las sugerencias del personal para mejorar la seguridad de los pacientes.

GRAFICA 71: Cuando la presión se incrementa, mi jefe quiere que trabajemos más rápido, aunque eso requiera saltar pasos importantes.

GRAFICA 72: Mi jefe no toma en cuenta los problemas de seguridad del paciente que se repiten una y otra vez.

GRAFICA 73: La gerencia nos informa sobre los cambios realizados basado en lo aprendido de los reportes de eventos.

GRAFICA 74 El personal habla libremente si ve algo que podría afectar negativamente el cuidado del paciente.

GRAFICA 75: Estamos informados sobre los errores que se cometen en esta área.

GRAFICA 76: El personal se siente libre de cuestionar las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad.

GRAFICA 77: En este servicio, discutimos formas de prevenir errores para que no se vuelvan a cometer.

GRAFICA 79. El personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo no parece estar correcto.

GRAFICA 80: Cuando se comete un error pero es descubierto y corregido antes de afectar al paciente, que tan frecuente es reportado.

A FICA 81: Cuando se comete un error, pero no tiene el potencial de dañar paciente, que tan frecuente es reportado.

GRAFICA 82: Cuando se comete un error, que pudiese dañar al paciente, pero no lo hace que tan frecuente es reportado.

GRAFICA 83: Por favor asigne a su área de trabajo un grado general en seguridad del paciente.

GRAFICA 84: La gerencia de la institución propicia un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente

GRAFICA 85: Los servicios de esta institución no están bien coordinados entre sí.

GRAFICA 86: La continuidad de la atención de los pacientes no se pierde cuando estos se transfieren de un servicio a otro.

GRAFICA 87: Hay buena cooperación entre los servicios de la institución que requieren trabajar conjuntamente.

GRAFICA 88: Frecuentemente es agradable trabajar con el personal de otros servicios de esta institución.

GRAFICA 89: Rara vez surgen problemas en el intercambio de la información entre los servicios de esta institución.

GRAFICA 90: Las medidas que toma la gerencia de esta institución, muestra que la seguridad del paciente es altamente prioritaria.

GRAFICA 91: La gerencia de la institución se muestra interesada en la seguridad del paciente solo después de que ocurre un incidente o evento adverso.

GRAFICA 92: Los servicios de la institución trabajan en conjunto para propiciar el mejor cuidado de los pacientes.

GRAFICA 93: Los cambios de turno en esta institución generan problemas para los pacientes.

GRAFICA 94: En los pasados 12 meses en cuantos reportes de eventos adversos/errores ha participado, diligenciado o enviado.

GRAFICA 95: Cuánto tiempo lleva usted trabajando en la institución.

G R A F I C A 96: Cuánto tiempo lleva usted trabajando en su actual área/ servicio.

G R A F I C A 97: Cuántas horas a la semana trabaja usted en la institución.

G R A F I C A 98: Cuáles su cargo en esta institución.

G R A F I C A 99: Qué tipo de contrato tiene.

G R A F I C A 100.en su cargo, tiene usted una interacción directa o contacto con pacientes.

G R A F I C A 101. Cuánto tiempo lleva usted trabajando en su cargo actual.

G R A F I C A 102: ¿Que los pacientes son atendidos de forma segura?

G R A F I C A 103: Ponderado

G R A F I C A 104: Flujo gram a

VICERRECTORÍA ACADÉMICA
CENTRO INSTITUCIONAL DE INVESTIGACIÓN, PROYECCIÓN Y
DESARROLLO

1. INFORMACIÓN GENERAL DEL PROYECTO

Título: : Evaluación de la cultura de seguridad del paciente en Assbasalud ESE en el segundo semestre de 2015.

Investigadores: Yorladis Parra Cardona, Johana Ospina Quintero, Maribel Serna Rincón, Andrés Alfredo Cheng Galviz

Línea de Investigación: Gestión de la calidad

Área de conocimiento a la que aplica: Administración - salud

Programa de Posgrado al que se articula: Administración de la Salud

Lugar de Ejecución del Proyecto:

Ciudad Manizales Departamento: Caldas

Duración del Proyecto (periodos académicos): Agosto 2015 a Abril 2016

2. RESUMEN

2.1. RESUMEN

La seguridad del paciente es un compromiso de todos por eso el grupo académico en curso de especialización en administración de la salud de la UCM, quiere evaluar la cultura de seguridad del paciente mediante un estudio cuantitativo de carácter descriptivo que permita establecer la diferencia en el avance de la implementación de la política de seguridad del paciente a través de la medición de la cultura de seguridad, también que describa los aspectos que han de mejorarse y el impacto que genera un adecuada cultura de seguridad del paciente en la Clínica San Cayetano, Clínica la Enea, Prado, Cisco, Asunción y La Peluza) en la ciudad de Manizales, allí por medio de un instrumento se evaluó y se midió el nivel de cultura de seguridad del paciente en la institución, este instrumento se compone de tres partes fundamentales: 1. Información personal del encuestado, con este se buscó caracterizar la población laborar de la institución y el grado de antigüedad. 2. Información dirigida al servicio y modo asistencial, con este se caracterizó los servicios y los componentes de cada uno de ellos, obteniendo información acerca de las prácticas de seguridad del paciente. 3. Información administrativa, con esté se buscó obtener información en el área administrativa sobre seguridad del paciente, generando conocimiento y/o nuevos desarrollos tecnológicos, con esto no solo se espera evaluar la cultura de seguridad del paciente, además se busca reflejar y obtener una información inédita, la cual tenga participación no solo la UCM con el desarrollo del proyecto sino que también impacte positivamente la institución de Assbasalud, fortaleciendo cada uno de los aspectos encontrados por medio de la aplicación del instrumento. También se analizó las experiencias de los funcionarios que día a día viven en los servicios o lugares asignados de trabajo, y los cuales tienen relación directa con eventos que se puedan generar en dichos espacios, por lo tanto es primordial medir la adherencia y acogimiento que tiene el personal con la política, protocolo y equipo que busca que la atención sea la mejor para el paciente y que se evidencia la calidad de los servicios prestados en la institución.

Pretendiendo así generar información que permite que la institución tenga la posibilidad de realizar cambios importantes y planes de mejoramiento en los servicios, así favoreciendo la atención a los usuarios y fortaleciendo su equipo de trabajo, mejorando las condiciones tanto para funcionarios como para las personas que reciben atención

2.2.INTRODUCCIÓN

Uno de los principales objetivos al tratar pacientes en el servicio de consulta externa es la realización de una buena y adecuada movilización de los mismos, es por ello el entrenamiento constante del personal de consulta externa en la intervención y posterior cuidado de este tipo de pacientes. Con el fin de asegurar la calidad de la atención en enfermería en las IPS de atención externa y redes locales de las diferentes instituciones que prestan servicios de salud, la universidad católica de Manizales propone la introducción los estudiantes de especialización en administración en salud, con capacidad y habilidad técnico-científica, que lleve a cabo la innovación y aplicación de procesos administrativos que logren mantener y posicionar gestiones adecuadas bajo los principios éticos morales y científicos con alto grado de responsabilidad y compromiso, que conlleve al sostenimiento del buen nombre tanto de la especialidad como de la profesión como enfermeras y otras profesiones que buscan el espacio administrativo, además teniendo como base fundamental que la realización de proyectos de aplicación y en fomento de interiorizar los conocimientos adquiridos a lo largo del postgrado logra encaminar y adquirir mayor habilidad, actitud, aptitud y nuevos enfoques en la orientación de su profesión, manteniendo la calidad de los procesos específicamente en los pacientes en el servicio de atención externa de ahí la importancia del profesional y especialista formado de la Universidad Católica de Manizales, puesto que de él depende que cada proceso administrativos y de gestión que permite mejorar las condiciones o recursos, se

ejecuten de manera oportuna eficaz con calidad y calidez humana en las diferentes empresas.

2.3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La seguridad del paciente en las instituciones prestadoras de servicios de salud, es un tema que promueve el análisis, estudio y medición constante de las acciones y variables pertinentes ante las situaciones presentadas en la cotidianidad de los servicios de consulta externa, hospitalización, urgencias, unidades críticas y todas en las cuales se brinda una atención específica a los usuarios, esto para progresar en los avances constantes de la calidad y adoptar medidas claras, seguras y precisas para una atención oportuna, ágil y con los estándares de calidad que exige nuestra legislación colombiana, teniendo en cuenta esto y a pesar de los esfuerzos y la educación brindada en el ámbito académico y el institucional, los funcionarios de las diferentes instituciones aun no son adherentes a la cultura de prácticas seguras en la atención del paciente, pues de acuerdo a las estadísticas e informes de las IPS, aún se reportan casos de acciones inseguras, incidentes y accidentes generados en los servicios de salud y de los cuales aún se reflejan secuelas en los pacientes e inclusive también en los funcionarios, por lo tanto se hace necesario la medición constante de la cultura tanto en el personal de salud, administrativo, el paciente, familiares de los paciente y todos aquellos que se encuentran vinculados a la atención, recuperación y generación de servicios a los usuarios. Nro. 1

El ambiente en el cual se generan las acciones e intervenciones de seguridad del paciente debe proporcionarse en un entorno con confidencialidad, confianza y responsabilidad entre pacientes, profesionales de la salud (personal Médico (a), personal de enfermería (Enfermeras (o) Auxiliares de enfermería) aseguradores, familiares y la comunidad. Es deber de los diferentes actores del sistema facilitar las condiciones que permitan el desarrollo óptimo de implementación y aplicación de todo los procesos en el ambiente acorde. Nro. 2

A medida que pasan los días y que las instituciones crecen y se profesionalizan aún más, la seguridad del paciente está promueve mayor atención cada vez en los sistemas de atención en salud. La OMS lanzó la "Alianza mundial para la seguridad del paciente" pretendiendo estandarizar en los hospitales y en los sistemas de salud, prácticas que brinden mayor seguridad menores errores y buscando así enlazar el Sistema de Garantía de Calidad, hacia una Política de Seguridad del Paciente y generar intervenciones específicas para la atención de los pacientes. Nro. 2

Para eso se estudian los indicadores más importante de la seguridad del paciente, teniendo como referente principal el índice de Eventos Adversos en los pacientes atendidos, de allí generamos datos, actividades y evaluaciones constantes de la planeación y la adecuada aplicación de las acciones seguras previniendo múltiples acciones inadecuadas que afectan la integridad humana, las labores administrativas y el ejercicio médico. Nro. 3

Los eventos adversos o actividades inseguras reflejadas en Latinoamérica tienen lugar un mayor recurrencia en las IPS de atención, en su mayoría los detectados estaban relacionados con los cuidados en un 13,27%, con el uso de la medicación en un 8,23%, con la infección nosocomial en un 37,14%, con algún procedimiento en un 28,69% y con el diagnóstico en un 6,15%. Por lo tanto se tiene la necesidad de contribuir a los servicios de salud midiendo la calidad de atención y la cultura que tienen los funcionarios para la atención integral. Nro. 4

2.4 JUSTIFICACIÓN

La seguridad del paciente es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que tienen por objetivo minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención en salud o de mitigar sus consecuencias. Nro. 1

La ocurrencia de eventos adversos, aporta información pertinente y necesaria a las instituciones de salud para identificar las falencias, errores que se presentan en los diferentes servicios por múltiples razones, permite medir la calidad de la atención centrados en uno de los criterios primordiales de la calidad que es preservar la seguridad del usuario.

Razón por la cual surge la importancia de generar una política en seguridad del paciente partiendo del impacto negativamente que genera los eventos adversos en el proceso de calidad en la atención y el impacto económico por los altos costos en términos de materiales e insumos de las instituciones de salud.

En Colombia actualmente se 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 la ocurrencia de Eventos adversos para contar con instituciones seguras y competitivas internacionalmente”

Uno de los puntos clave es intervenir la vigilancia de la ocurrencia de los eventos adversos, desde nuestra experiencia en el campo laboral esto permitirá evaluar la medida en la cual se está aplicando los protocolos y la política en la atención en salud ofrecida por la IPS, es importante tener en cuenta si el personal responsable al momento de notificar los eventos adversos ocurridos, y de esta manera poder reevaluar continuamente y actualizar las guías y protocolos según

necesidad y frecuencias de los eventos adversos presentados en los diferentes procesos y procedimientos realizados por el servicios de salud.

La vigilancia de eventos adversos constituye una de las estrategias a través de las cuales el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad busca garantizar que las instituciones de atención en salud sean instituciones seguras para el paciente y los mismos profesionales que laboran en ellas. Esta medición no solo se encuentra enfocada en el personal de salud, en la realización de procedimientos siguiendo y cumpliendo con guías y protocolos, sino que también permite medir la cultura en los pacientes en cuanto a recomendaciones dadas por el personal de salud, el uso adecuado de los insumos de la institución, prácticas de autocuidado.

El tema de la cultura de seguridad en el paciente es de gran importancia en nuestra sociedad por el impacto económico y social que representa dentro del área de la salud, Si bien es cierto que esta política en salud es relativamente nueva partiendo del año 2012 todas las instituciones en salud deben contar con una política de seguridad del paciente; vale la pena resaltar que el impacto generado en la comunidad es de gran aporte para la atención en salud, ya que podemos afirmar que los eventos adversos a pesar de que se siguen presentando no tiene la misma frecuencia que hace unos años atrás y que se ha logrado reducir los factores de riesgo al momento de prestar el servicio.

Las personas encargadas de la parte de gerenciamiento y control de las instituciones debe demostrar y ser explícita en el compromiso con la seguridad del paciente como estrategia, indispensable para un entorno seguro y promover una transformación hacia una cultura de seguridad, si bien es cierto que esta implica una inversión en cuanto a estructura, personal altamente calificado con perfiles claros para cada cargo, recursos necesarios para suplir con las necesidades, todo esto es fundamental para garantizar una atención de calidad.

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar la percepción de cultura de la seguridad del paciente en Assbasalud E.S.E en el segundo semestre del año 2015.

3.2. 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 (clima, actitud, comunicación, oportunidad en reporte, prácticas interdisciplinarias) en Assbasalud E.S.E
- Establecer el grado general de percepción en seguridad del paciente en Assbasalud E.S.E
- Establecer la frecuencia de eventos o errores reportados relacionados con seguridad del paciente en Assbasalud E.S.E

4. REFERENTE TEORICO

4.1 MARCOTEÓRICO Y ANTECEDENTES

SEGURIDAD DEL PACIENTE

“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.

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; expertos, usuarios y grupos de profesionales y de la industria.

Su creación destaca la importancia internacional de la cuestión de la seguridad del paciente” Nro. 5

“La OMS estima que, cada año, a escala mundial, decenas de millones de pacientes son víctimas de lesiones incapacitantes o mueren como consecuencia directa de prácticas médicas peligrosas. “En Colombia El primer estudio que en Latinoamérica evidenció el problema de la seguridad fue el estudio IBEAS, evidenció que en estos países, en promedio 1 de cada 10 pacientes hospitalizados (10%) sufren al menos un daño durante su atención. En el estudio IBEAS, Colombia específicamente mostró una prevalencia de eventos adversos del 13,1%, el 27.3% de los eventos se presentaron en menores de 15 años y el 27.7% se presentaron durante la realización de un procedimiento. A este punto es importante advertir que, contrario a los demás países, la mayoría de hospitales participantes en el, fueron hospitales acreditados” Nro. 6

“El Programa para la Seguridad del Paciente de la OMS tiene por objeto garantizar que las medidas y soluciones para la seguridad de los pacientes puede ser implementada en todos los centros de salud en el mundo” Nro. 7

Gran parte de los datos probatorios obtenidos de investigaciones sobre el peso de los mencionados daños en la atención de salud provienen de países desarrollados, pero algunos datos probatorios procedentes de países en desarrollo indican que en ellos la atención poco segura es un problema muy grave. Se necesita investigación no sólo sobre las diversas esferas de la atención de salud, sino también sobre los procesos y estructuras orgánicas que contribuyen a una atención no segura.

“Algunos ejemplos de áreas en las cuales se necesitan más investigaciones son los siguientes:

- Se calcula que las infecciones asociadas a la atención de salud afectan aproximadamente a 1,4 millones de personas en todo momento. En los países desarrollados afectan a un 5% o un 10% de los pacientes, y en algunos países en desarrollo pueden llegar a afectar a la cuarta parte de los pacientes. Con el notable aumento de la resistencia a los antimicrobianos en el mundo, es decisivo que la investigación se centra ahora en la resistencia a los antimicrobianos y la propagación de agentes patógenos multirresistentes.
- Las estimaciones resultantes de la investigación sobre reacciones adversas a los medicamentos indican que entre un 7% y un 10% de los pacientes atendidos en servicios destinados a casos agudos tiene una reacción adversa a algún medicamento, mientras que un 28% -56% de esas reacciones son prevenibles. En algunos países las hospitalizaciones debidas a reacciones medicamentosas adversas pueden representar más del 10% del total de internaciones.

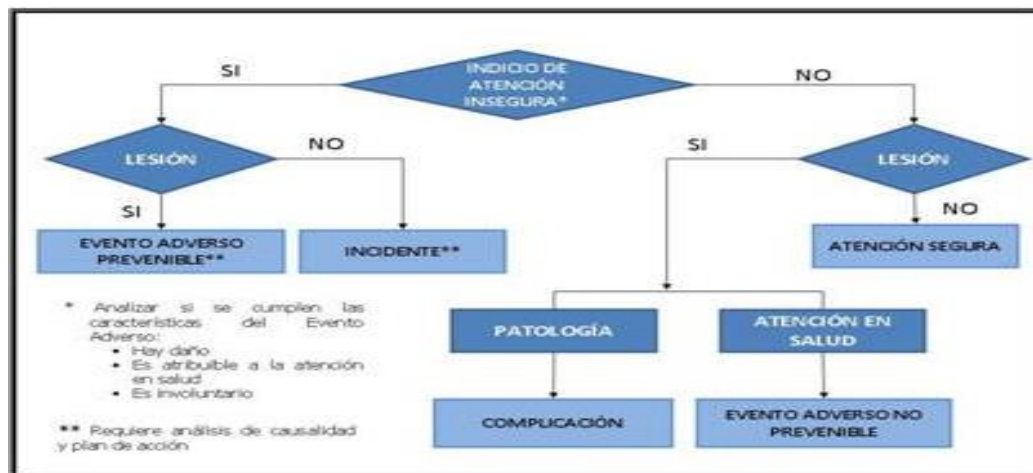
- Se necesitan más investigaciones en esta esfera, concentradas en los países en desarrollo; se sugiere que en éstos las tasas de reacciones medicamentosas adversas son aún mayores que en el mundo desarrollado.
- La cirugía y la anestesia son procedimientos sumamente complejos y costosos para los sistemas de salud. Los datos probatorios procedentes de países desarrollados indican que los episodios adversos ocurridos en los quirófanos representan al menos el 50% del total de episodios adversos. En los países en desarrollo, la atención quirúrgica se encuentra menoscabada por deficiencias de las instalaciones, falta de personal capacitado, tecnología inadecuada y suministro limitado de medicamentos y material. Se necesitan investigaciones sobre las razones de las diferencias geográficas observadas en la incidencia de errores quirúrgicos y anestésicos.
- Los datos sobre prácticas de inyección peligrosas muestran que, a escala mundial, hasta un 40% de las inyecciones se administran con jeringas y agujas reutilizadas sin esterilización previa, y en algunos países esa proporción asciende a un 70%. Las prácticas de inyección peligrosas causan, en todo el mundo, aproximadamente 1,3 millones de defunciones por año, una pérdida de 26 millones de años de vida y una carga de unos US\$ 535 millones anuales en costos médicos directos. La investigación futura debe concentrarse en la evaluación de las repercusiones de las prácticas de inyección en la carga de morbilidad infecciosa causada por las inyecciones peligrosas.
- Productos sanguíneos contaminados. Aproximadamente un 5% -15% de las infecciones por VIH en países en desarrollo se deben a transfusiones de sangre contaminada. Un estudio de la OMS reveló que alrededor de 60 países no eran capaces de someter toda la sangre donada a tamizaje para detectar la presencia de una o más infecciones, entre ellas la infección por VIH y otras infecciones transmitidas por la sangre. Se necesita urgentemente investigación sobre los aspectos más amplios de la

seguridad de la sangre, incluida la eficacia de las estrategias de seguridad de la sangre y los factores comportamentales de riesgo entre los donantes de sangre, en particular en los países en desarrollo.

Las reacciones adversas a dispositivos médicos también causan daños en pacientes. En los Estados Unidos se registran anualmente más de 1 millón de esas reacciones adversas. En algunos países en desarrollo hasta la mitad del equipo médico es inutilizable o sólo parcialmente utilizable. Se necesitan investigación y programas de vigilancia eficaces para detectar los tipos, la frecuencia y los entornos clínicos de esa clase de reacciones" Nro. 8

Como se documentó con anterioridad, los usuarios al entrar a alguna institución de salud asumen riesgos de adquirir al menos un daño en el proceso de atención, con la siguiente imagen se despliega los diferentes indicios que pueden conllevar o no a una atención insegura lo que puede ocasionar un evento adverso prevenible, un incidente, o simplemente una complicación que puede conllevar a un evento adverso no prevenible.

He aquí la importancia de realizar un adecuado análisis que permita evidenciar los posibles eventos adversos o incidentes y de esta manera tomar medidas que permitan identificar a tiempo los posibles riesgos que puedan ocasionar daños o lesiones en el proceso de atención en salud.



GRAFICA 104 FLUJOGRAMA

Como lo muestra la imagen anterior plantea un flujograma de atención insegura, importante a tener en cuenta en el momento de desarrollar el proyecto en nuestra institución ya que con el personal tanto administrativo como asistencial de Assbasalud en sus diferentes sedes, con contratación tanto de personal de cooperativa como personal de planta, con periodos de estancia en su trabajo cortos y largos, evaluaremos la adherencia a la cultura de seguridad del paciente, donde ellos manifestaran los posibles riesgos presentes en sus áreas que puedan ocasionar una atención insegura, posterior a esto se estandarizara un instrumento con diferentes variables previamente definidas que proporcionen una visión más amplia sobre la acogida de la política de seguridad del paciente en sus servicios, y de esta manera se lograra realizar un análisis el cual permitirá dar a conocer por medio del instrumento cuales son los aspectos a mejorar para tener una adecuada adherencia a la política de seguridad del paciente y por supuesto una disminución marcada en los eventos adversos en la institución. Nro. 9

A continuación definiremos algunos de los términos que son determinantes para conocer un poco de seguridad del paciente y que de ellos se deriva el poder brindar a nuestros usuarios una atención integral con calidad:

ATENCIÓN EN SALUD:

Cuando definimos la atención en salud son todos y cada uno de los servicios prestados a las personas, con los cuales se pretende promover, mantener y preservar la salud de la población, en este caso se realizaría en la institución una monitorización de las practicas a realizar tanto por parte del personal administrativo como del personal asistencial de tal forma que ellos se apropien de estos temas y evidencien cuales son las fallas en el proceso de atención de salud.

INDICIO DE ATENCIÓN INSEGURA :

Cuando se habla de un indicio de atención insegura, es cuando queremos resaltar a la población objeto de nuestro proyecto que es el personal administrativo y asistencial de la entidad, en la identificación de alertas o alarmas que muestren el incremento de la posibilidad de que un riesgo se convierta en potencial factor de un acontecimiento o una circunstancia que pueden alertar acerca de la ocurrencia de un incidente o evento adverso.

FALLA DE LA ATENCIÓN EN SALUD

Son cada uno de los sucesos ya identificados por el personal de salud en los diferentes servicios de la institución que se pueden dar por acción u omisión de algún proceso, ocasionados no de manera intencional pero que muestran la necesidad de adoptar medidas en la planeación de las actividades para que de esta manera no ocasionar sucesos o fallas en la atención de salud. Nro. 10

RIESGO :

Es la probabilidad que un incidente o evento adverso ocurra. Esta son las habilidades que se pretenden evidenciar en cuanto a la identificación oportuna de factores de riesgo por parte del personal administrativo y asistencial de la institución por medio del instrumento a aplicar. Nro. 10

EVENTO ADVERSO :

Es el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño. Nro. 10

Los eventos adversos pueden ser prevenibles y no prevenibles:

• EVENTO ADVERSO PREVENIBLE :

Resultado no deseado, no intencional, que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado. Nro. 10

• EVENTO ADVERSO NO PREVENIBLE:

Resultado no deseado, no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial. Nro. 10

Con la definición planteada anteriormente de eventos adversos se pretende que tanto el personal administrativo como el asistencial de la organización conozcan la importancia de que su quehacer se realice diariamente con compromiso, adecuados conocimientos, adecuada actitud, educación eficiente y oportuna a los usuarios, cumplimiento y conocimiento de los procesos estandarizados por la organización y de esta manera tendremos indicadores positivos en cuanto a la disminución de eventos adversos, y mejores aportes por el personal para el mejoramiento de la seguridad del paciente en la organización.

INCIDENTE:

Es un evento o circunstancia que sucede en la atención clínica de un paciente que no le genera daño, pero que en su ocurrencia se incorporan fallas en los procesos de atención otra variable importante a estandarizar en el instrumento, pues con la identificación e intervención oportuna de estos por parte del personal administrativo y asistencial desde sus diferentes áreas en la organización evitaran la ocurrencia de algún daño o lesión que se le pueda ocasionar al paciente en el proceso de atención en salud en cualquier proceso de salud/enfermedad. Nro. 10

COMPLICACIÓN:

Es el daño o resultado clínico no esperado no atribuible a la atención en salud sino a la enfermedad o a las condiciones propias del paciente; este punto no se evaluara en el proyecto ya que es algo que no se puede prevenir pero que si involucra y sugiere a los trabajadores la importancia de

la identificación y atención oportuna de los factores de riesgo a los que está expuesto el paciente.

VIOLACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD:

Las violaciones de la seguridad de la atención en salud son intencionales e implican la desviación deliberada de un procedimiento, de un estándar o de una norma de funcionamiento.

Como en todo proceso siempre se contarán personas reacias al cambio, al integrar esta definición en el trabajo lo que se busca es identificar e impartir en el trabajador la importancia de la realización de sus labores para la obtención de una adecuada seguridad del paciente.

BARRERA DE SEGURIDAD:

Una acción o circunstancia que reduce la probabilidad de presentación del incidente o evento adverso.

Son todos los medios y mecanismos, herramientas que utilizaran el personal administrativo y asistencial de la organización para evitar la ocurrencia de fallas en el proceso de atención de salud. Nro. 10

SISTEMA DE GESTIÓN DEL EVENTO ADVERSO:

Se define como el conjunto de herramientas, procedimientos y acciones utilizadas para identificar y analizar la progresión de una falla a la producción de daño al paciente, con el propósito de prevenir o mitigar sus consecuencias, en este punto con el proyecto se postulara en la parte final de acuerdo a los hallazgos encontrados por medio del instrumento, realizar

Algunas sugerencias para dar solución a algunos de los factores que se pueden intervenir de manera puntual con lo cual se pretende una mejora en la obtención de una mayor adherencia a la cultura de seguridad del paciente que es nuestro pilar fundamental en este proyecto de investigación.

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. Tales acciones pueden ser proactivas o reactivas, proactivas como el análisis de modo y falla y el análisis probabilístico del riesgo mientras que las acciones reactivas son aquellas derivadas del aprendizaje obtenido luego de la presentación del incidente o evento adverso, como por ejemplo el análisis de ruta causal. Nro. 11

En nuestro proyecto no se evaluarán eventos adversos lo que se evaluará es la adherencia de la cultura de seguridad del paciente por parte del personal tanto administrativo como asistencial en la organización y se realizarán algunos aportes en búsqueda del cumplimiento de los objetivos de la organización frente a seguridad del paciente.

5. METODOLOGIA

5.1 METODOLOGIA

5.2 ENFOQUE

El tipo de estudio que se realizó para medir la cultura de seguridad del paciente en Assbasalud E.S.E es un estudio de tipo cuantitativo.

5.3 DISEÑO

Es un estudio de tipo descriptivo ya que permite el análisis detallado de las diferentes variables correspondientes a la seguridad del paciente.

5.4 POBLACIÓN

Assbasalud E.S.E a la fecha de aplicación de las encuestas cuenta con 382 funcionarios, teniendo en cuenta que en ese momento aún no ingresaban muchos de los funcionarios que su tipo de contratación es por prestación de servicios y cooperativa.

5.5 MUESTRA

Se realiza cálculo de muestreo el cual da como resultado 192 encuestas para aplicar al área administrativa y asistencial, 119 para aplicación en el área asistencial y 73 para aplicación en el área administrativa.

5.6 PLAN DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Se aplica instrumento elaborado por la universidad, dividido en 2 partes una para el área administrativa que consta de 9 secciones y 56 preguntas y otra para el área asistencial que consta de 10 secciones y 47 preguntas.

5.7 INSTRUMENTO

Ver anexos

5.8 PLAN DE ANÁLISIS DE INFORMACIÓN

Una vez obtenidas las encuestas se realiza la tabulación de los datos en dos matrices generadas por la universidad, las cuales cuentan con una tabla dinámica, una pestaña para vaciar los datos obtenidos en las encuestas, seguido a ellos se encuentran las pestañas correspondientes a cada sección del instrumento generando por cada pregunta una tabla de datos y una gráfica para su respectivo análisis, posterior a esto encontramos la pestaña de comentarios donde se depositan todas las observaciones plasmadas por el personal, al final se encuentran, la grafica correspondiente al ponderado final que da respuesta a la pregunta del proyecto.

5.9 MARCO LEGAL

Para comprender mejor el tema en cuanto el marco legal, sobre la seguridad del paciente en la prestación de servicios de salud, describiremos algunos conceptos que consideramos importantes para una comprensión mayor del tema tratado, se desarrollan definiciones que fueron extraídas del “libro de seguridad del paciente y error en la medicina”. Nro. 12

La atención en Salud se define como el conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a todo la población (Decreto 1011 2006). Nro. 12

Se deberá así tener la coherencia y el ordenamiento de estrategias, programas y proyectos, que se formulen para orientar las actividades de reducción de riesgos. Los preparativos para la atención de adversidades y la recuperación de los casos tratados garantizando las condiciones apropiadas de seguridad frente a los

diversos riesgos existentes, pudiendo disminuir las pérdidas materiales y sociales que se deriven de los procesos.

Para la prestación de Servicios de Salud se relaciona con la garantía del acceso a los servicios de salud, el mejoramiento permanente de la calidad en salud y la búsqueda y generación de eficiencia en la prestación de los servicios de salud.

Dentro del esquema de seguridad del paciente se abarcaran 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.

El tema de la seguridad del paciente en la prestación de servicios de salud fue una realidad poca o nada discutida hasta comienzos de los años noventa, época para la que Brennan y Leape², dos investigadores estadounidenses, publicitaron en el *The New England Journal of Medicine*, una de las más prestigiosas revistas del mundo científico, los resultados de su revisión de treinta mil historias clínicas escogidas al azar. Estos autores encontraron que hay una cantidad importante de lesiones infligidas a pacientes por la atención médica, y que muchas de estas

lesiones son producto de atención subestándar, y concluyeron diciendo que la reducción de estos eventos requeriría identificar sus causas y desarrollar métodos para prevenir el error o reducir sus consecuencias.

Nuestro país no es ajeno a la problemática de la seguridad del paciente, por lo que el principal alcance es poner a disposición de los actores del sistema de salud, información pertinente acerca de las condiciones de seguridad de los pacientes en la prestación de servicios de salud, en un primer nivel de atención,

adicionalmente se diseñó una guía de autoevaluación de requisitos y criterios que permita a las instituciones de salud de primer nivel, estimar las condiciones de seguridad que debe tener un paciente a la hora de solicitar un servicio de salud.

Nro. 13

Es así como se generan diferentes políticas a favor de permanecer a la vanguardia en la universalidad en salud con conocimientos científicos y buenas prácticas a favor de los pacientes.

La Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud y la Ley 1122/07 (art. 2 y 25). La Política de Seguridad del Paciente que desarrollo Colombia es el conjunto de acciones y estrategias sencillas que impulsa el Ministerio de la Protección Social para ser implementadas en Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que propenden por ofrecer herramientas prácticas en la consecución del objetivo de hacer más seguros los procesos de atención, impactando en las mejoras de la calidad y protección del paciente de los riesgos evitables derivados de la atención en salud. Nro. 13

5.10 SOPORTE JURÍDICO

CONSTITUCIÓN NACIONAL DE COLOMBIA

Artículo 48 define: Garantiza a todos los habitantes del país el derecho irrenunciable a la seguridad social, por lo cual el Estado deberá ampliar progresivamente la cobertura de seguridad social y deberá subsidiar a quienes, por escasez de recursos, no tienen acceso a los servicios de salud.

Artículo 49: La atención de la salud y el saneamiento son servicios públicos a cargo del estado, dirigidos según principios de eficiencia, universalidad y solidaridad.

Artículo 90: Regula expresamente una temática que entre nosotros por mucho tiempo estuvo supeditada a la labor hermenéutica de los jueces y que solo tardíamente había sido regulada por la ley. Y en segundo lugar porque, al ligar la responsabilidad estatal a los fundamentos de la organización política por la que optó la constituyente de 1991, amplió expresamente el ámbito de la responsabilidad estatal haciendo que ella desbordara el límite de la falla del servicio y se enmarcara en los amplios espacios del daño antijurídico.

Artículo 189: Corresponde al Presidente de la República ejercer la potestad reglamentaria mediante la expedición de los decretos, resoluciones y ordenes necearias para la cumplida ejecución de las leyes.

Ley 100 del Diciembre 23 1993: El nuevo SGSSS fue creado en 1993, mediante la ley 100/93, la cual estableció también la reforma del sector de servicios de salud entre los principios que orientan la reforma, la equidad ocupa un lugar preeminente, y es entendida como la provisión gradual de servicios de salud de igual calidad a todos los habitantes de Colombia.

Artículo 173: Se destaca dentro del artículo dos funciones enfocadas a la garantía de la seguridad del paciente en el proceso de atención en una institución de salud.

- Formular y Adoptar en coordinación con el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, las políticas, estrategias, programas y proyectos para el Sistema General de Seguridad Social en Salud, de acuerdo con los planes y programas de desarrollo económico, social y ambiental que apruebe el Congreso de la República.

- Expedir y Dictar las normas científicas que regulan la calidad de los servicios y el control de los factores de riesgo, que son de obligatorio cumplimiento por todas las entidades promotoras de salud y por las instituciones prestadoras de salud del sistema general de seguridad social en salud y por las direcciones seccionales, distritales y locales de salud, así como las evaluaciones de ellas.

Artículo 180: Requisitos de las entidades promotoras de salud de naturaleza pública, privada o mixta:

- Tener una razón social que la identifique y que exprese su naturaleza de ser Entidad Promotora de Salud
- Tener personería jurídica reconocida por el estado
- Tener como objetivos a afiliación y registro de la población al Sistema General de Seguridad Social en Salud, el recaudo de las cotizaciones y la promoción, gestión, coordinación y control de los servicios de salud de las instituciones prestadoras de servicios con las cuales atienda a los afiliados a su familia.
- Disponer de una organización administrativa y financiera que permita, tener una base de datos sobre las características socioeconómicas y del estado de salud de sus afiliados y sus familias; acreditar la capacitación técnica y científica necesaria para el correcto desempeño de sus funciones y verificar la de las instituciones y profesionales prestadores de los servicios y evaluar sistemáticamente a la calidad de los servicios ofrecidos.
- Acreditar periódicamente un número mínimo y máximo de afiliados

Artículo 185: Las instituciones prestadoras de servicios deben tener como principio básico la calidad y la eficiencia y tendrán autonomía administrativa, técnica y financiera.

Artículo 186: El gobierno nacional proporcionara la conformación de un sistema de acreditación de las instituciones prestadoras de servicios de salud, para brindar información a los usuarios sobre su calidad y promover su mejoramiento.

Artículo 227: Es facultad de gobierno nacional expedir las normas relativas a la organización de un sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención en salud, incluyendo la auditoria medica de obligatorio desarrollo en las entidades promotoras de salud, con el objeto de garantizar la adecuada calidad en la prestación de los servicios. La información producida será de conocimiento público.

Ley 1122 de Enero 9 de 2006 Ministerio de la Protección Social

La presente ley tiene como objeto realizar ajustes al sistema general de seguridad social en salud, teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios. Con este fin se hacen reformas en los aspectos de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización y mejoramiento en la prestación de servicios de salud, fortalecimiento en los programas de salud pública y de las funciones de, inspección, vigilancia y control y la organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud.

Ley 715 de Diciembre 21 de 2001

Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias para organizar la prestación de los servicios de educación y salud entre otros.

Artículo 42: Corresponde a la nación la dirección del sector salud y del sistema general de seguridad social en salud en el territorio nacional.

Artículos 43,44 y 45: Corresponde a los departamentos, municipios y distritos dirigir, coordinar y vigilar el sector salud y el sistema general de seguridad social en salud en el territorio de su jurisdicción.

43.2: De prestación de servicios

43.2.6 Efectuar en su jurisdicción el registro de los prestadores públicos y privados de servicios de salud, recibir la declaración de requisitos esenciales para la prestación de los servicios y adelantar la vigilancia y el control correspondiente.

Artículo 56: Todos los prestadores de servicios de salud, cualquiera que sea su naturaleza jurídica o nivel, de complejidad deberán demostrar ante el ministerio de salud o ante quien este delegue, la capacidad tecnológica y científica, la suficiencia patrimonial y la capacidad técnico-administrativa, para la prestación del servicio a su cargo.

Decreto 1011 del 3 de Abril de 2006 Ministerio de la Protección Social

Por el cual se establece el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención de salud del sistema general de seguridad social en salud (SOGCS). Aplica a todos los prestadores de servicios de salud que operen en todo el territorio colombiano. Excepto a las instituciones del sistema de salud pertenecientes a las fuerzas militares y a la policía nacional, las cuales podrán acogerse de manera voluntaria al SOGCS y de manera obligatoria, cuando quieran ofrecer la prestación de servicios de salud a empresas administradoras de planes de beneficios, instituciones prestadoras de servicios de salud o entidades territoriales.

Enfoque del sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención en salud

Lo fundamental para el SOGCS en salud es incrementar los resultados favorables de la atención en salud en el paciente y protegerlo de los riesgos asociados a dicha atención.

Promueve el mejoramiento a través de incentivos, prestigio e incentivos económicos a las instituciones que alcanzan el cumplimiento de estándares de excelencia.

Artículo 3: Características del SOGCS. Para efectos de evaluar y mejorar la calidad de la atención en salud deberá cumplir con las siguientes características:

Accesibilidad: es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el SGSSS.

Oportunidad: es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios de salud que se requiere sin que se presenten retrasos que Pongan en riesgo, su vida o su salud.

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

Artículo 40: Responsabilidad en el ejercicio de la auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud debe ejercerse tomando como primera consideración la salud y la integridad del usuario y en ningún momento, el auditar puede poner en riesgo con su decisión la vida o integridad del paciente.

Resolución 13437 del (1 de Noviembre de 1991) Ministerio de Salud:

Por la cual constituyen los comités de ética hospitalaria y se adoptan el decálogo de los derechos de los pacientes.

Artículo 1: Adoptar postulados básicos para propender por la humanización en la atención a los pacientes y garantizar el mejoramiento de la calidad en la prestación del servicio público de salud, en las instituciones hospitalarias públicas y privadas, se velara por los derechos de los pacientes para que se no se establezcan ninguna restricción por motivos de raza, sexo, edad, idioma, religión, opiniones políticas o de cualquier índole, origen social, posición económica o condición social.

Resolución 1043 del (3 de Abril de 2006) Ministerio de la Protección Social

Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los prestadores de servicios de salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención:

- Capacidad tecnológica y científica: son los estándares de estructuración y procesos que deben de cumplir los prestadores de servicios de salud por cada uno de los servicios que prestan y que se consideran suficientes y necesarios para reducir los principales riesgos que amenazan la vida o la salud de los usuarios, comprende recurso humano; infraestructura; instalaciones físicas; y de mantenimiento, medicamentos y dispositivos médicos para uso humano y su gestión.
- Suficiencia patrimonial y financiera: es el cumplimiento de las condiciones que posibilitan la estabilidad financiera de las instituciones prestadoras de servicios de salud en el mediano plazo.

Resolución 1445 del (8 de Mayo) Ministerio de la protección social

Por la cual se definen las funciones de la entidad acreditadora, que tendrá como funciones:

- Promover el sistema único de acreditación
- Seleccionar y entrenar a los profesionales que cumplirán las funciones de evaluación en el sistema único de acreditación.
- Estandarizar los procedimientos de evaluación.
- Definir el procedimiento operativo para que las empresas puedan postularse.
- Conformar la junta de acreditación y el comité de apelaciones
- Revocar o suspender la acreditación otorgada.

Decreto 4747 del 7 de Diciembre de 2007 ministerio de la protección social.

Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo.

Artículo 5: uno de los requisitos que se deben tener en cuenta para la negociación y suscripción de los acuerdos y voluntades para la prestación de servicios son los indicadores de calidad en la prestación de los servicios definidos en el sistema de información para la calidad del sistema obligatoria de garantía de la calidad de la atención en salud.

Artículo 6-Paragrafo-3: La auditoría de localidad de la atención de los servidores deberá desarrollarse de acuerdo con el programa de auditoría par al mejoramiento de la calidad PAMEC, de cada uno de los actores, definido en el decreto 1011 de 2006.

Artículo 10: sistemas de selección y de clasificación de pacientes en urgencias triage.

Artículo 11: La verificación de los derechos de los usuarios es el procedimiento por el cual se identifica la entidad responsable del pago de los servicios de salud que demanda el usuario y el derecho del mismo a ser cubierto por dicha entidad.

Parágrafo 1 El procedimiento de verificación de usuarios será posterior a la selección y clasificación del paciente, y no podrá ser causa bajo ninguna circunstancia para posponer la atención inicial de urgencias.

Resolución Numero 1446 de 2006 (8 de Mayo de 2006)

Por la cual se define el sistema de información para la calidad y se adoptan los indicadores de monitoria del sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención en salud, con el fin de realizar el seguimiento y evaluación de la gestión de la calidad de la atención en salud, brindar información a los usuarios para elegir libremente con base a la calidad de los servicios y ofrecer insumos de calidad que permita materializar los incentivos de prestigio del sistema.

Artículo 3: indicadores de monitoria del sistema obligatorio de la garantía de la calidad.

- Oportunidad en la asignación de citas médicas en la consulta médica general.
- Oportunidad en la asignación de citas médicas en la consulta general especializada
- Oportunidad en la atención de urgencia
- Oportunidad en la atención en servicios de consulta odontológica

- Tasa de mortalidad intrahospitalaria después de 48 horas
- Tasa de infección intrahospitalaria.
- Proporción de quejas resueltas antes de 15 días.

Resolución 1448 del (8 de Mayo 2006) Ministerio Protección Social

Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los prestadores de servicios de salud bajo la modalidad de telemedicina.

Artículo 6: Las instituciones que prestan servicios de salud bajo esta modalidad, cualquiera sea su clasificación, deberá garantizar el cumplimiento de las características de calidad establecidas en el artículo 3 del decreto 1011 de 2006.

Artículo 10: Las condiciones de capacidad tecnológica y científica, técnico administrativa y de suficiencia patrimonial se regirán por las normas establecidas en el decreto 1011 del 2006.

Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente en la República de Colombia junio de 2008.

La política de seguridad del paciente, no fomenta la impunidad cuando la acción insegura se deba a negligencia o impericia o hay intención de hacer daño y respeta por lo tanto el marco legal del país. Pero de igual manera procura proteger al profesional que de manera ética y responsable analiza las fallas de la atención y los eventos adversos para desarrollar barreras de seguridad que protejan al paciente.

Circular 047 del 30 de Noviembre de 2007

Con fundamento en las facultades constitucionales y legales de la superintendencia nacional de salud, se expide la circular única, acto administrativo en el cual se reúnen en un solo cuerpo normativo todas las instrucciones de la entidad que se encuentra vigente.

- Generar espacios que permitan el cumplimiento de las determinaciones adoptadas por la corte a sus empleados administrativos y a los profesionales de la salud.
- Adoptar las medidas administrativas internas dirigidas a evitar las dilaciones o barreras de acceso para la prestación de los servicios de salud a los usuarios.
- Dar cabal cumplimiento en lo dispuesto en el decreto 4747 de 2007 y su resolución reglamentaria 3704 de 2008, para garantizar la efectiva prestación de servicios de salud.

La satisfacción de las necesidades razonables de los usuarios por medio del empleo de técnicas optimas y calidad sentida en los servicios de salud, corresponderá a la satisfacción razonable de sus necesidades luego de la utilización de un servicio de salud.

6. RESULTADOS

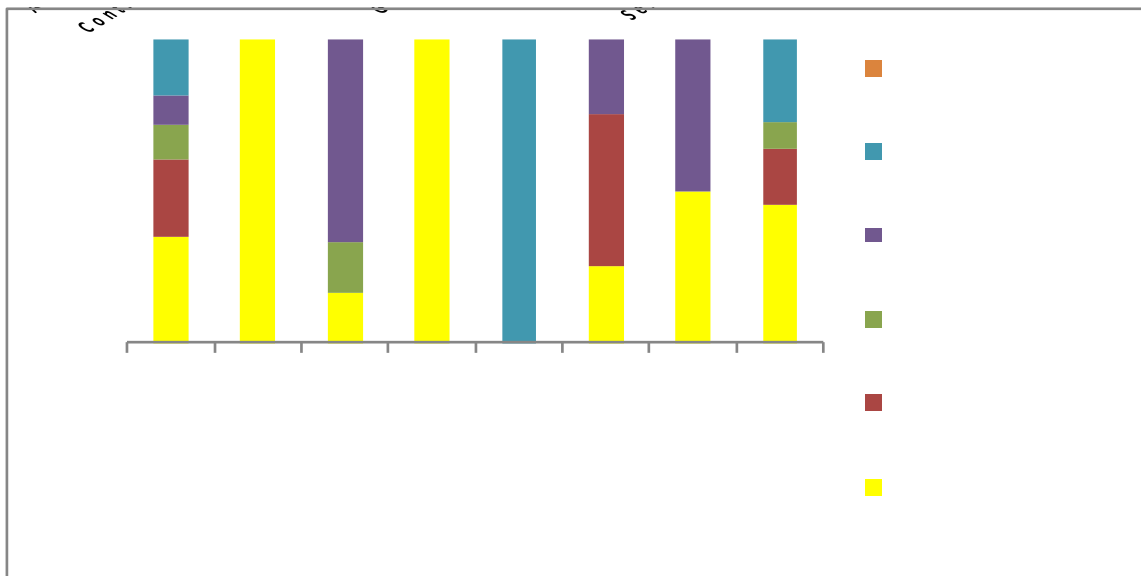
6.1 AREA ADMINISTRATIVA

ANALISIS ENCUESTAS AREA ADMINISTRATIVA

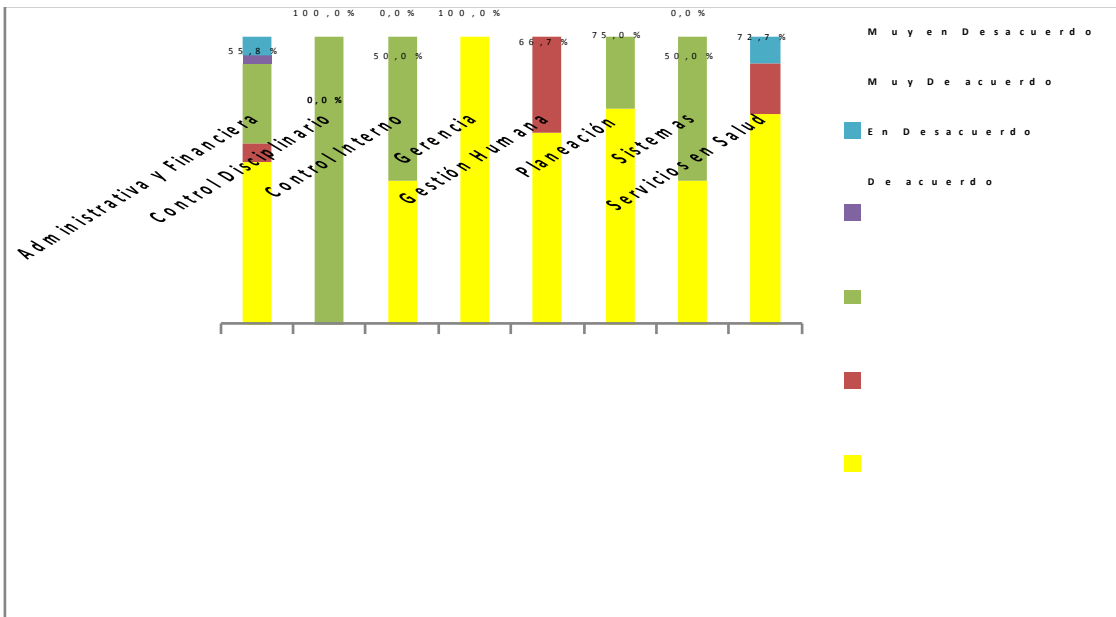
SECCION A.

AREA DE TRABAJO

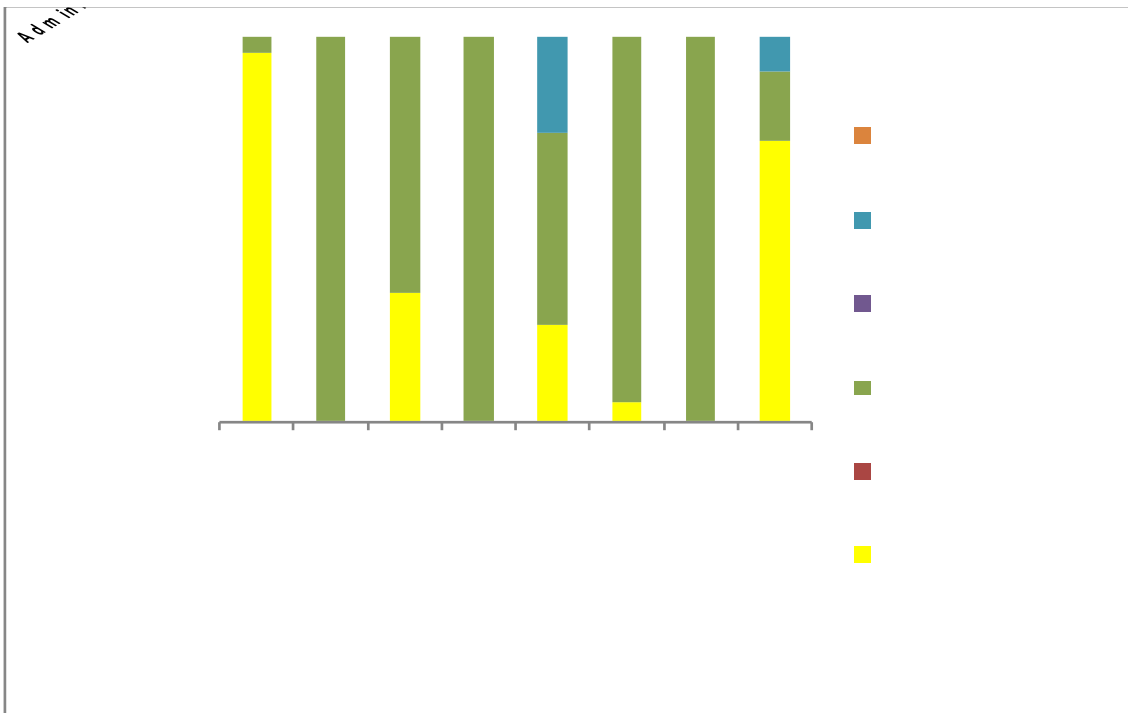
GRAFICA 1: Tenemos suficiente personal para realizar el trabajo.



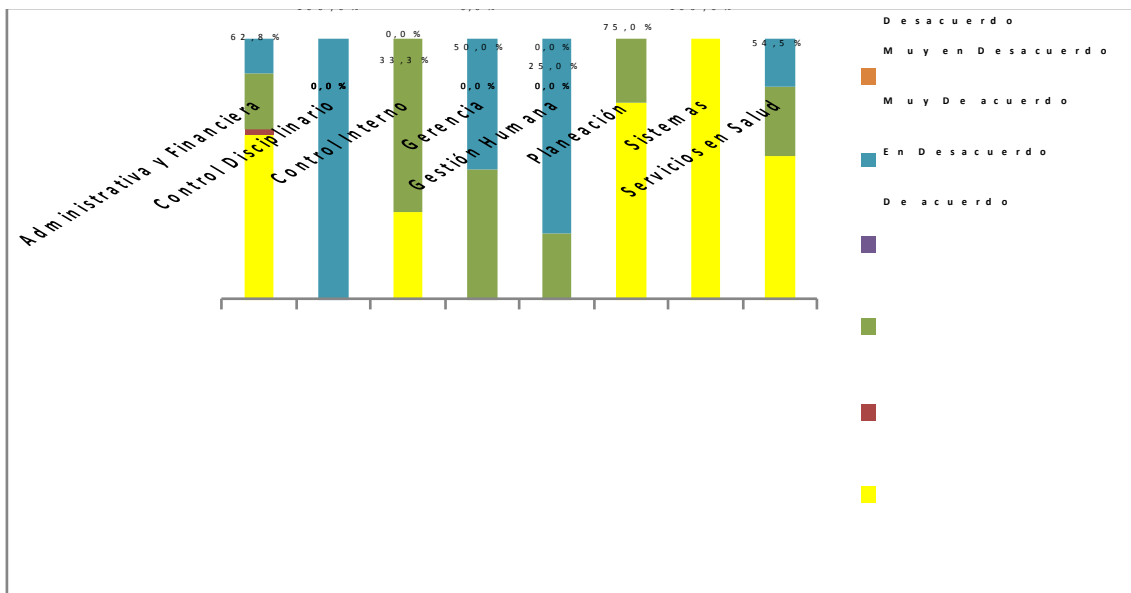
GRAFICA 2: Cuando necesitamos terminar una gran cantidad de trabajo, lo hacemos en equipo.



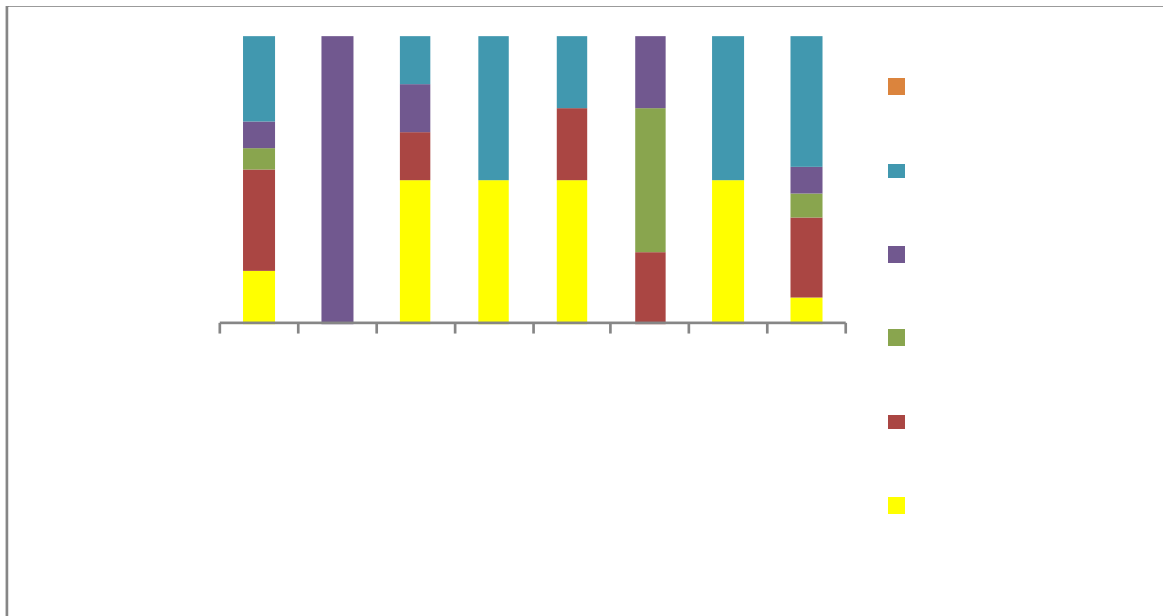
GRAFICA 3: En esta área, el personal se trata con respeto.



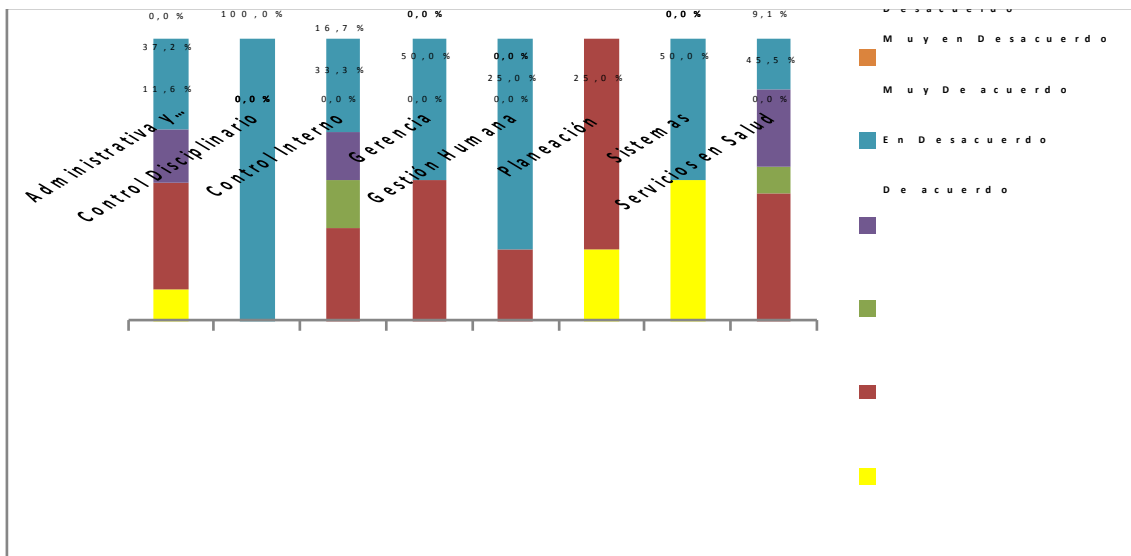
GRAFICA 4: Estamos haciendo acciones para mejorar seguridad del paciente.



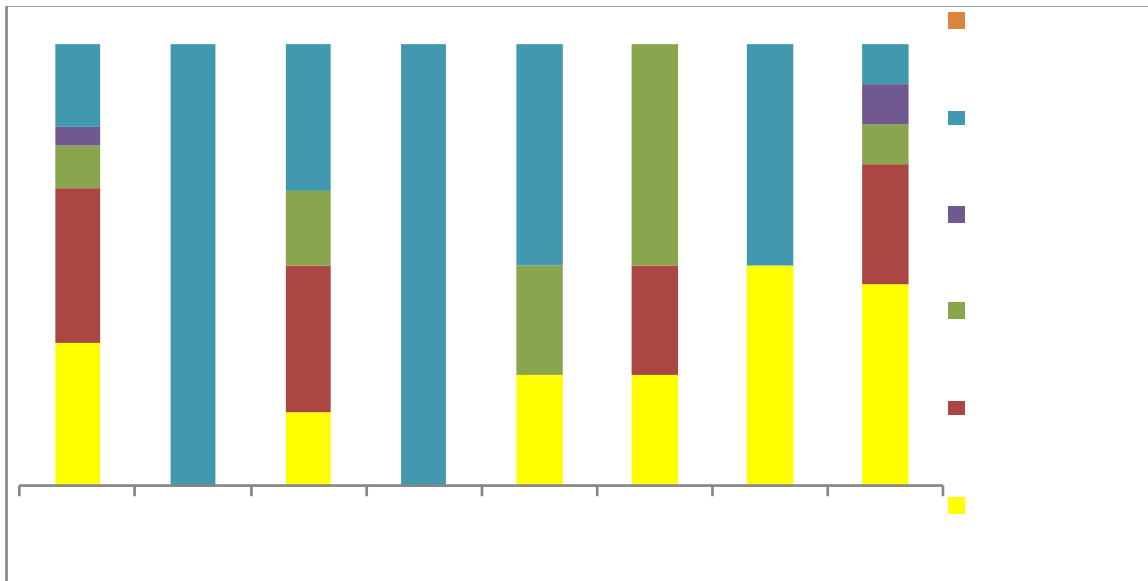
GRAFICA 5: El personal siente que sus errores son usados en su contra.



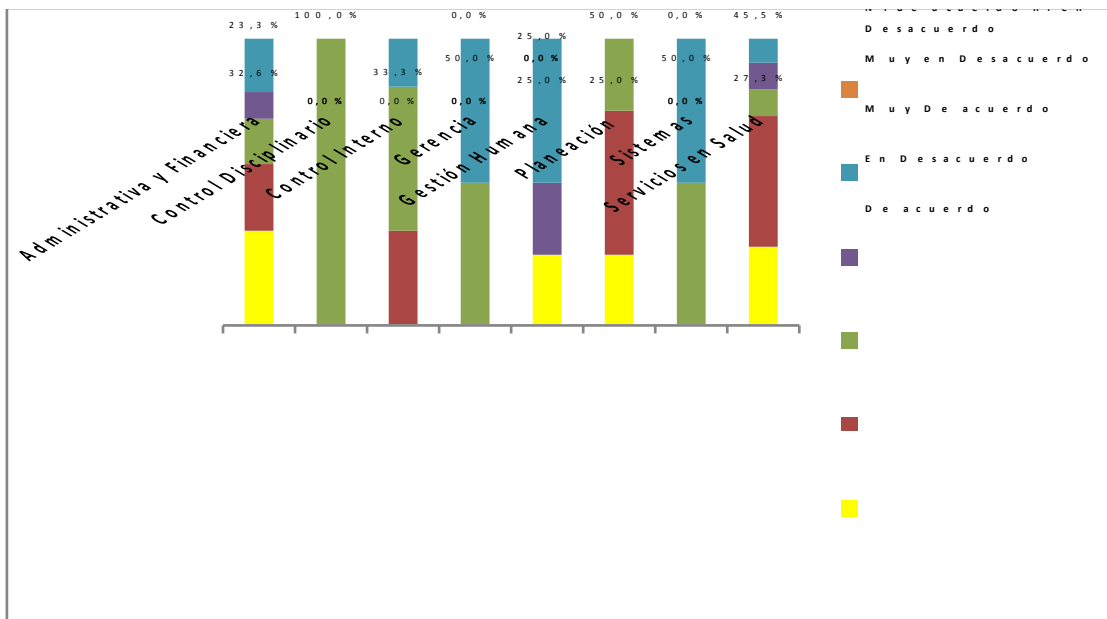
GRAFICA 6: Es sólo por casualidad que acá no ocurran errores más serios.



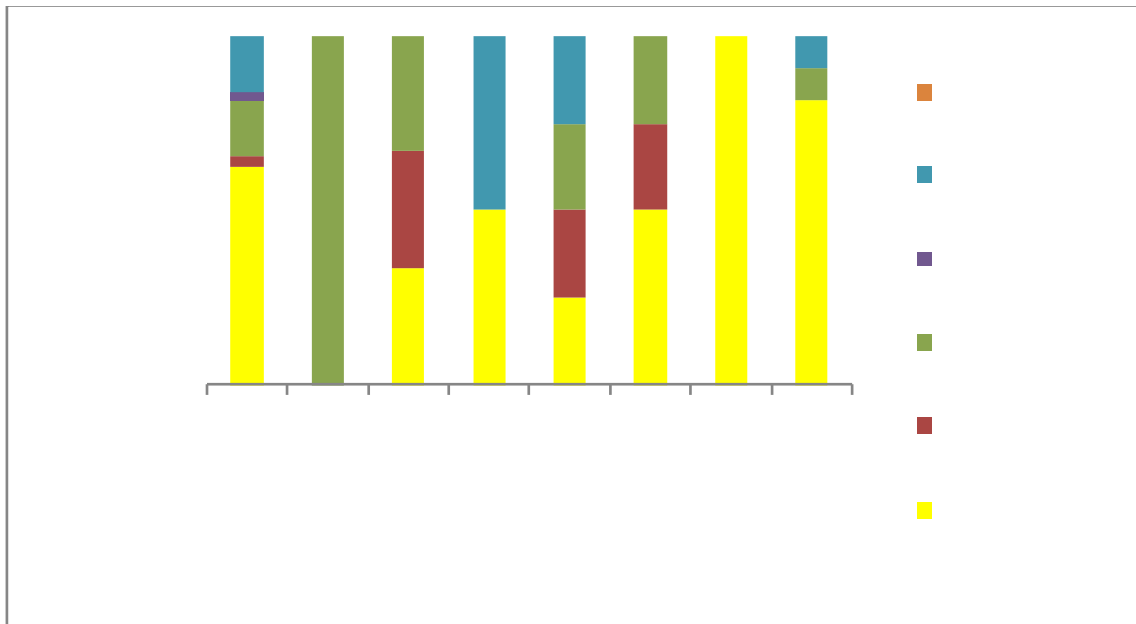
GRAFICA 7: Los empleados se preocupan de que los errores que cometen queden registrados en sus hojas de vida.



GRAFICA 8: No tenemos o generamos problemas con la seguridad de los pacientes en esta área.



GRAFICA 9: Nuestros procedimientos y sistemas son efectivos para la prevención de errores que puedan ocurrir



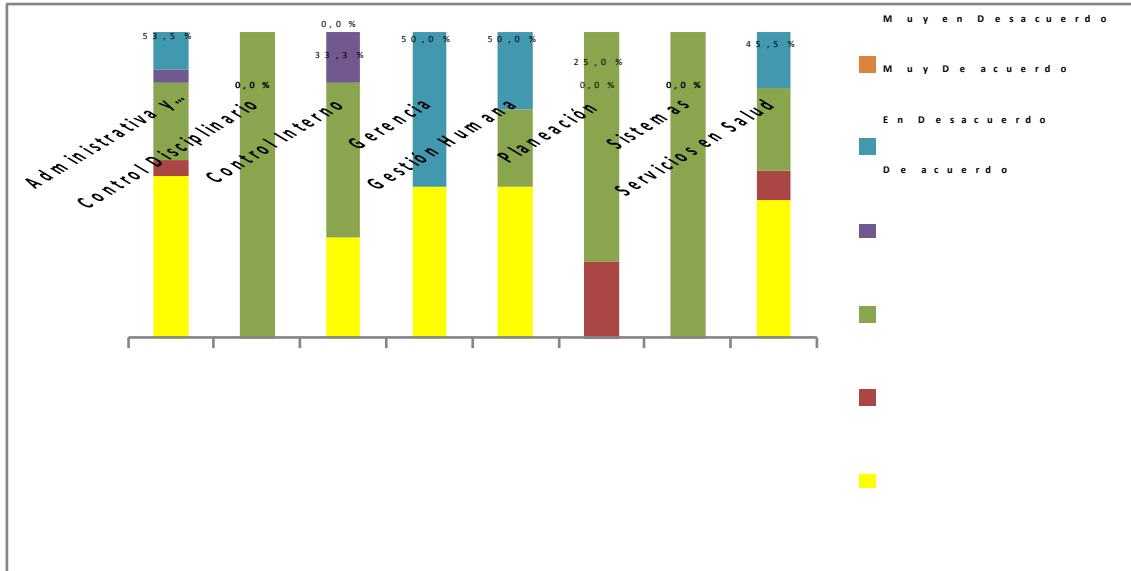
En el área administrativa se observó que la seguridad del paciente es un tema de gran importancia y el cual genera un impacto relevante para la institución concientizando al personal que es un compromiso de todos.

En el área de trabajo se puede evidenciar la opinión del área administrativa enfocados en la percepción de las dependencias como gerencia, control disciplinario y gestión humana entre otros, se identificó una constante por encima del 50 % de la suficiencia del personal para realizar sus actividades, demostrando que en momentos de crisis pueden trabajar en equipo para el cumplimiento de las mismas, también se observa que el 50 % del personal considera que se están realizando acciones específicas para la seguridad del paciente, sin embargo se evidencia el temor al reporte de eventos por la preservación de la contratación, la falta de confianza en su superiores se ha manifestado por medio en un 50% no reportar eventos por temor a la consigna en su hoja de vida. Dejando claro que a pesar de tantas situaciones la institución se considera que los procesos y procedimientos son efectivos para la gestión y atención a los usuarios.

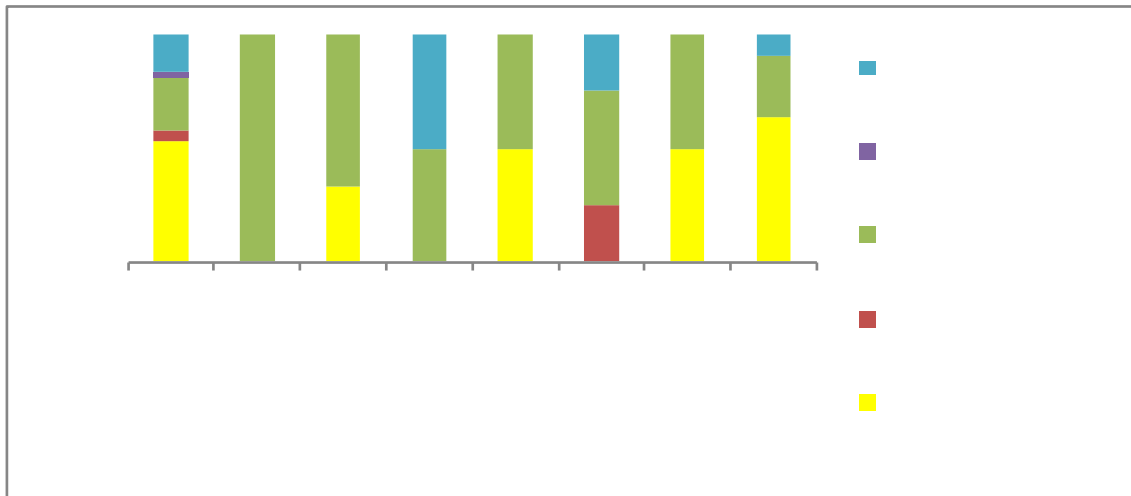
SECCION B

SU JEFE INMEDIATO

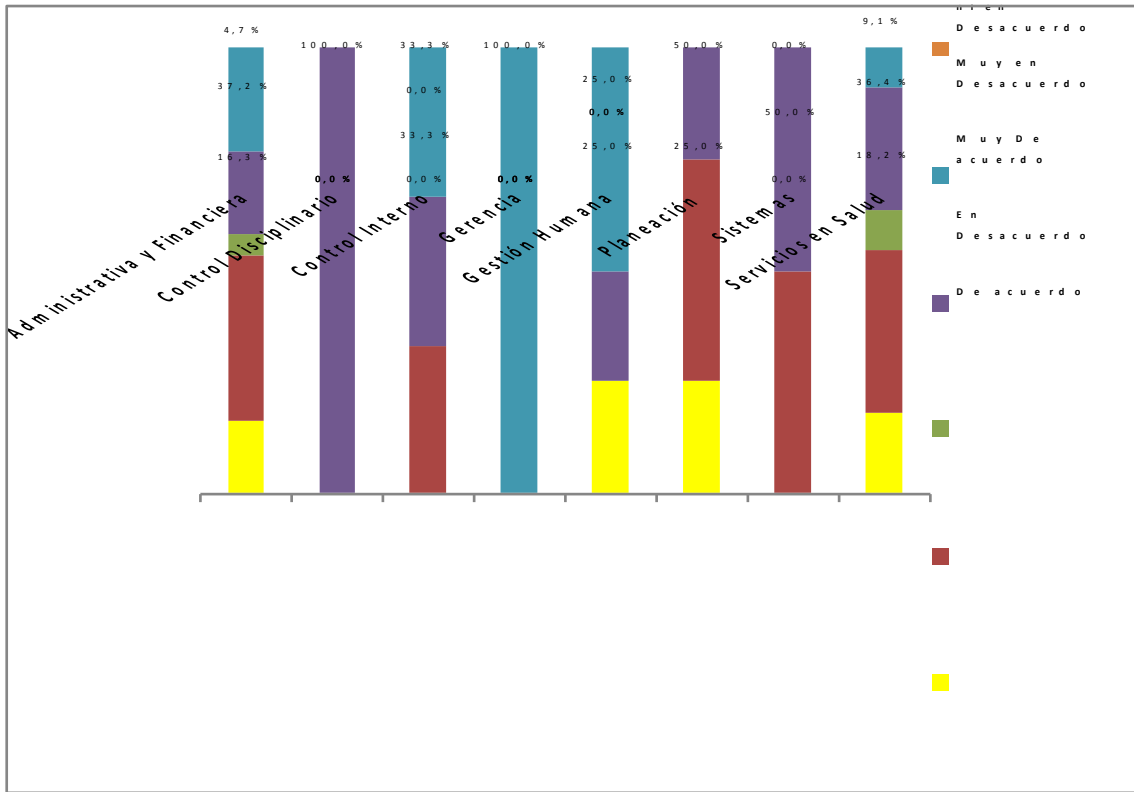
GRAFICA 10: Mi jefe hace comentarios favorables cuando ve un trabajo hecho de acuerdo con los procedimientos establecidos para la seguridad de los pacientes.



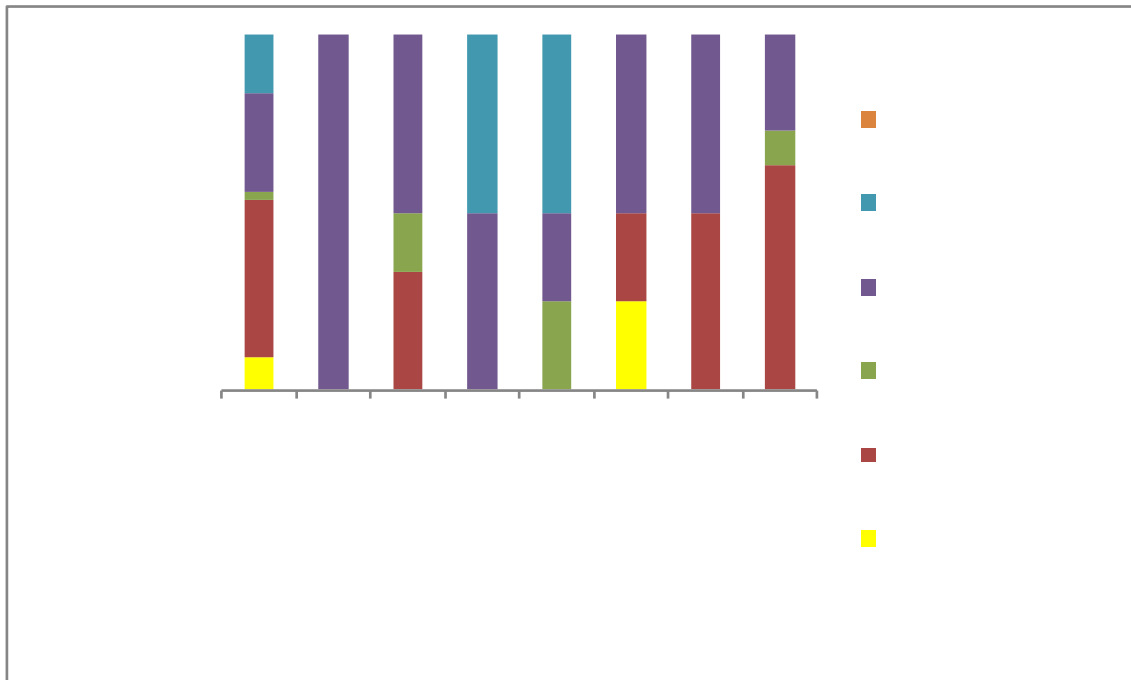
GRAFICA 11: Mi jefe acepta las sugerencias del personal para mejorar la seguridad de los pacientes.



GRAFICA 12: Cuando la presión se incrementa, mi jefe quiere que trabajemos más rápido, aunque esto requiera saltar pasos importantes.



GRAFICA 13: Mi jefe no toma en cuenta los problemas de seguridad del paciente que se repiten una y otra vez.

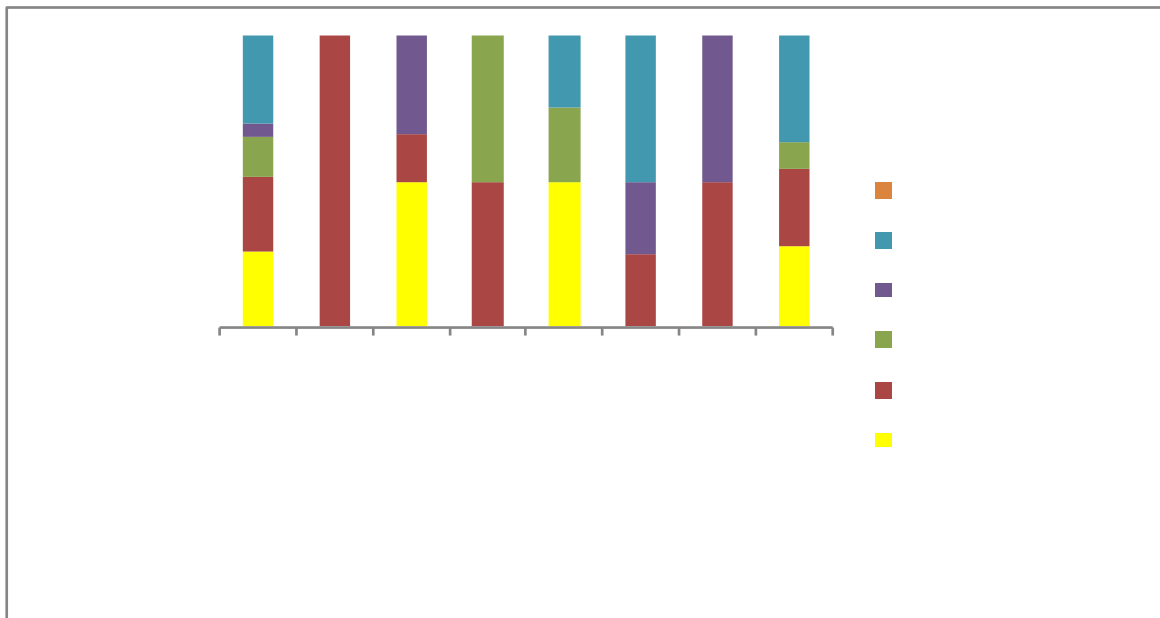


La comunicación y la relación entre los jefes y personal se ve reflejada en el 50.2% que manifestaron que se encuentran muy de acuerdo en que el trato hacia ellos es con respeto, por lo tanto las condiciones laborales favorecen la calidad de los servicios prestados, sin embargo son aspectos que requieren de una atención puntual ya que también se manifiesta la apertura de los jefes para recibir comentarios y sugerencias para el mejoramiento de la seguridad de los pacientes. Cabe resaltar que solo el 34 % manifiesta que cuando se trabaja bajo presión se debe realizar las actividades con mayor agilidad y destreza por lo tanto tiende a repetirse situaciones que se deben prevenir.

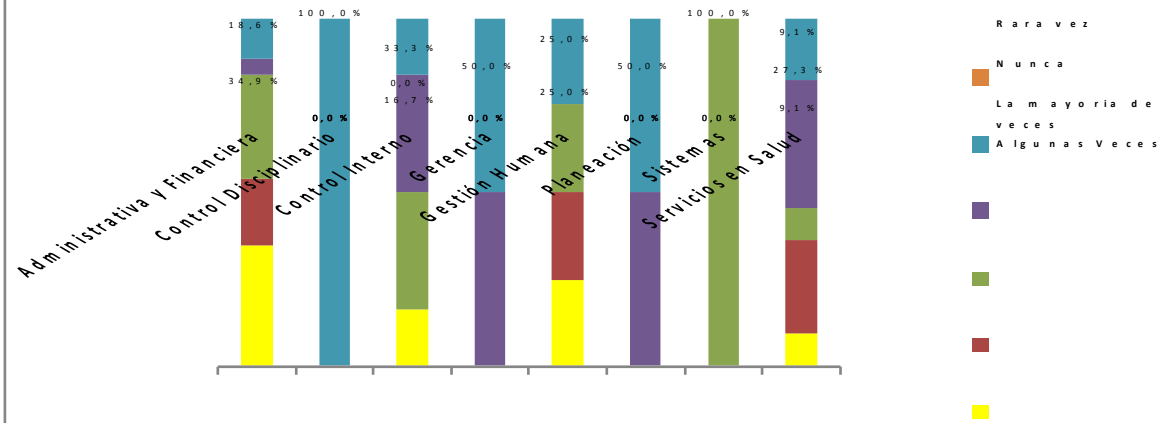
SECCION C :

COMUNICACIÓN.

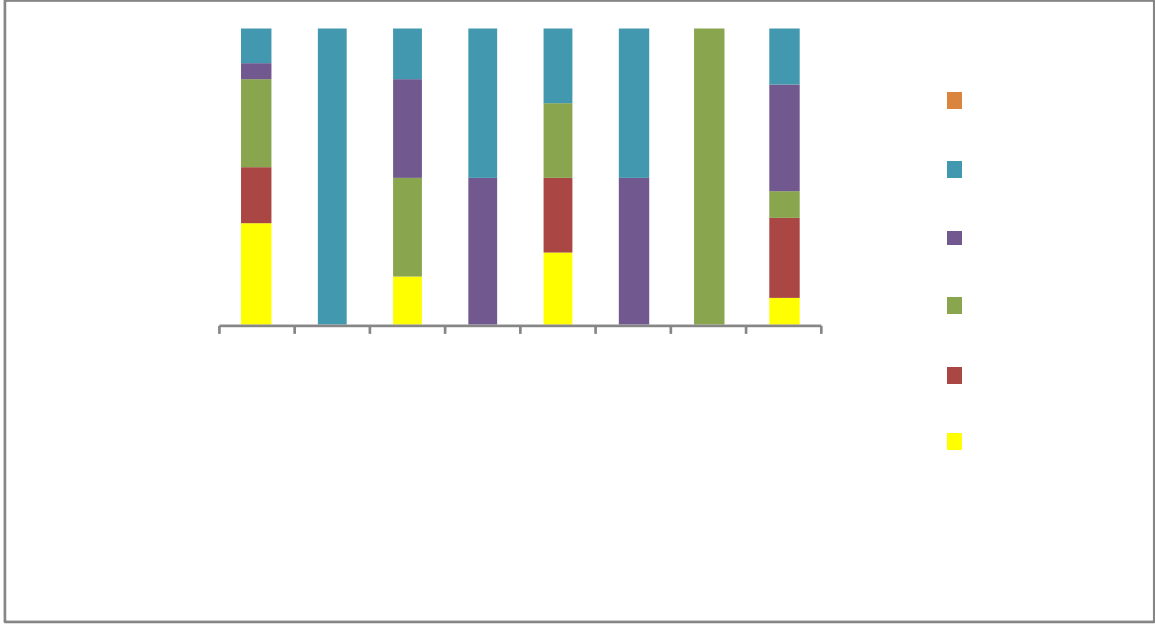
GRAFICA 14: La Gerencia informa a la Junta Directiva sobre los sucesos relacionados con la Seguridad del Paciente



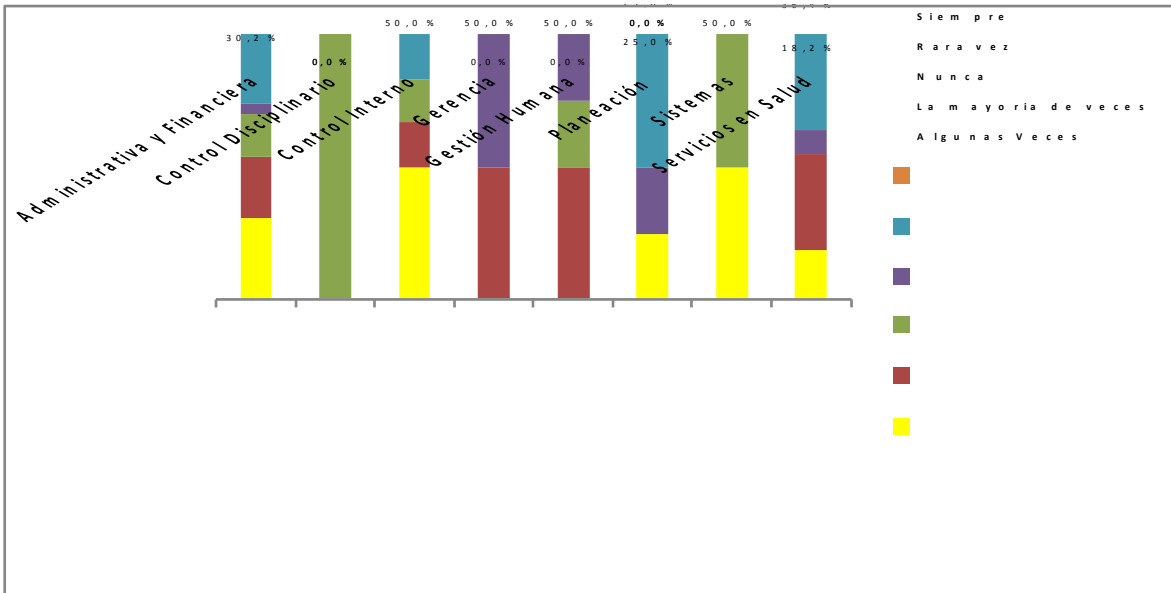
GRAFICA 15: La Gerencia informa a todos los colaboradores sobre los errores cometidos en el área administrativa.



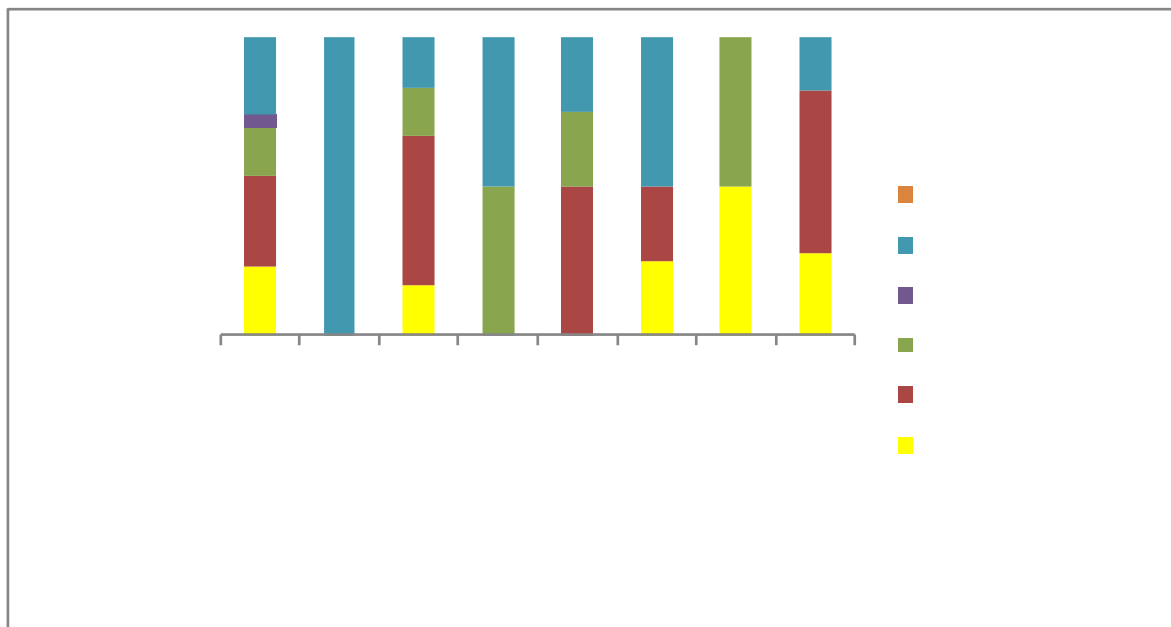
GRAFICA 16: Se informan los costos de la no calidad a los colaboradores de la institución



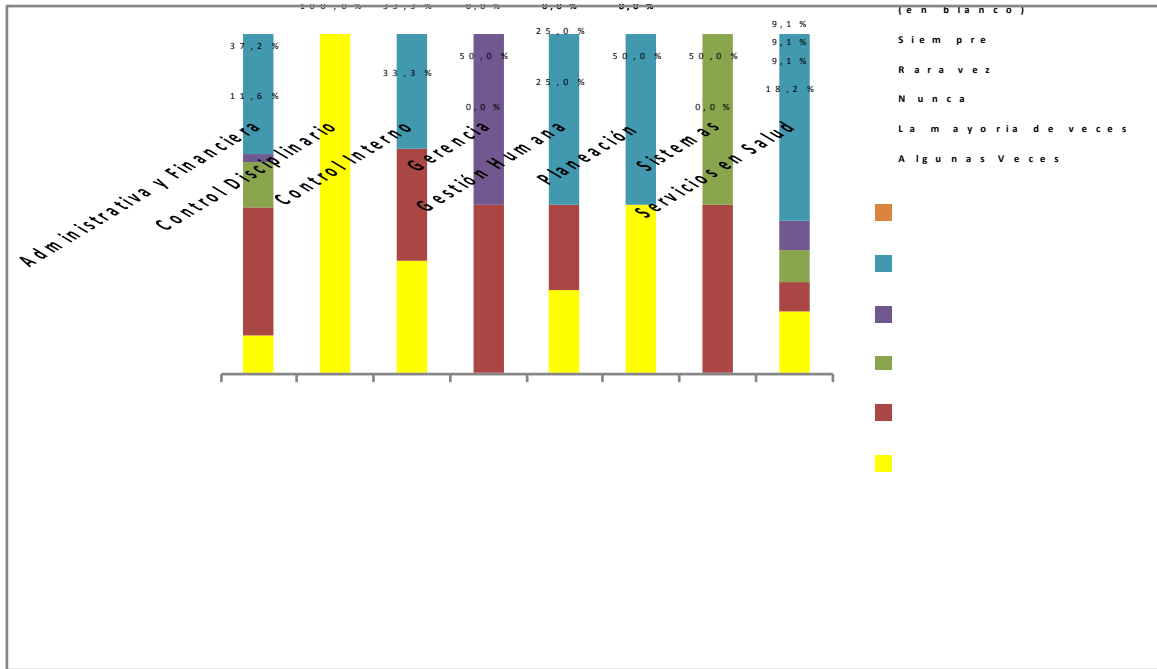
GRAFICA 17: Se verifica proactivamente la suficiencia de los dispositivos médicos requeridos para la prestación de los servicios de salud



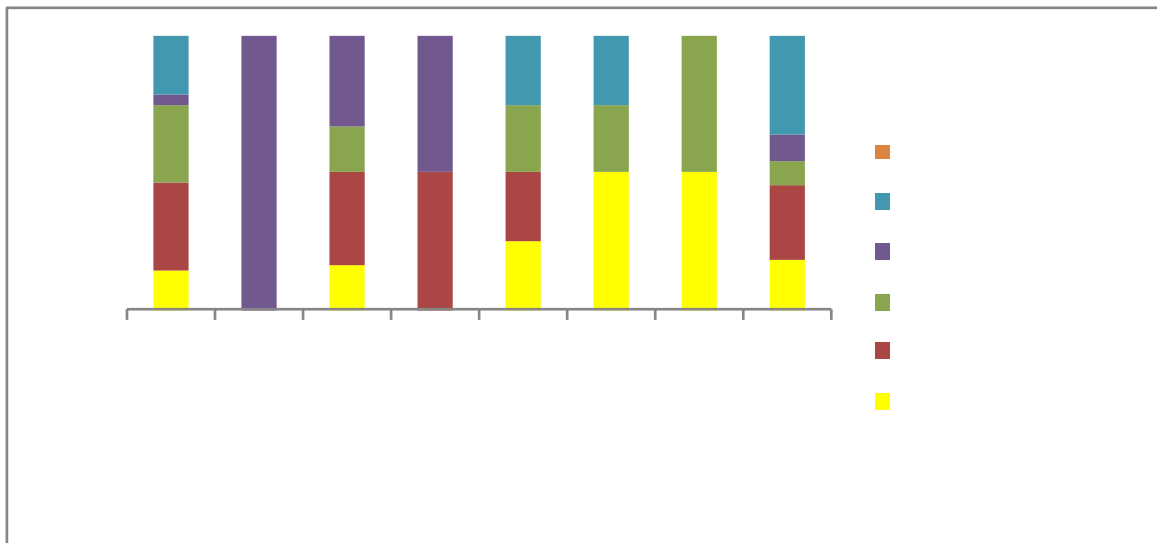
GRAFICA 18: Se verifica proactivamente la suficiencia de medicamentos esenciales requeridos para la prestación de los servicios



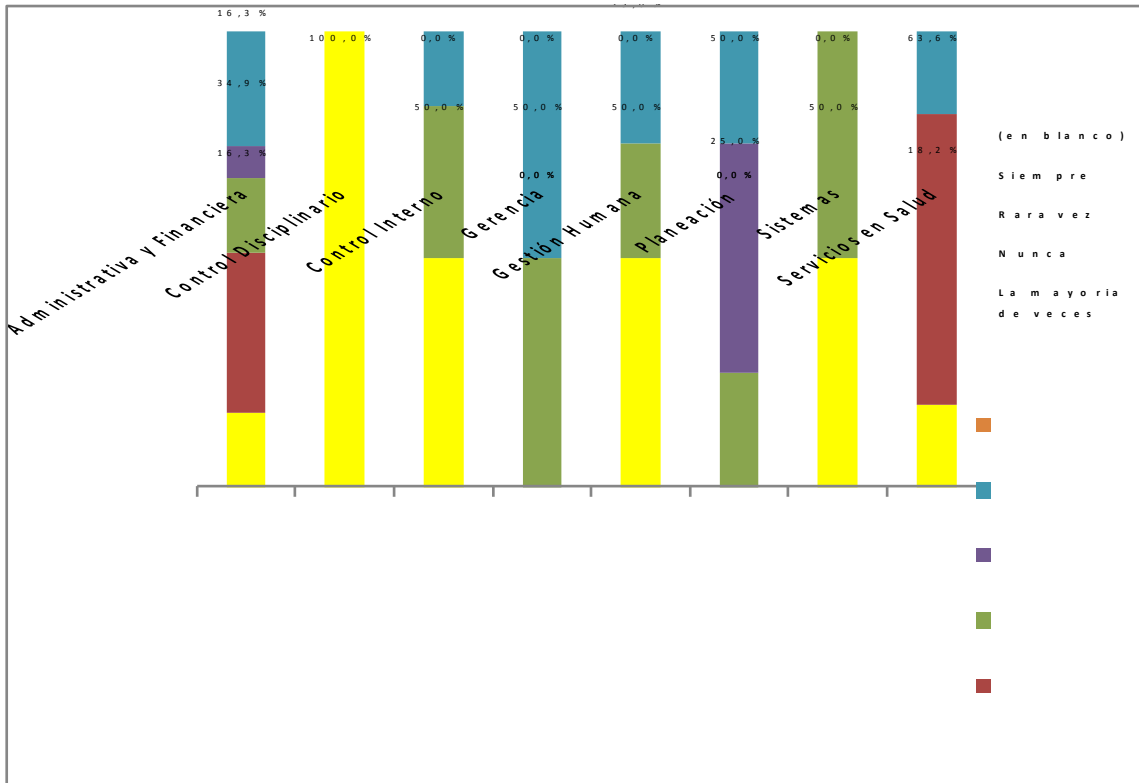
GRAFICA 19: El plan de capacitación incorpora temas sobre seguridad del paciente.



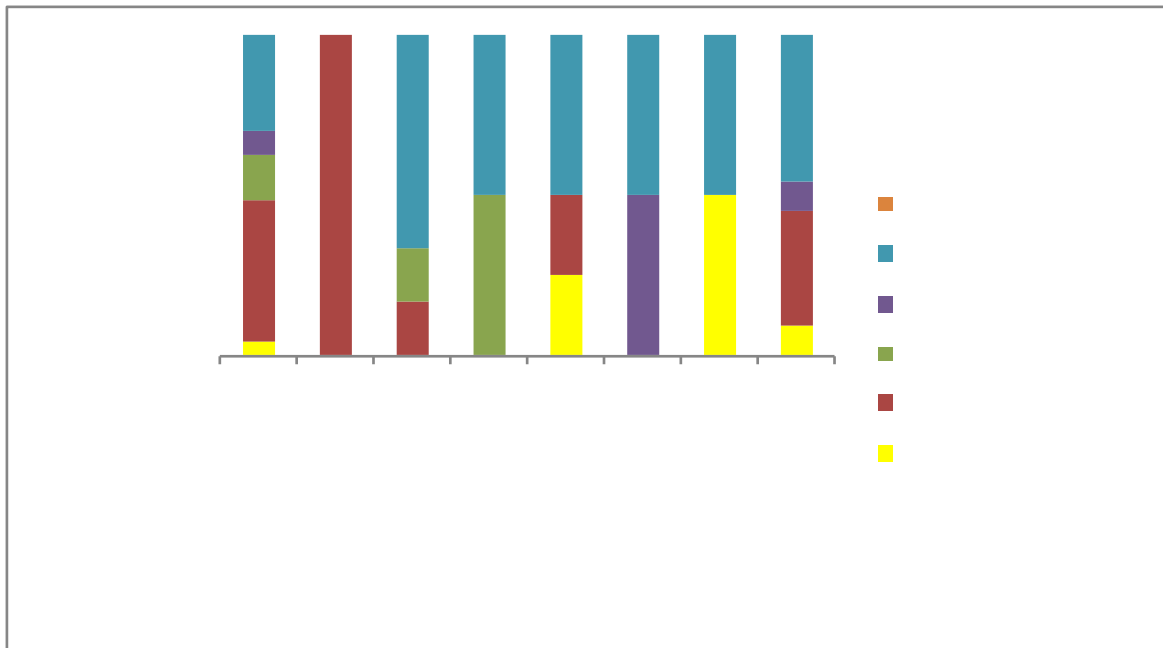
GRAFICA 20: La Gerencia nos informa sobre los cambios realizados



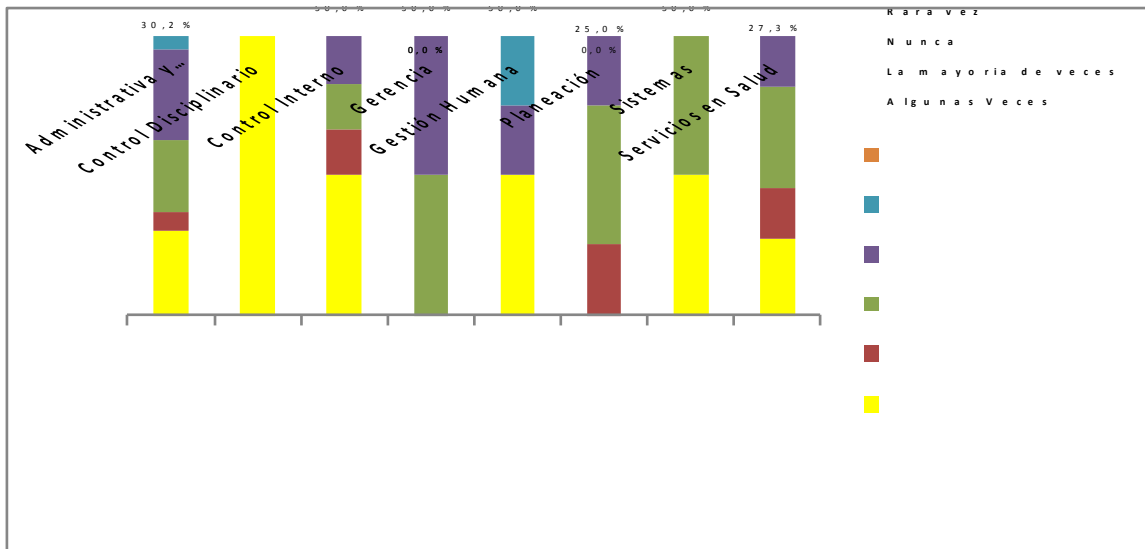
GRAFICA 21: El personal habla libremente si ve algo que podría afectar.



GRAFICA 22: En esta área, discutimos formas de prevenir errores para que no se vuelvan a cometer.



GRAFICA 23: El personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo no parece estar correcto.

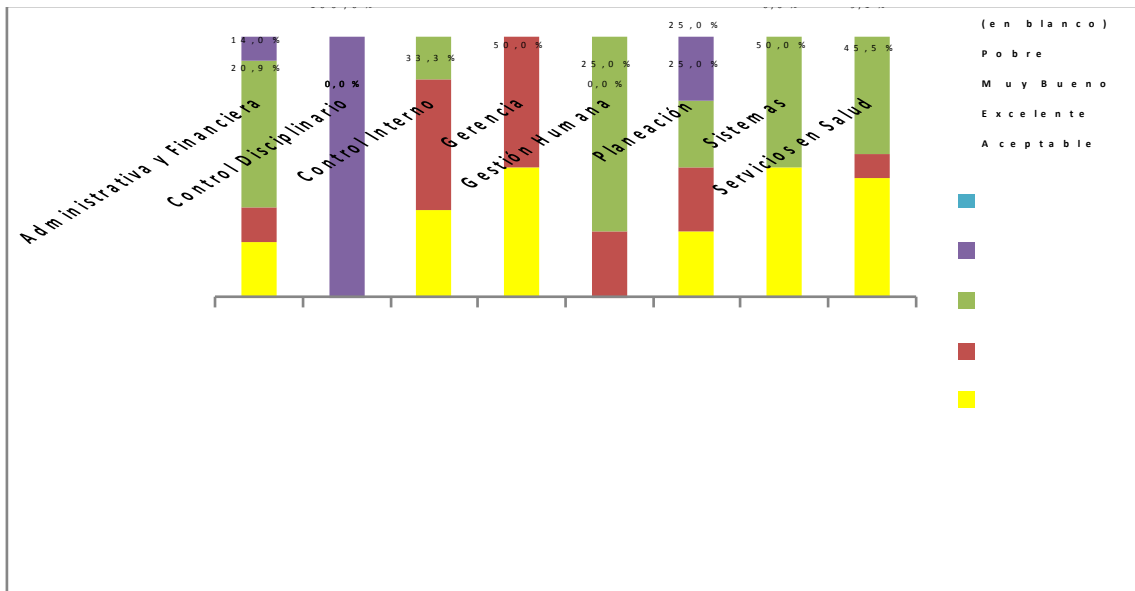


Se observó que la comunicación entre las áreas de gerencia y control disciplinario tiene un 36% de efectividad, lo que a simple vista se encuentra bajo y es de gran importancia fortalecer, la junta directiva, la gerencia y gestión humana son los principales entes para la toma de decisiones y la conceptualización e interiorización de los procedimientos para la atención segura de los pacientes, es importante que la información de los errores cometidos por los servicios sean retroalimentados ya que solo el 33 % manifestaron que son informados y 21 % manifestaron que nunca son informados, se evidencia que la capacitación del personal en temas de seguridad del paciente se debe fortalecer solo el 22 % de los encuestados en el área administrativa manifestaron que se incluyan estos temas, es de resaltar que el 35 % de los encuestados se expresan libremente acerca de las situaciones de la empresa que lo puedan afectar.

SECCIÓN D

GRADO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

GRAFICA 24: Por favor, asígnele a su área de trabajo un grado general de participación en seguridad del paciente.

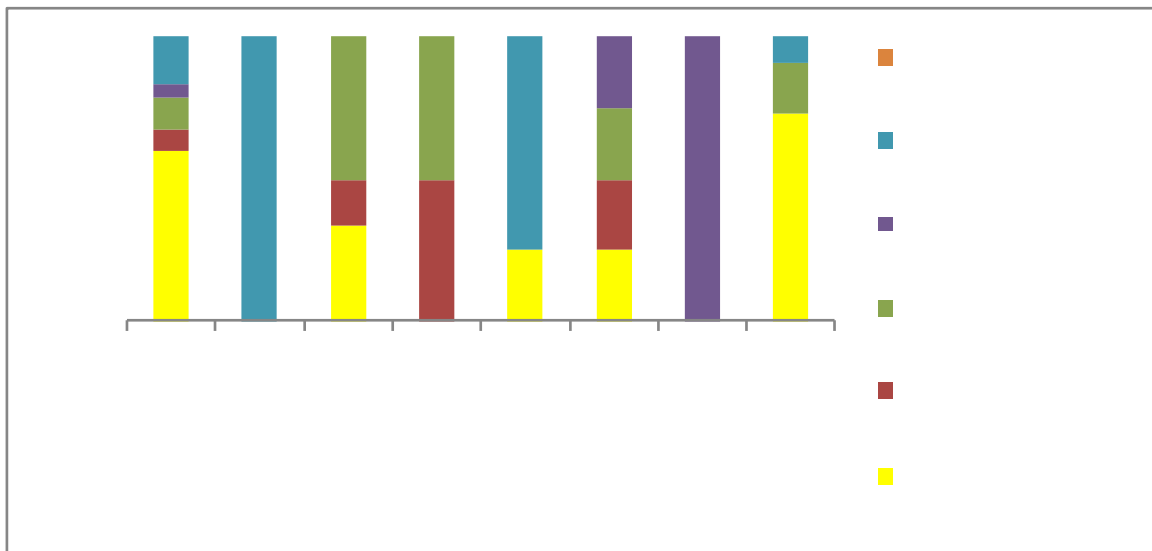


El 33 % del personal manifiesto que el grado de participación de seguridad del paciente es muy bueno, cabe resaltar que el área de control disciplinario manifiesto que no tiene ninguna participación en seguridad del paciente. mientras que el 75% de gestión humana manifiesto que el grado de seguridad del paciente es muy bueno.

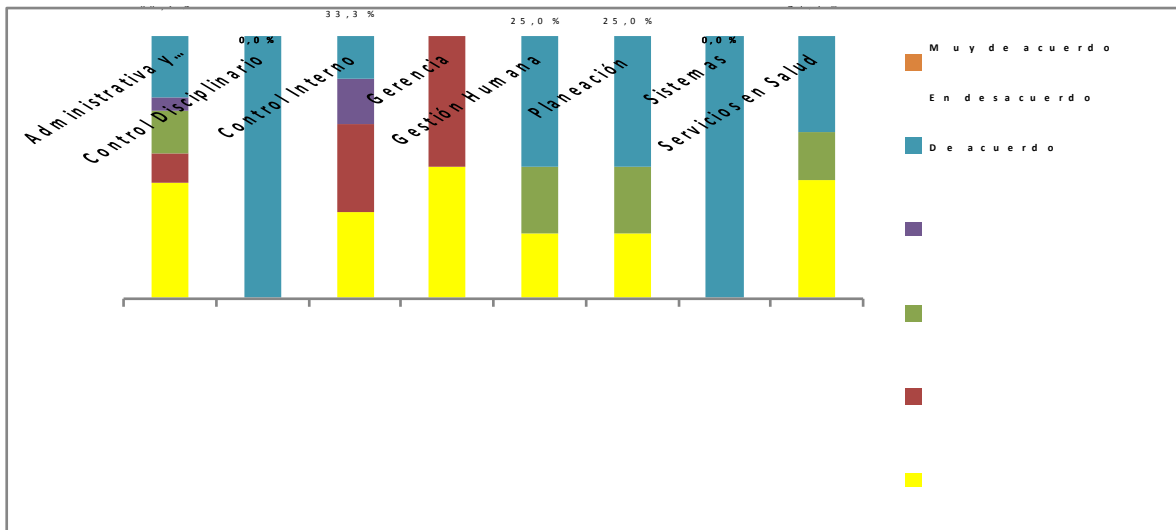
SECCIÓN E:

SU INSTITUCION

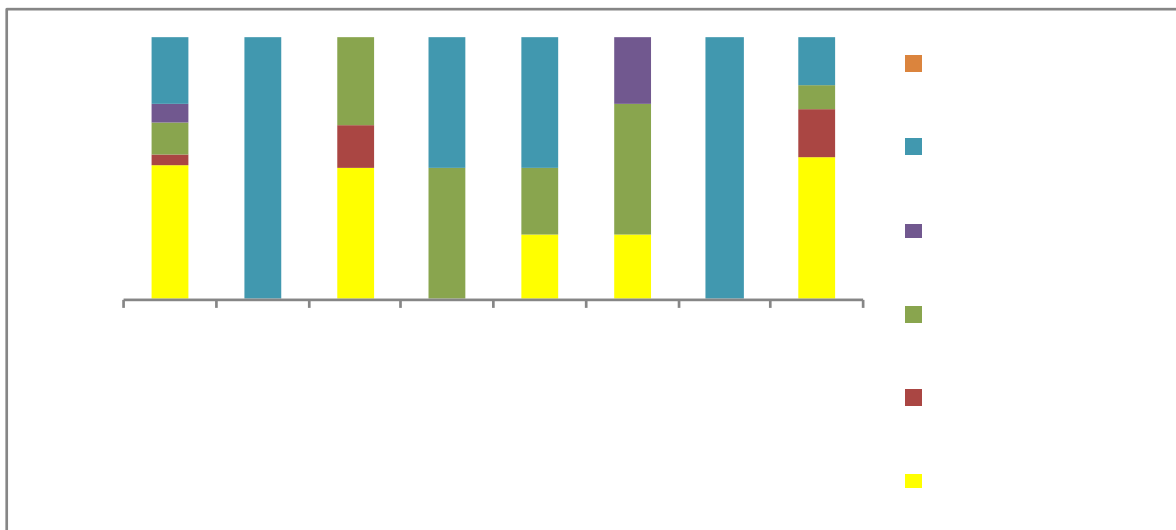
GRAFICA 25: El direccionamiento estratégico motiva a la seguridad del paciente



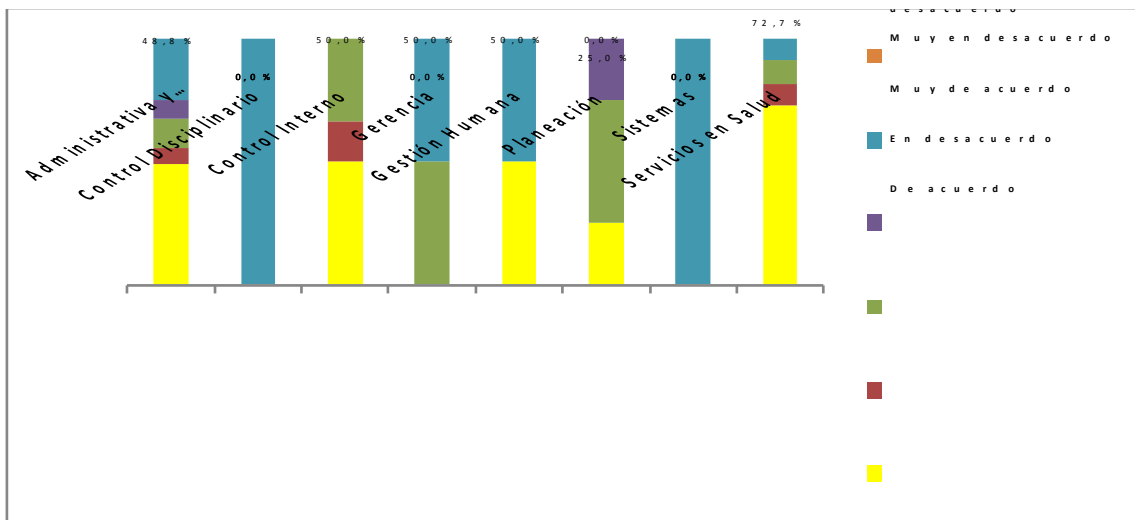
GRAFICA 26: La Junta Directiva promueve acciones preventivas para la seguridad del paciente.



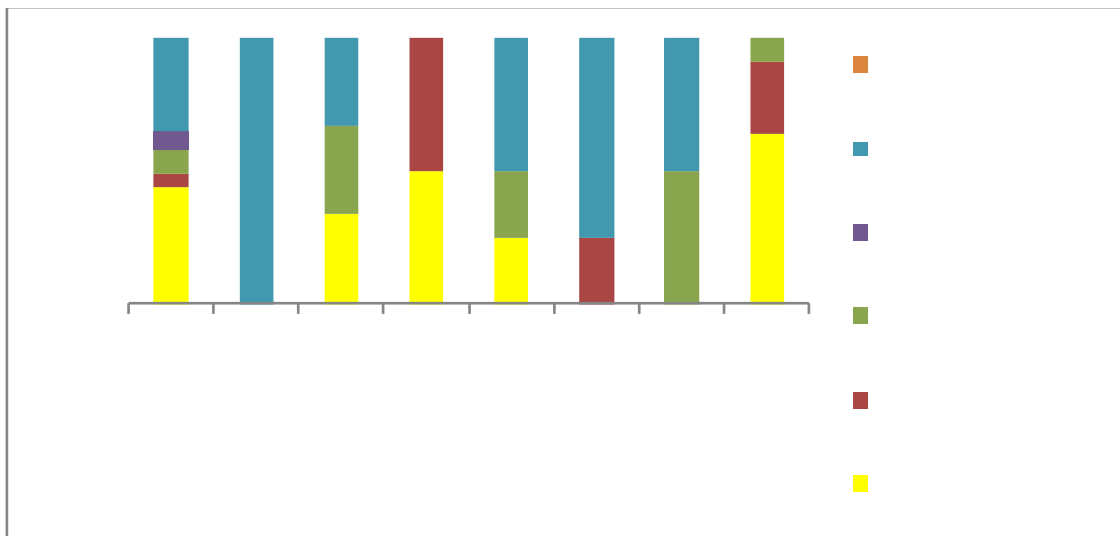
GRAFICA 27: La Gerencia realiza seguimiento a la efectividad de las acciones implementadas en pro de la seguridad del paciente.



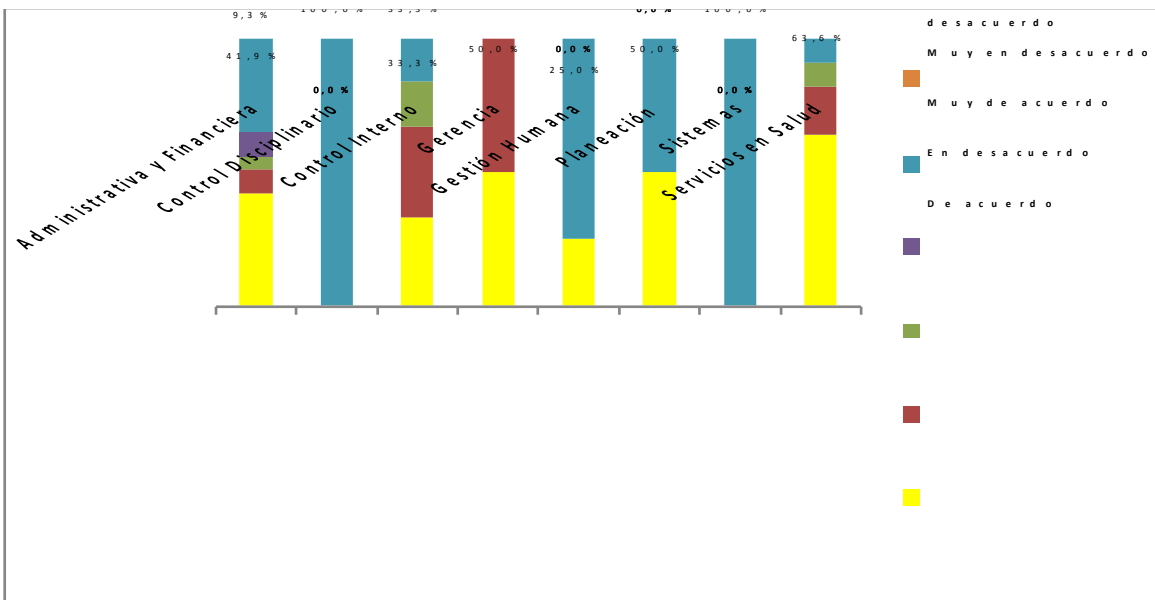
GRAFICA 28: La Gerencia ejecuta estrategias preventivas para la seguridad del paciente



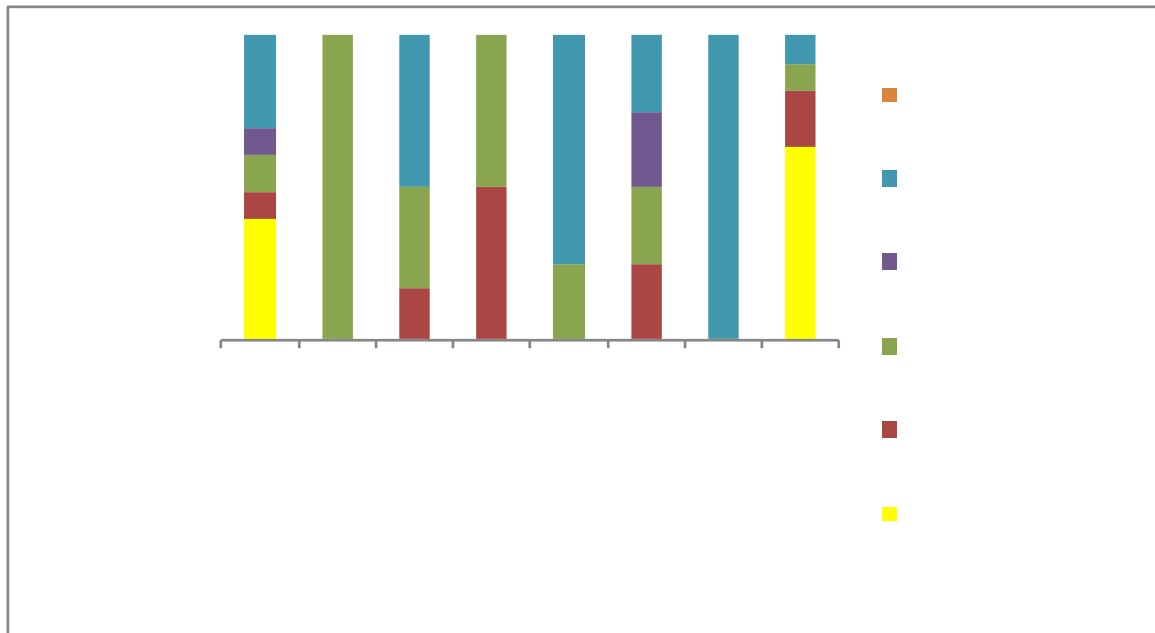
GRAFICA 29: Los problemas relacionados con la seguridad del paciente tienen fundamento en el área asistencial.



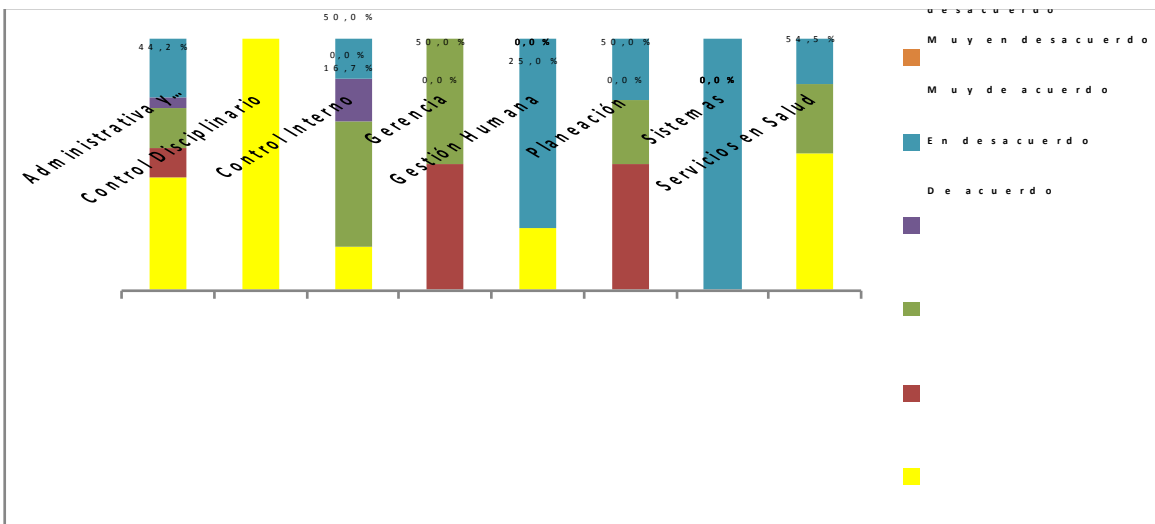
GRAFICA 30: La Gerencia propicia un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente.



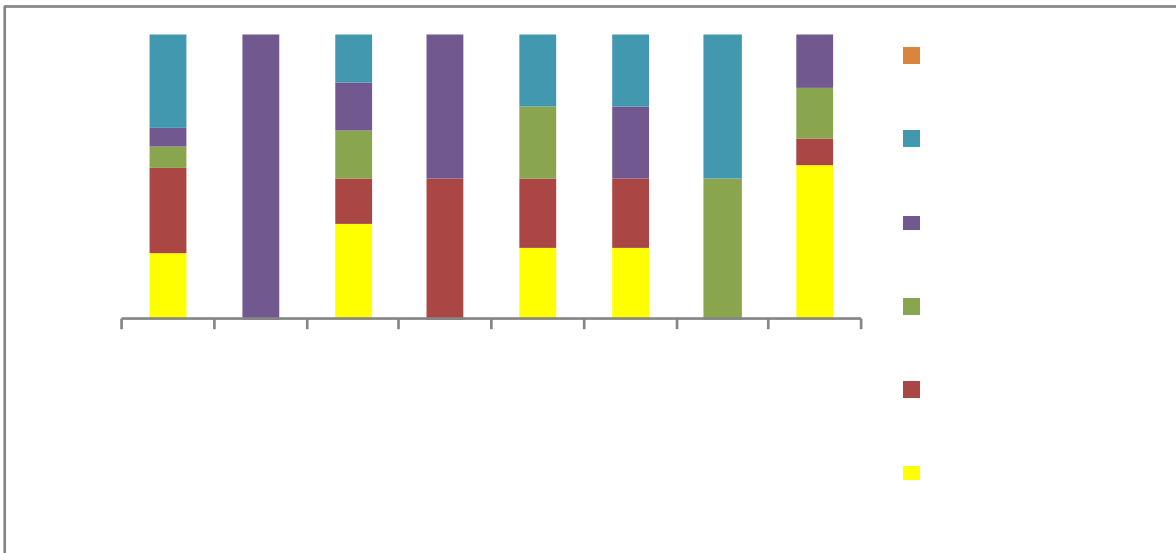
GRAFICA 31: La empresa ha eliminado las barreras administrativas para garantizar la continuidad de la atención de los pacientes.



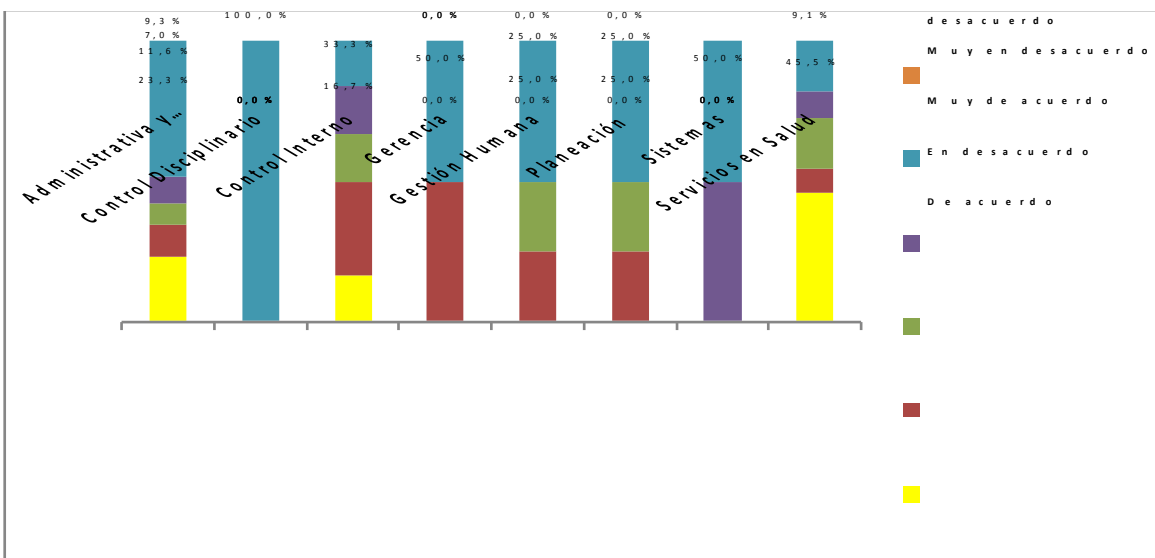
GRAFICA 32: Las medidas que toma la Gerencia muestran que la seguridad del paciente es altamente prioritaria.



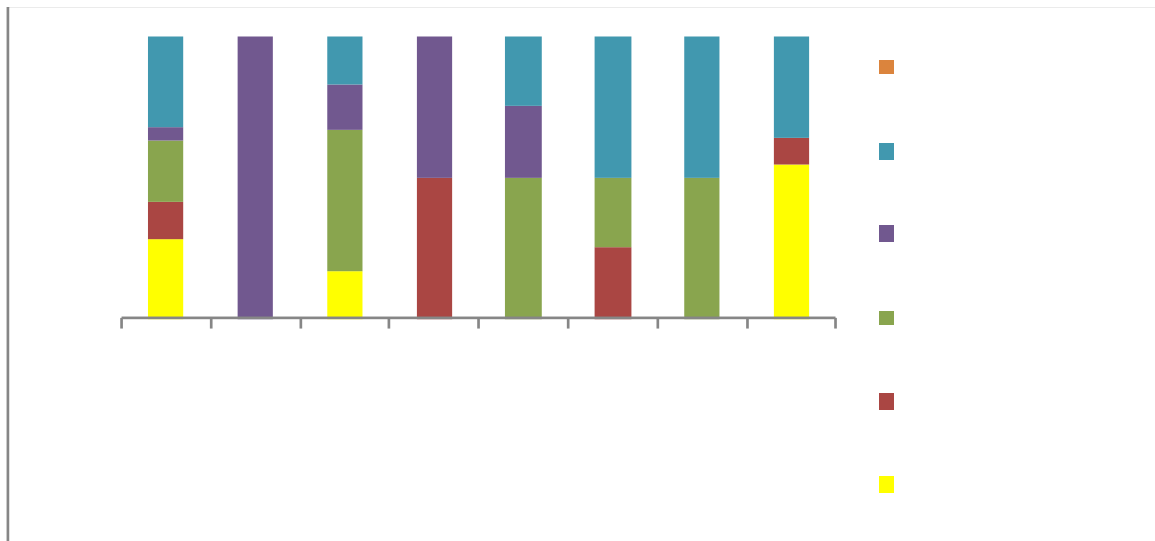
GRAFICA 33: La Gerencia se muestra interesada en la seguridad del paciente solo después de que ocurre un incidente o un evento adverso.



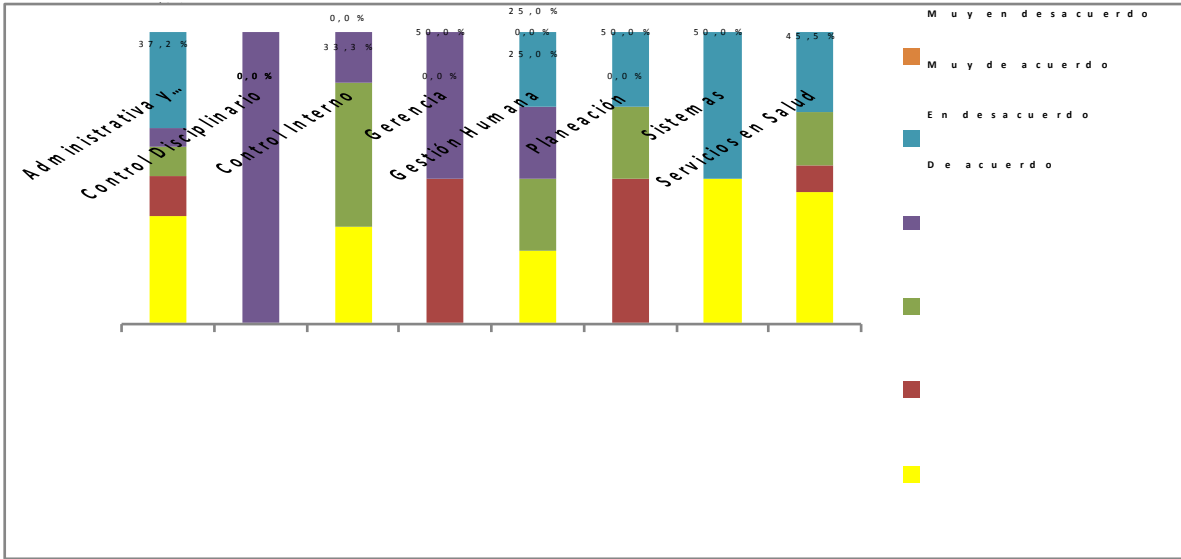
GRAFICA 34: La Gerencia promueve estímulos a los equipos de trabajo para la seguridad del paciente.



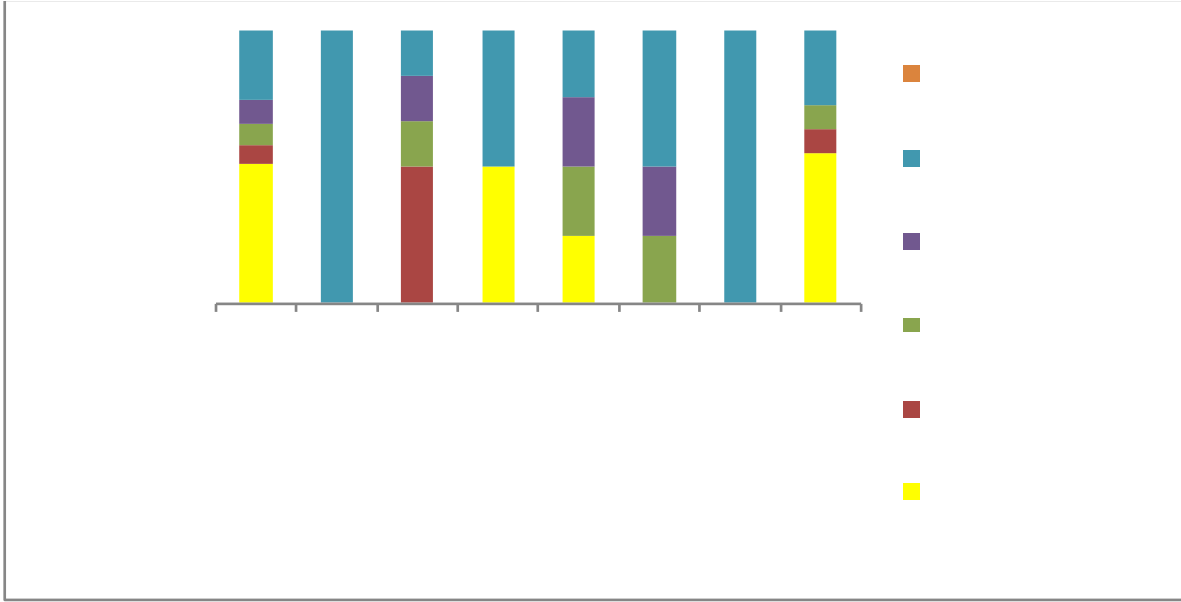
GRAFICA 35: Se asignan los recursos para minimizar los riesgos en la prestación de servicios de salud.



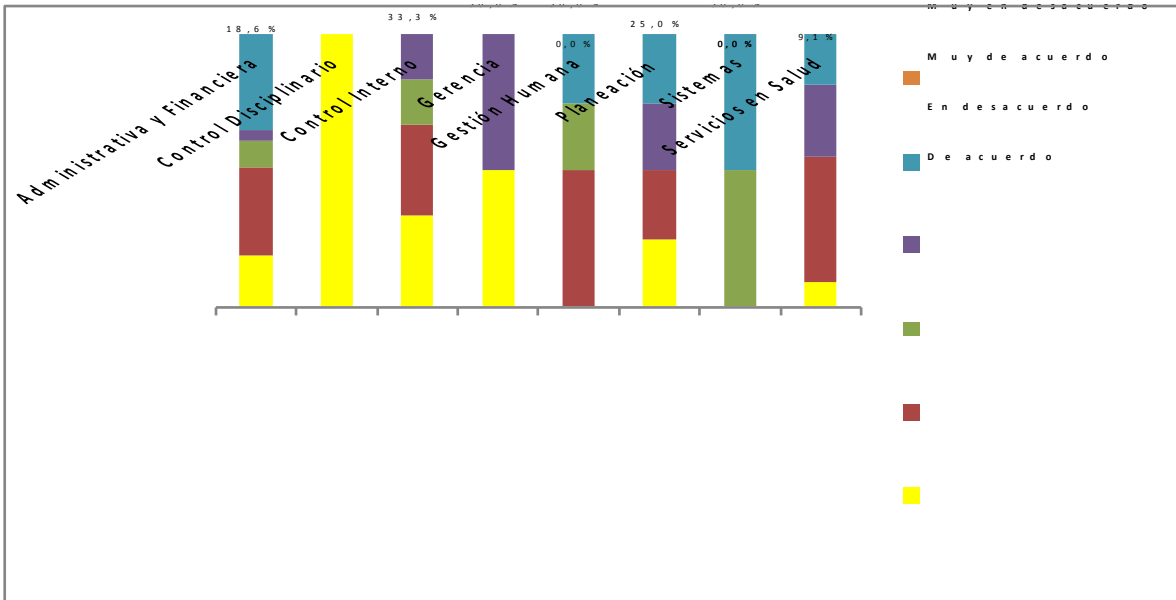
GRAFICA 36: Se evalúa el costo beneficio para la compra de elementos relacionados con la prestación del servicio.



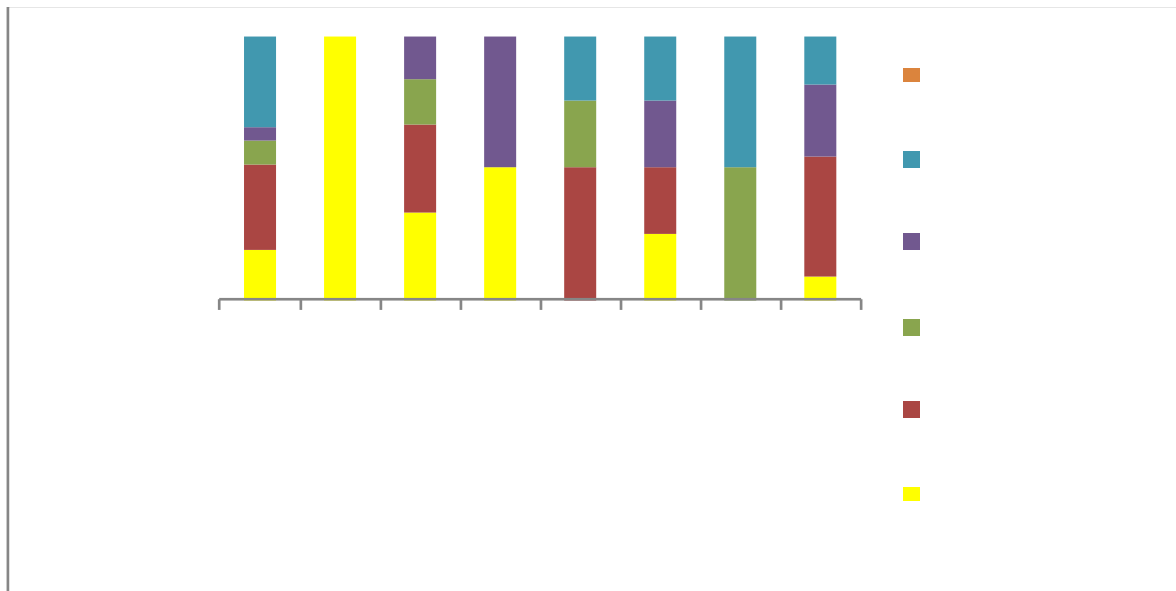
GRAFICA 37: Se evalúa la competencia del talento humano sobre seguridad del paciente en el procedimiento de selección.



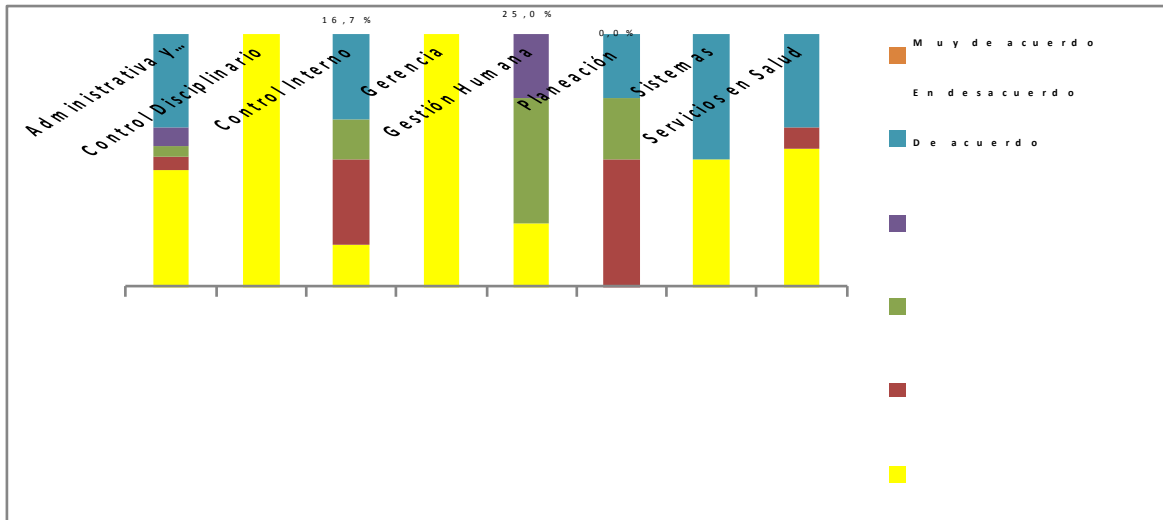
GRAFICA 38: Los equipos de trabajo reciben estímulos por su compromiso con la seguridad del paciente



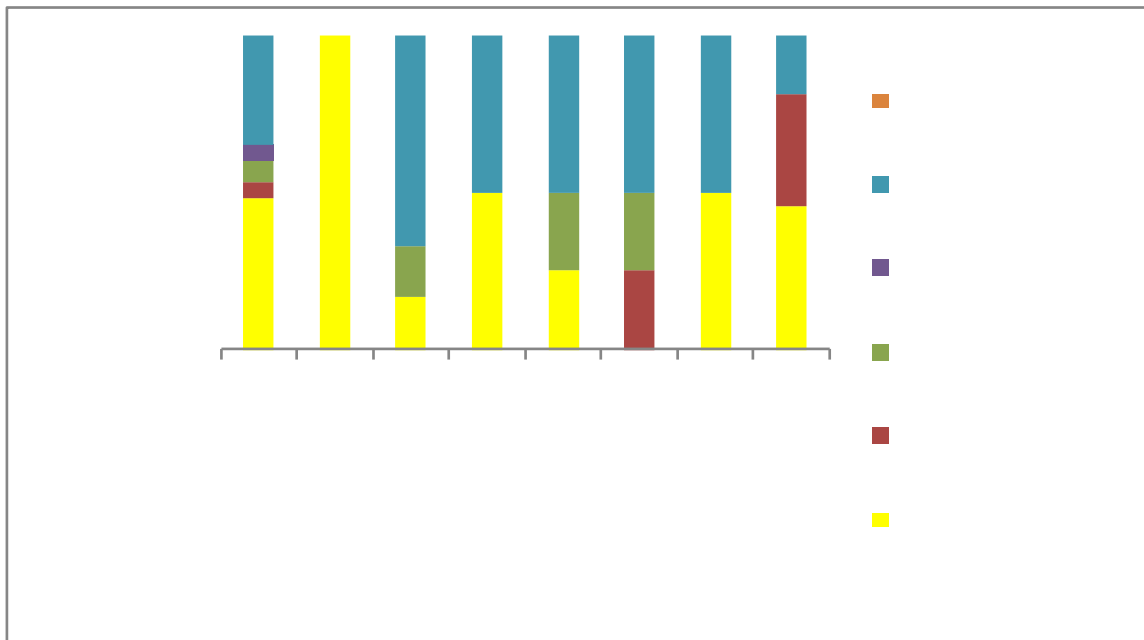
GRAFICA 39: La rotación del talento humano es factor contributivo para la presencia de eventos relacionados con seguridad del paciente.



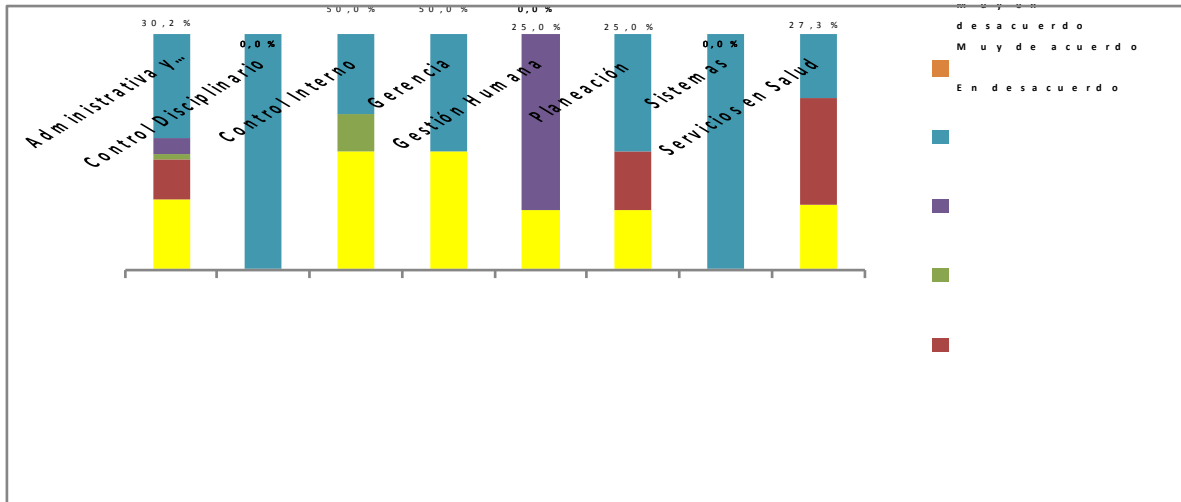
GRAFICA 40: Se exige a entidades educativas supervisión en la prestación del servicio para personal en formación



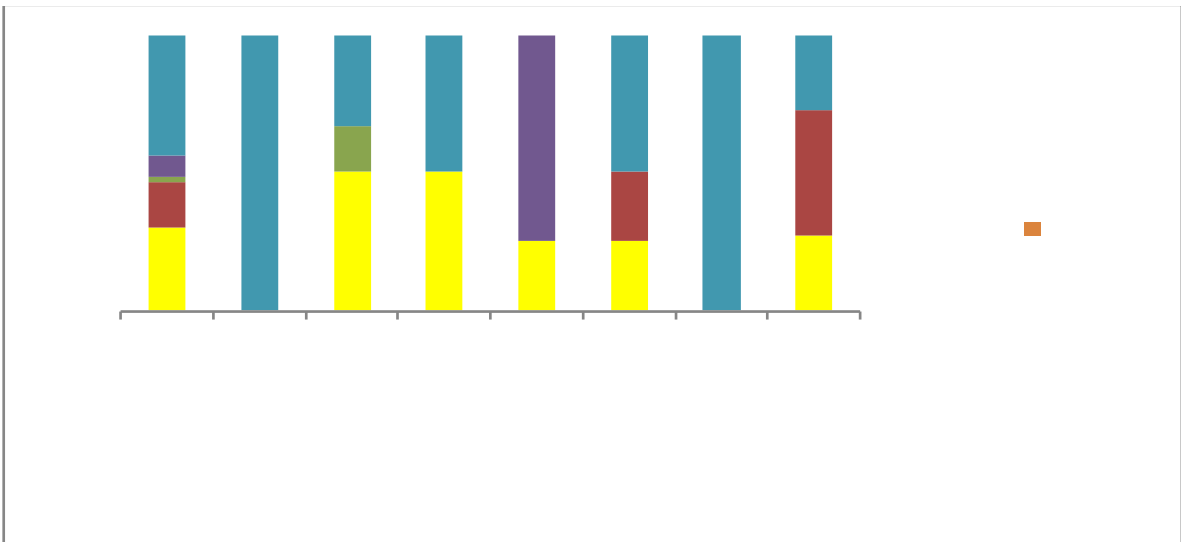
GRAFICA 41: La no suficiencia de personal es factor contributivo para la presencia de eventos relacionados con seguridad del paciente.



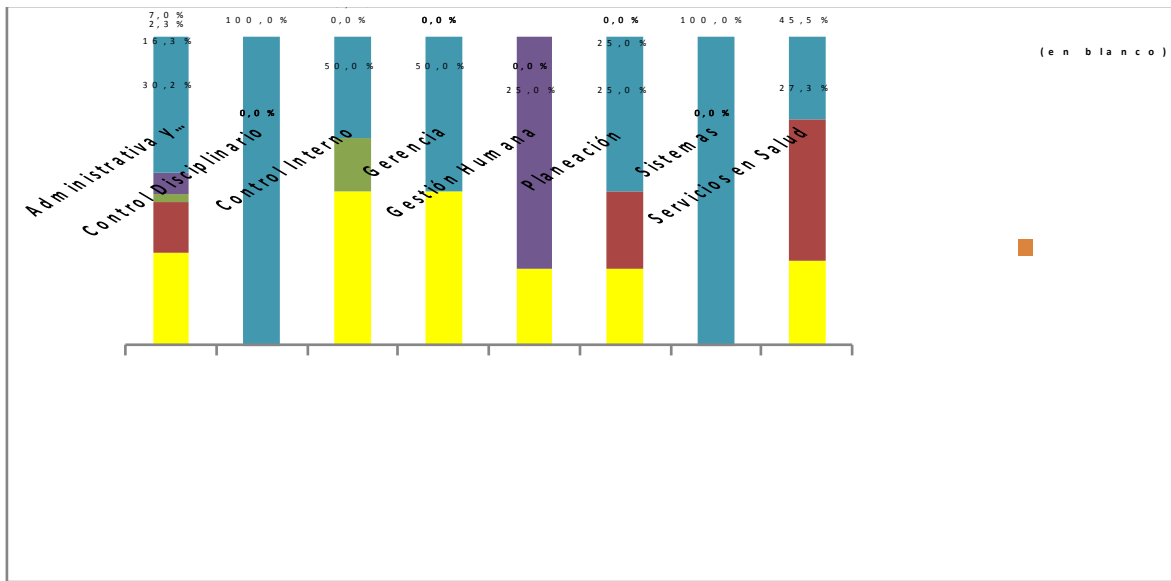
GRAFICA 42: Conoce el mecanismo para realizar el reporte de eventos adversos.



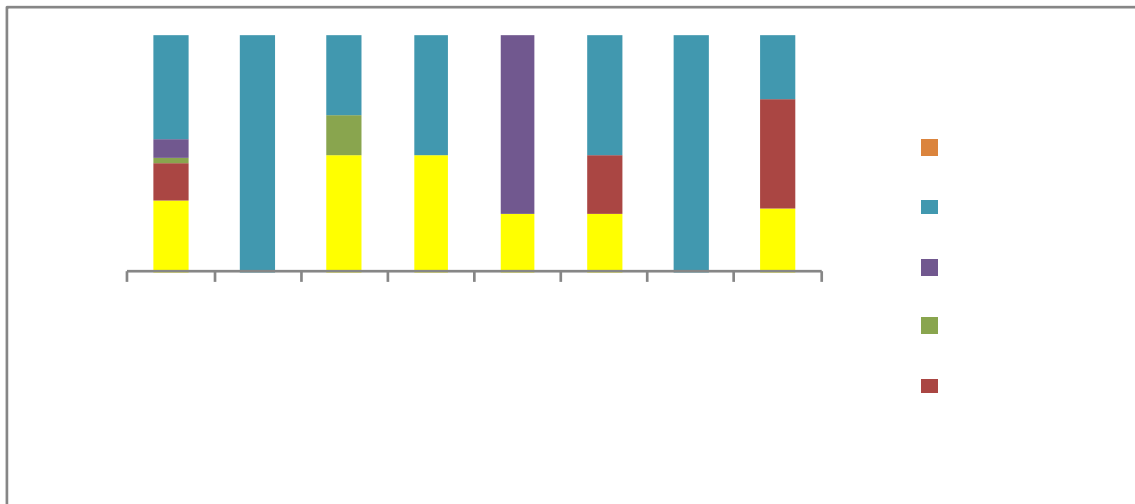
GRAFICA 43: Las diferentes áreas administrativas trabajan en equipo para propiciar la seguridad de los pacientes.



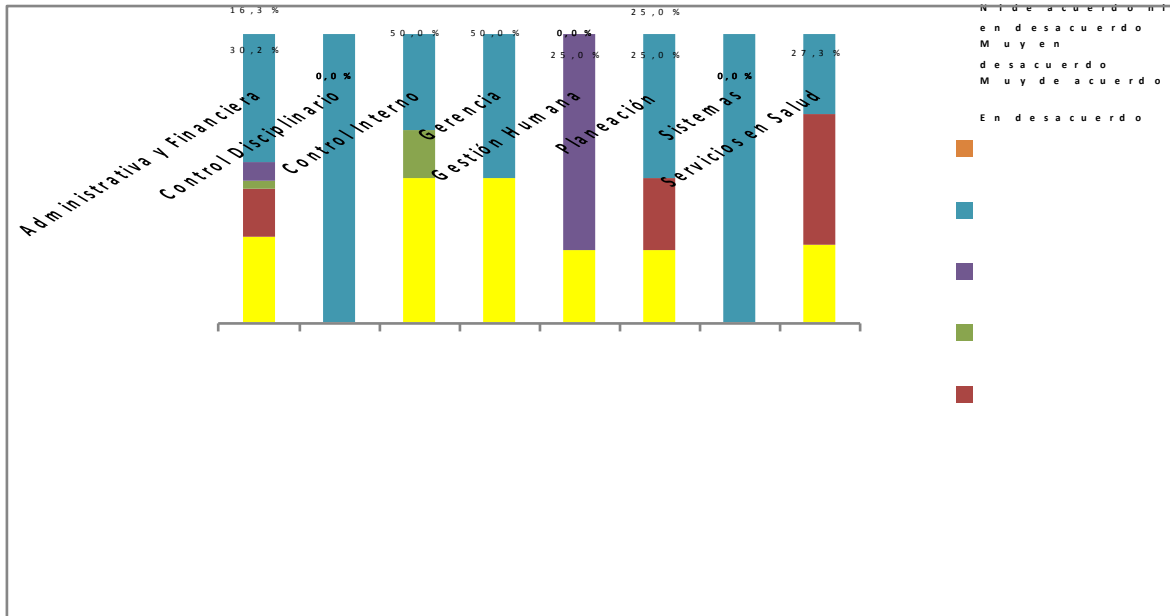
GRAFICA 44: Las áreas de esta institución no están bien coordinados entre sí.



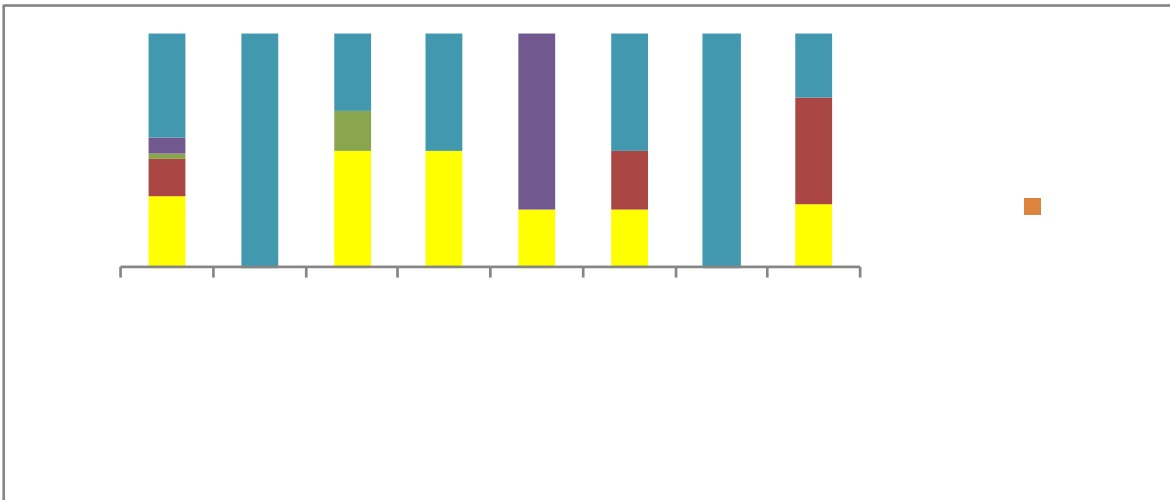
GRAFICA 45: Hay buena cooperación entre las áreas de la institución que requieren trabajar conjuntamente.



GRAFICA 46: Frecuentemente es agradable trabajar con personal de otras áreas en esta Institución.



GRAFICA 47: Rara vez surgen problemas en el intercambio de información entre las áreas de esta institución.



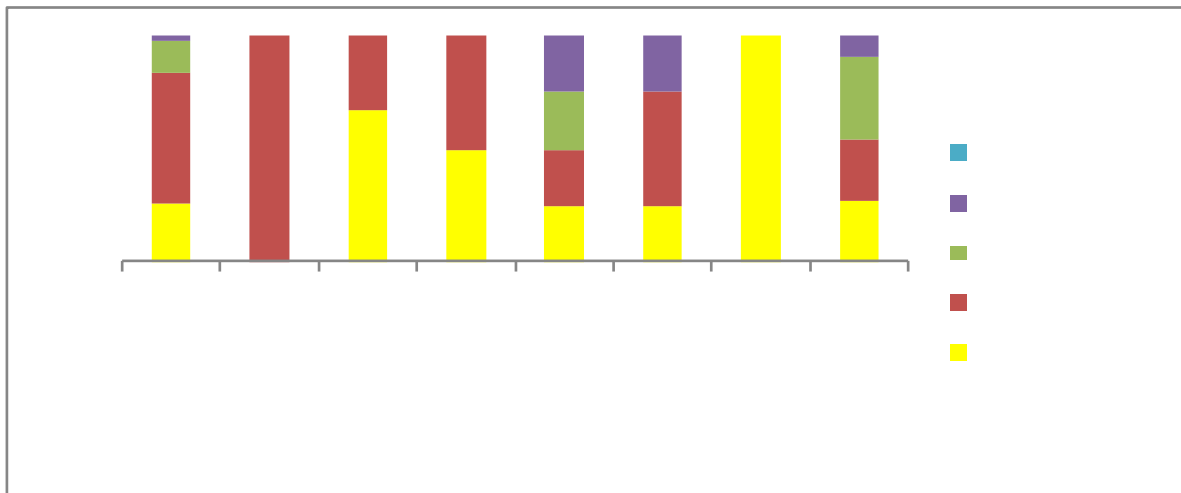
El direccionamiento estratégico de la empresa motiva el personal administrativo según lo estudiado; las personas que hacen parte del área de administrativa y financiera (el 60 % de los funcionarios encuestados) manifestaron en los comentarios que si se motiva realizar las actividades cotidianas manteniendo un ambiente de seguridad de paciente garantizando su servicio.

La gerencia tiene a su favor la vigilancia y el fomento de estrategias que permitan que la seguridad del paciente se ejecute, analizando los resultados se evidencia la participación de los diferentes actores gerenciales, reconociendo que la seguridad del paciente tiene un mayor nivel de impacto en el área asistencial; sin embargo es de gran importancia que como institución se aporte desde todas las áreas a este mismo objetivo. Aunque es muy variable y subjetivo la rotación del personal impacta sobre los eventos adversos, cabe resaltar que más del 50 % de los encuestados del área administrativa no están de acuerdo ni en desacuerdo acerca del conocimiento del reporte de los eventos adversos.

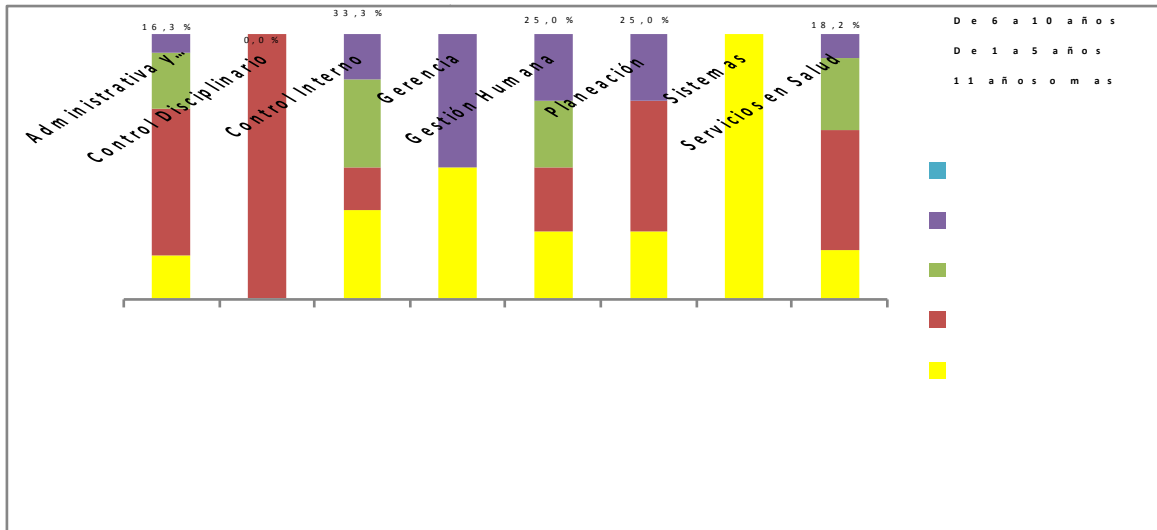
SECCIÓN F:

ANTECEDENTES

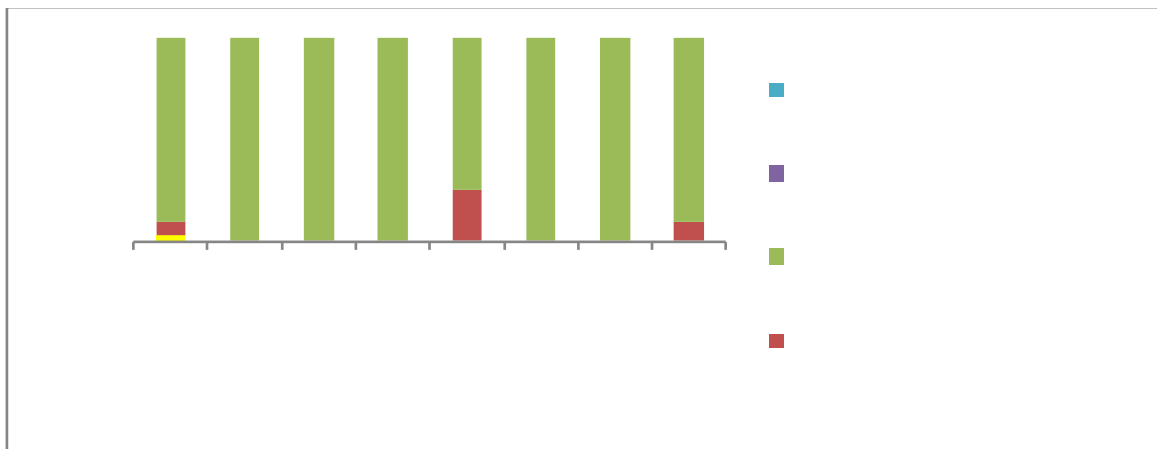
GRAFICA 48: ¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en la institución?



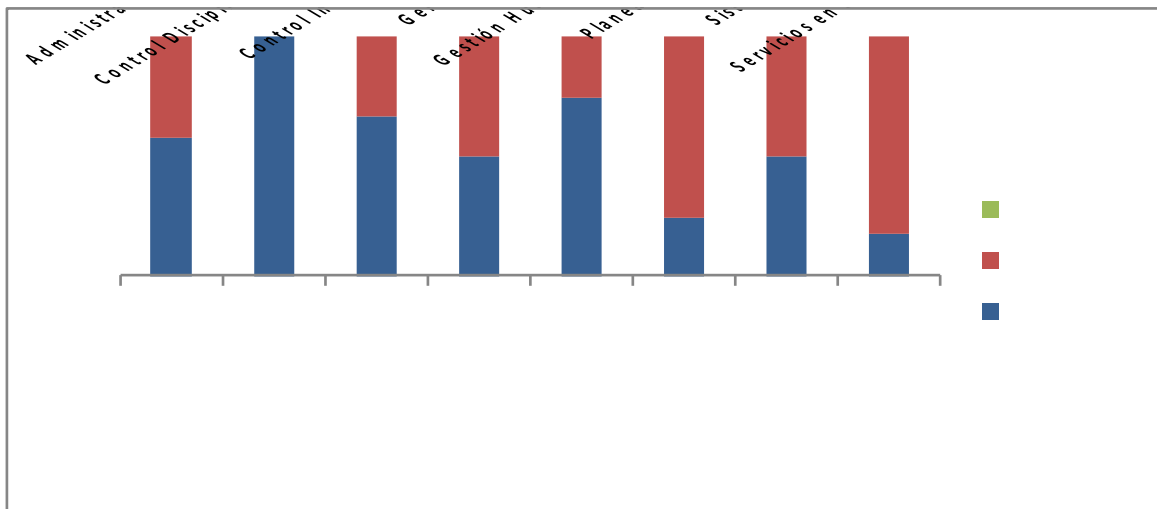
GRAFICA 49: ¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en su actual área/ servicio?



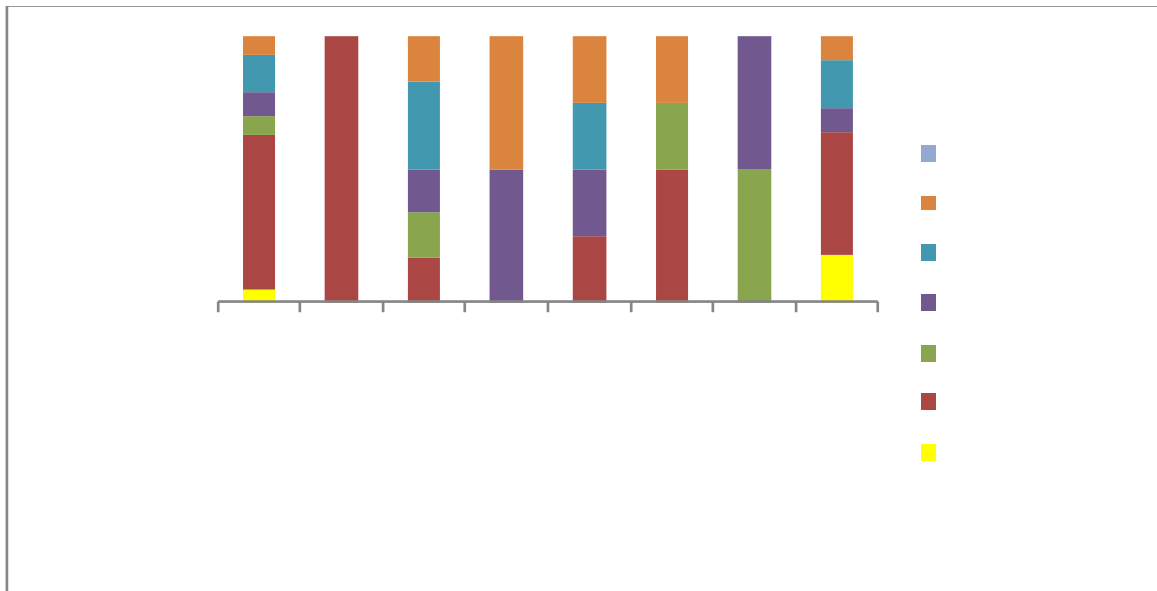
GRAFICA 50: ¿Cuántas horas a la semana trabaja usted en esta institución?



GRAFICA 53: En su cargo, ¿Tiene usted interacción directa o contacto con pacientes?



GRAFICA 54: ¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en su actual cargo?



Caracterización del personal de salud

En el área administrativa se cuenta con una mayor población en la sección de gestión administrativa y financiera, con 43 personas encuestadas y 11 que

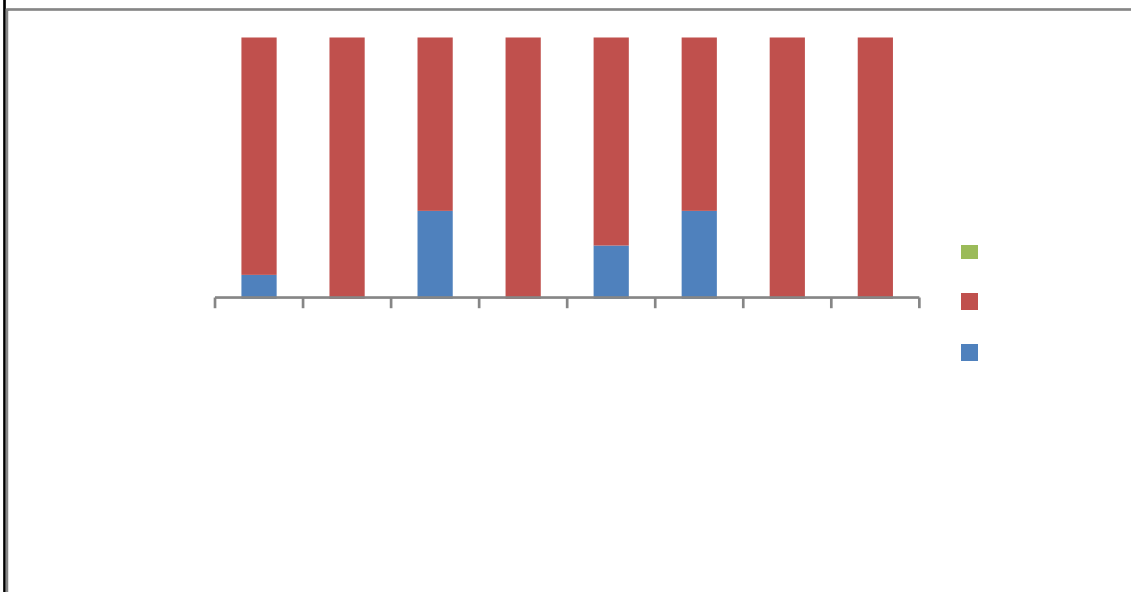
refieren están es servicios de salud, el resto de personal hace parte de las oficinas administrativas y cumplen funciones específicas, Se evidencia que el 48% de los encuetados lleva en la institución un tiempo de trabajo entre 1 y 5 años, y un 39% más de 11 años esto nos muestra una estabilidad laboral generada por la empresa, adicional que llevan en los mismos cargos laborales y manifestaron en

comentarios adecuado manejo de los procesos, se observó que el 84 % de los funcionarios laboran entre 40 a 59 horas semanales y que en su tipo de contratación predomina la carrera administrativa y prestación de servicios.

SECCIÓN H

ATENCIÓN SEGURA

GRAFICA 55: ¿Considera que los pacientes son atendidos de forma segura?



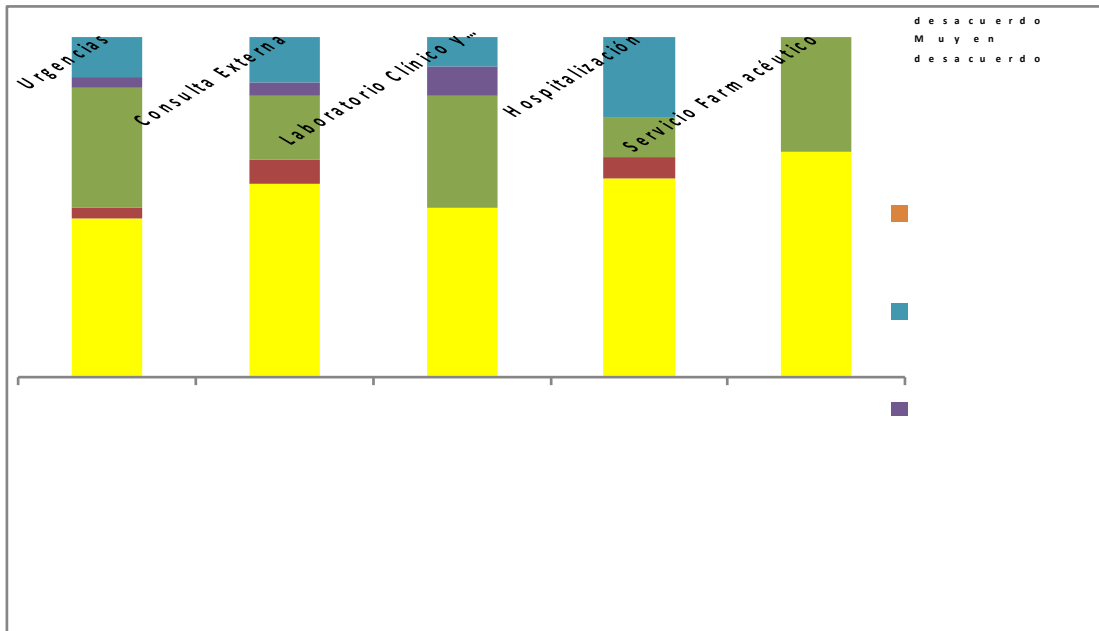
El personal manifiesto que la atención que se brinda a los pacientes es de forma segura con un promedio de 100% en las areas de sistemas, servicios de salud, control disciplinario y gerencia, mientras que el area de planeacion 66.7 % esta de acuerdo; pero el 33.3 % refiere que no son atendidos de forma segura.

6.2 ANALISIS AREA ASITENCIAL

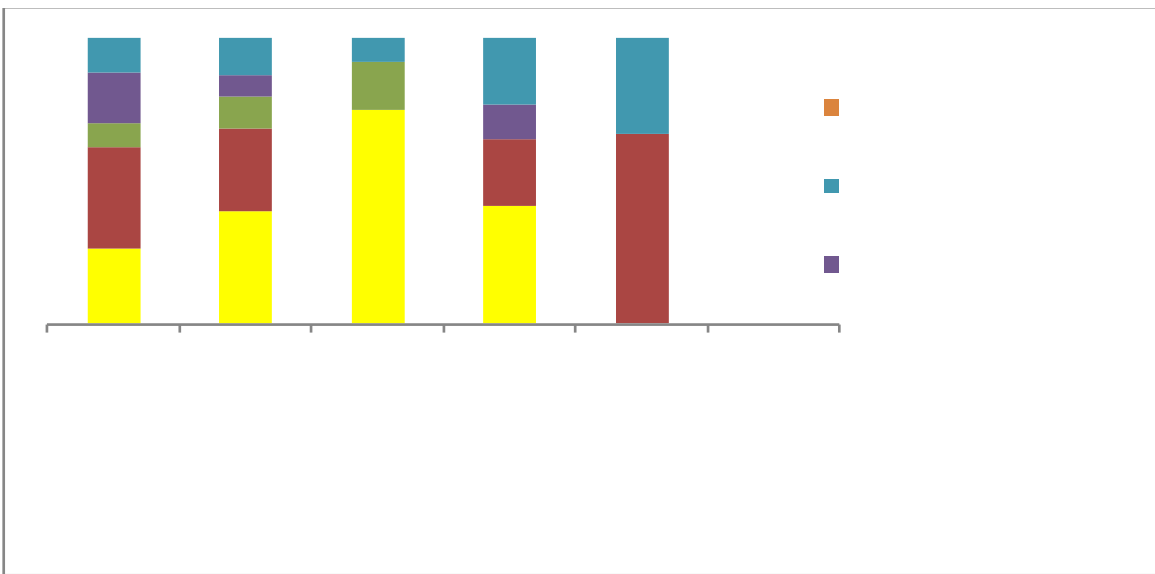
SECCION A

ÁREA DE TRABAJO

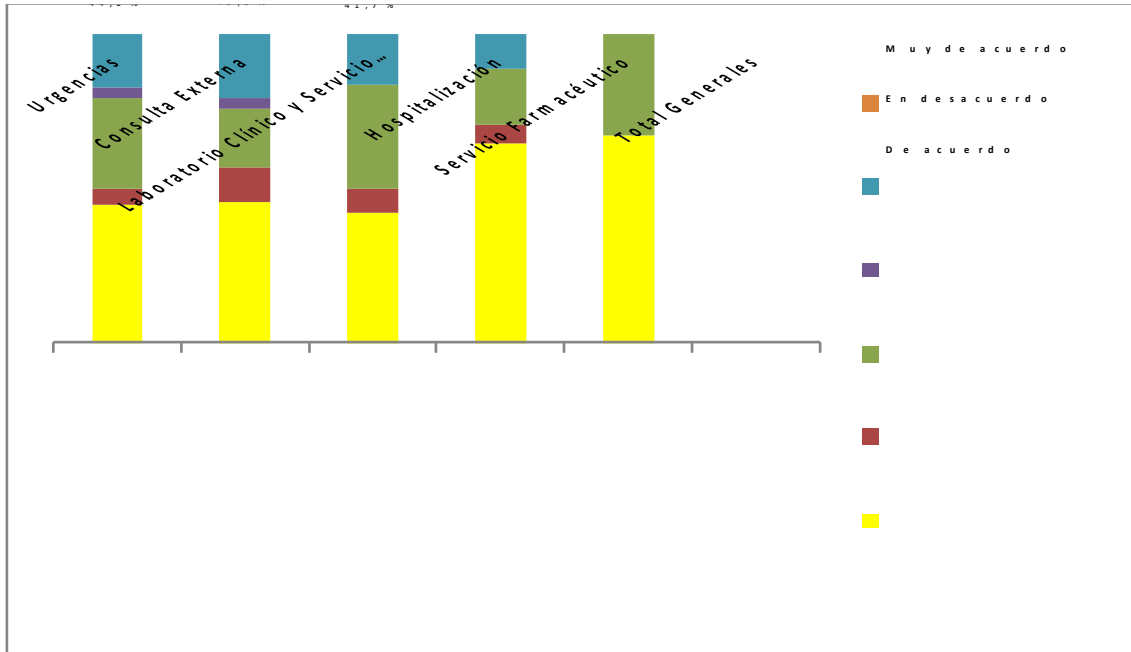
GRAFICA 56: En esta unidad la gente se apoya mutuamente.



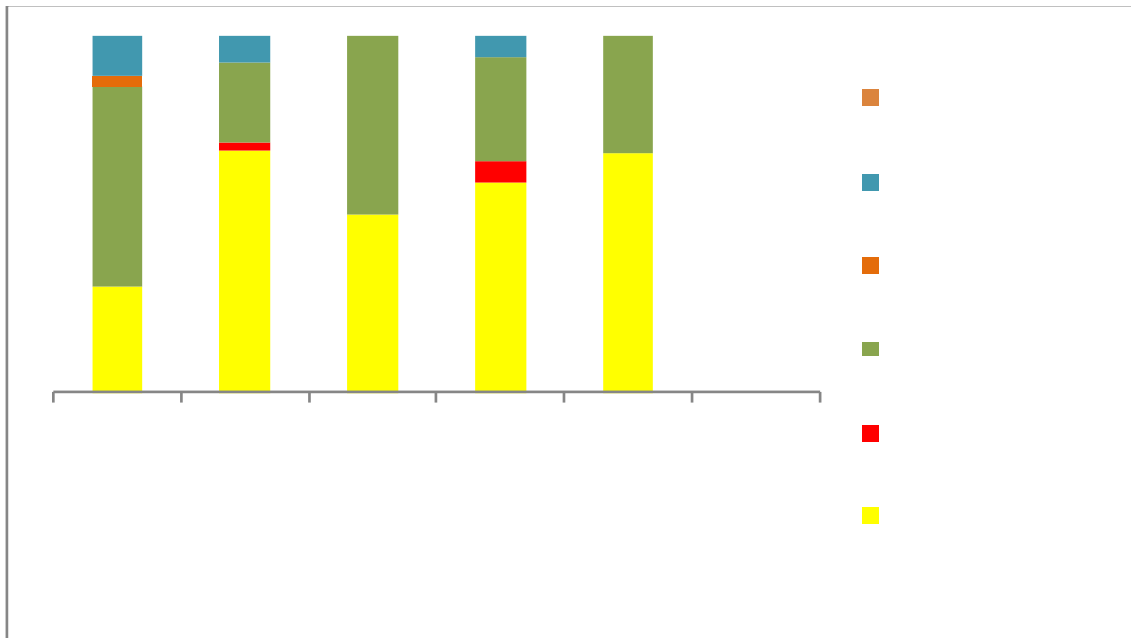
GRAFICA 57: Tenemos suficiente personal para realizar el trabajo



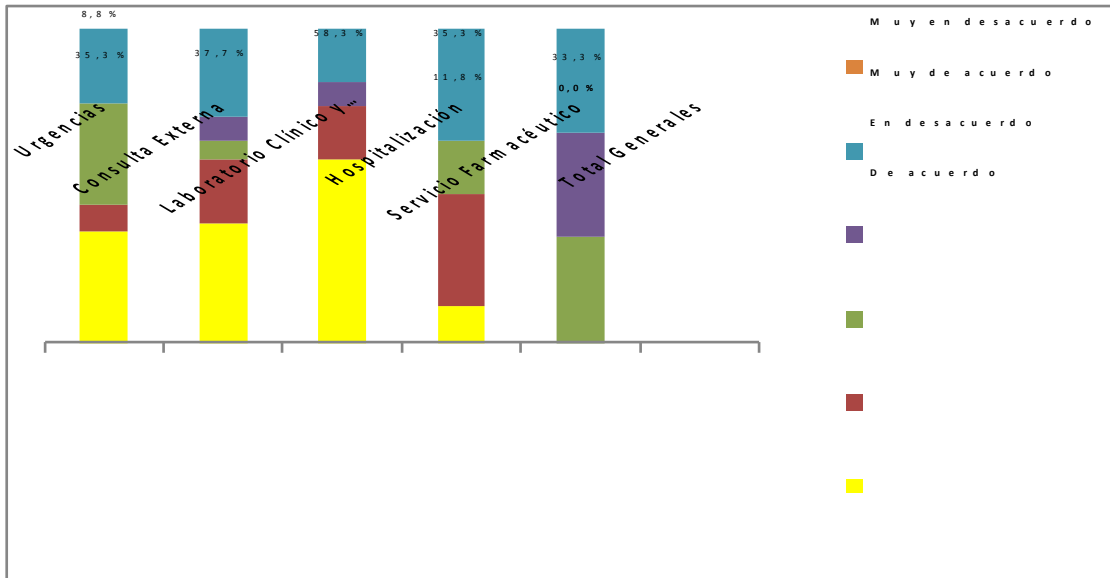
GRAFICA 58: Cuando necesitamos terminar una gran cantidad de trabajo, lo hacemos en equipo.



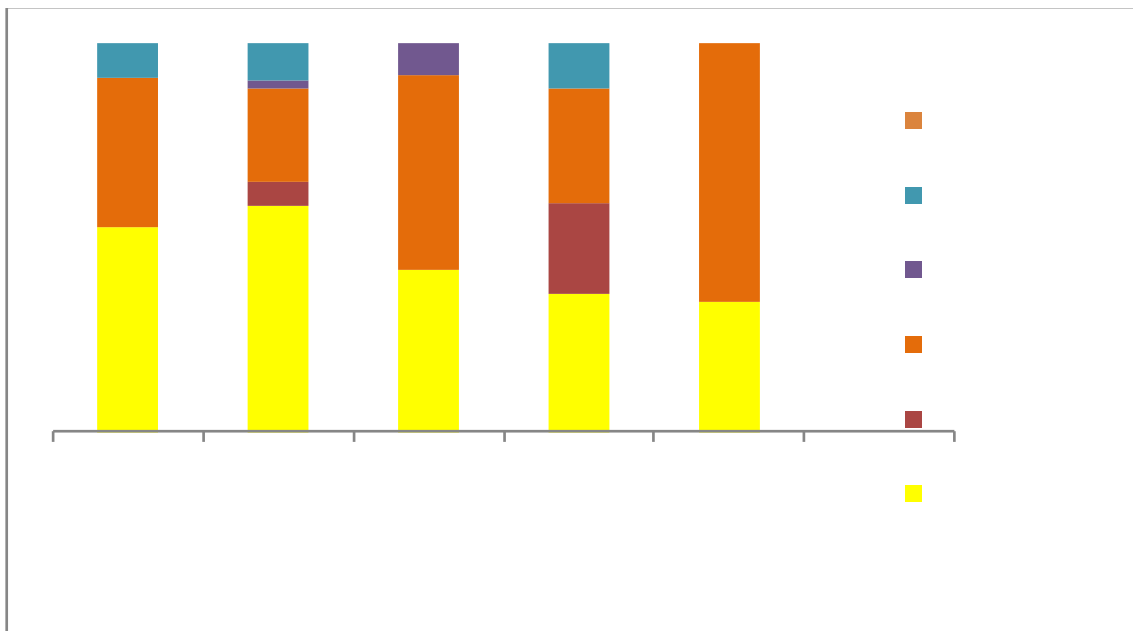
GRAFICA 59: En esta unidad, el personal se trata con respeto



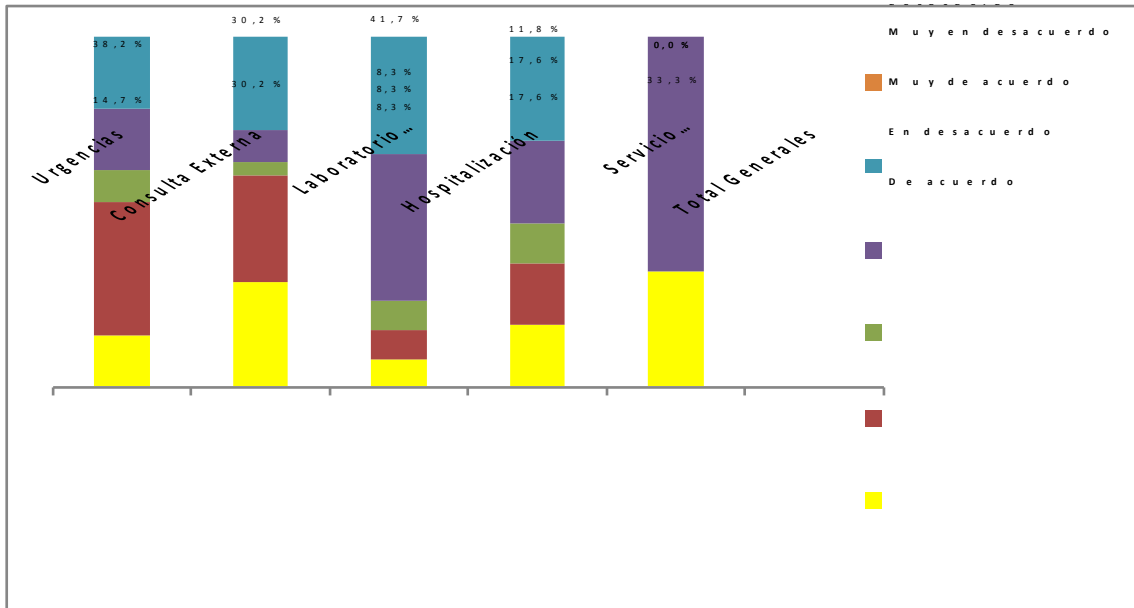
GRAFICA 60: El personal en esta unidad trabaja más horas de o establecido para el cuidado del paciente.



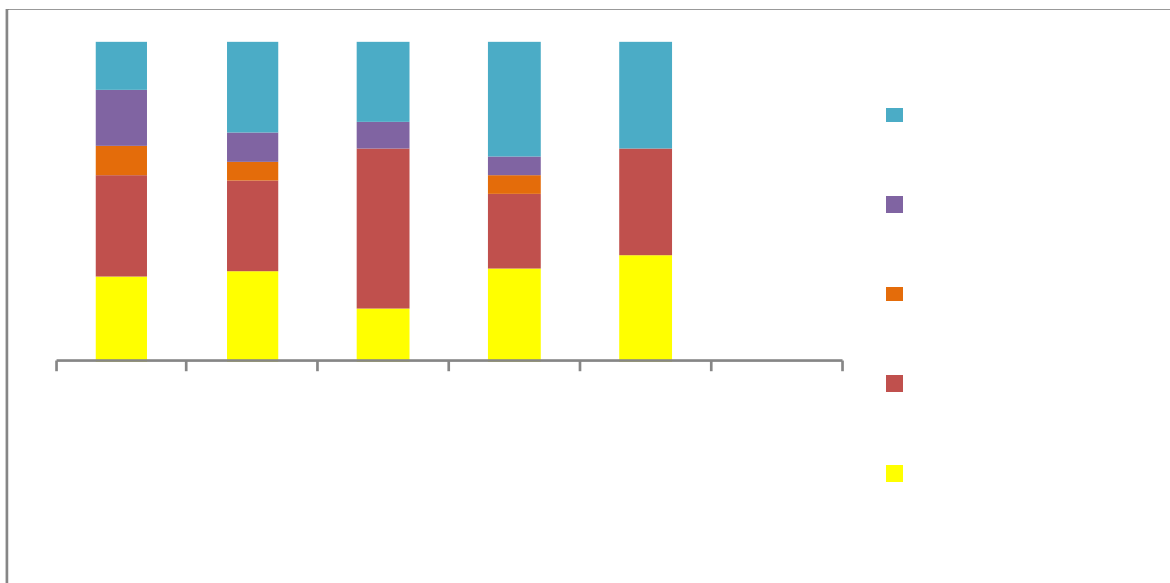
GRAFICA 61: Estamos haciendo acciones para la seguridad del paciente.



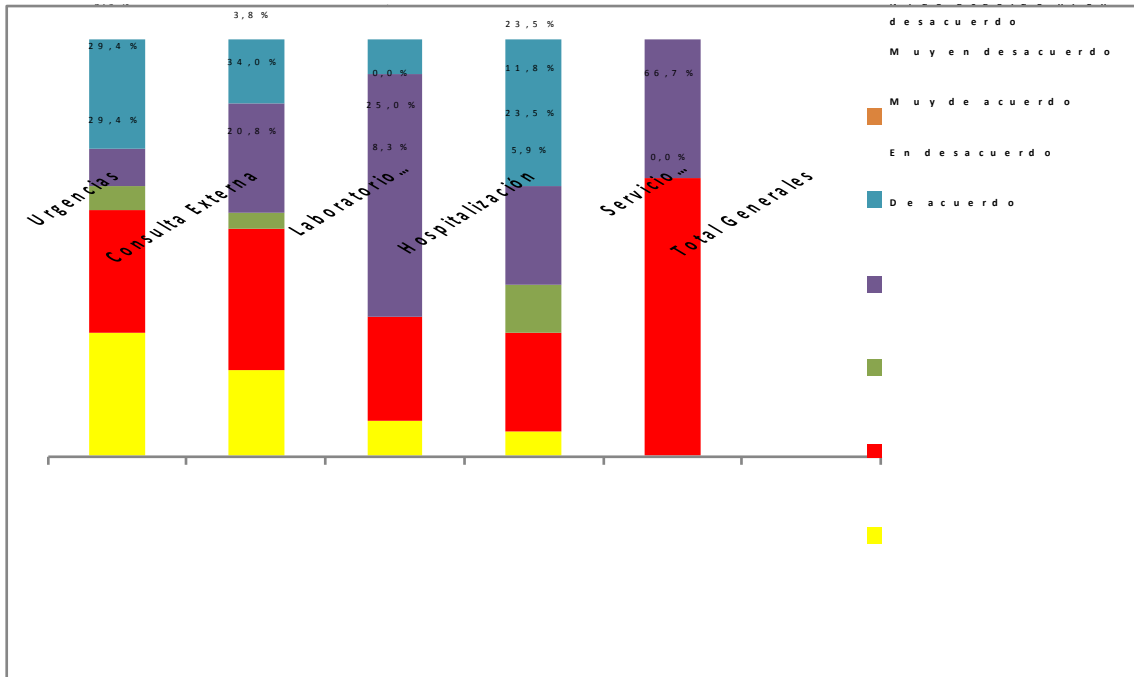
GRAFICA 62: Usamos más personal temporal de lo adecuado, para el cuidado del paciente.



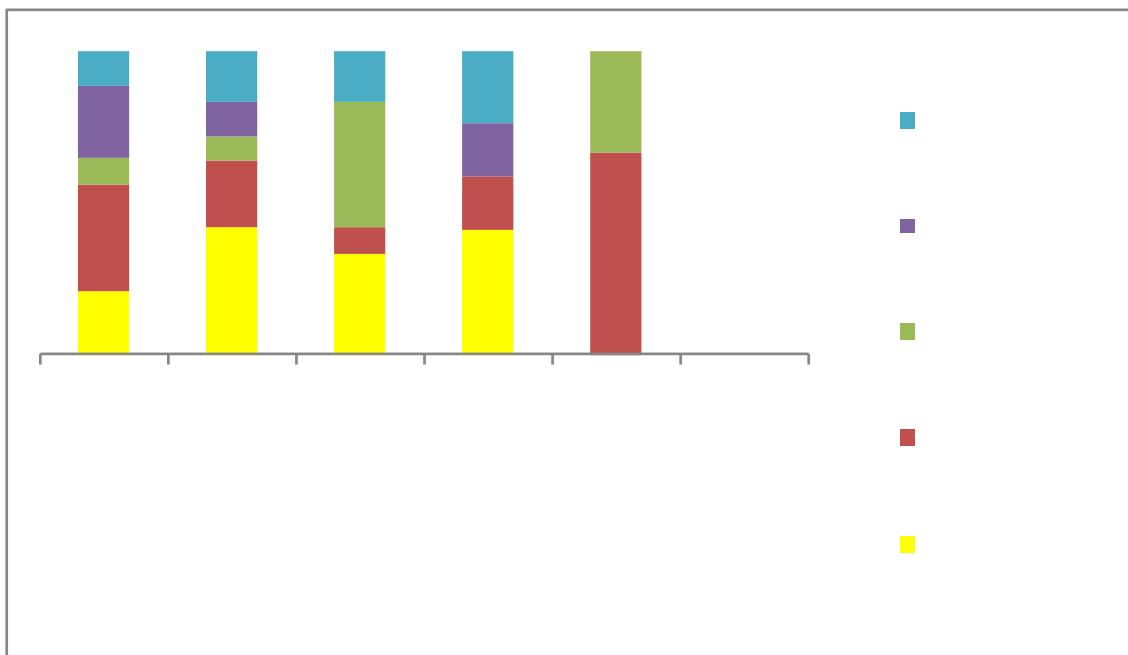
GRAFICA 63: El personal siente que sus errores son usados en su contra.



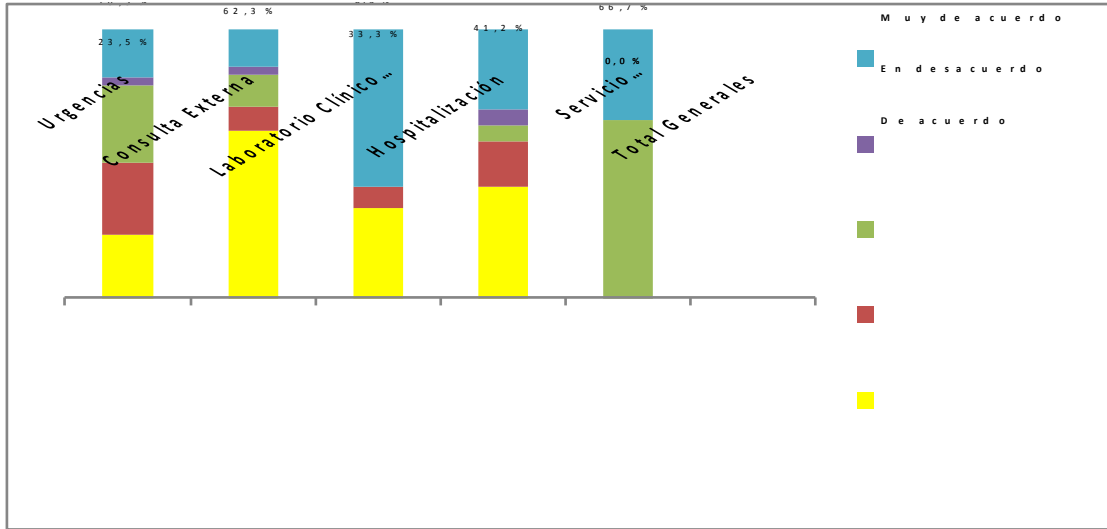
GRAFICA 64: Es solo por casualidad que no ocurren errores más serios.



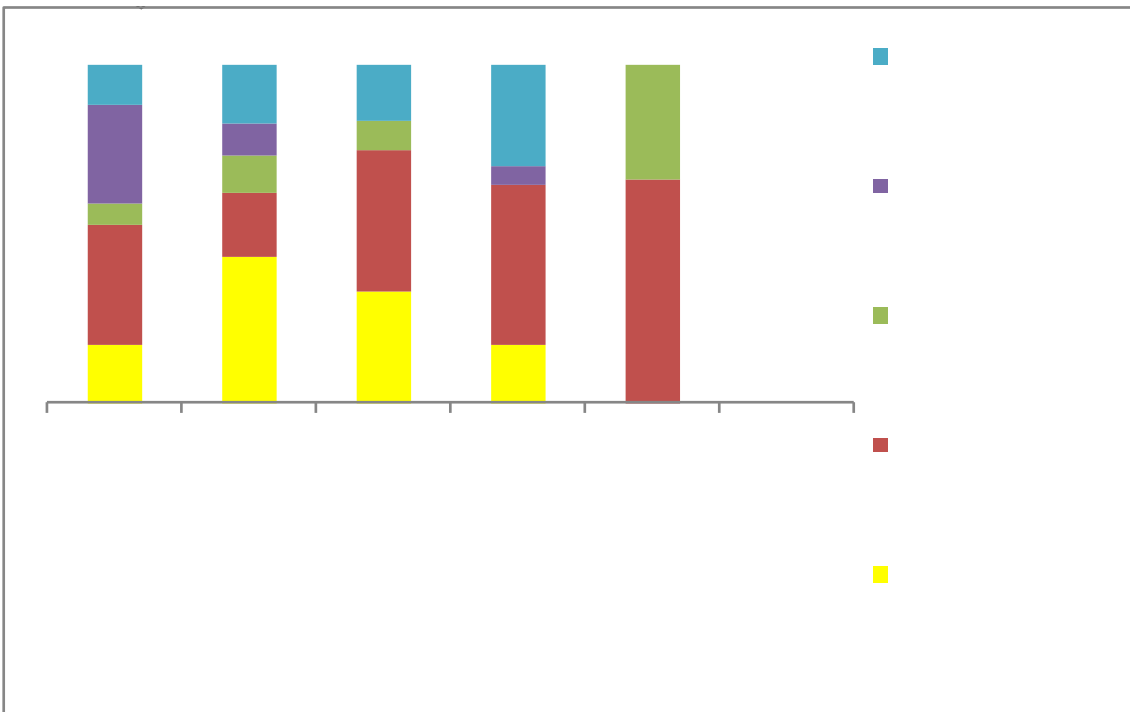
GRAFICA 65: La seguridad del paciente nunca se compromete por hacer más trabajo.



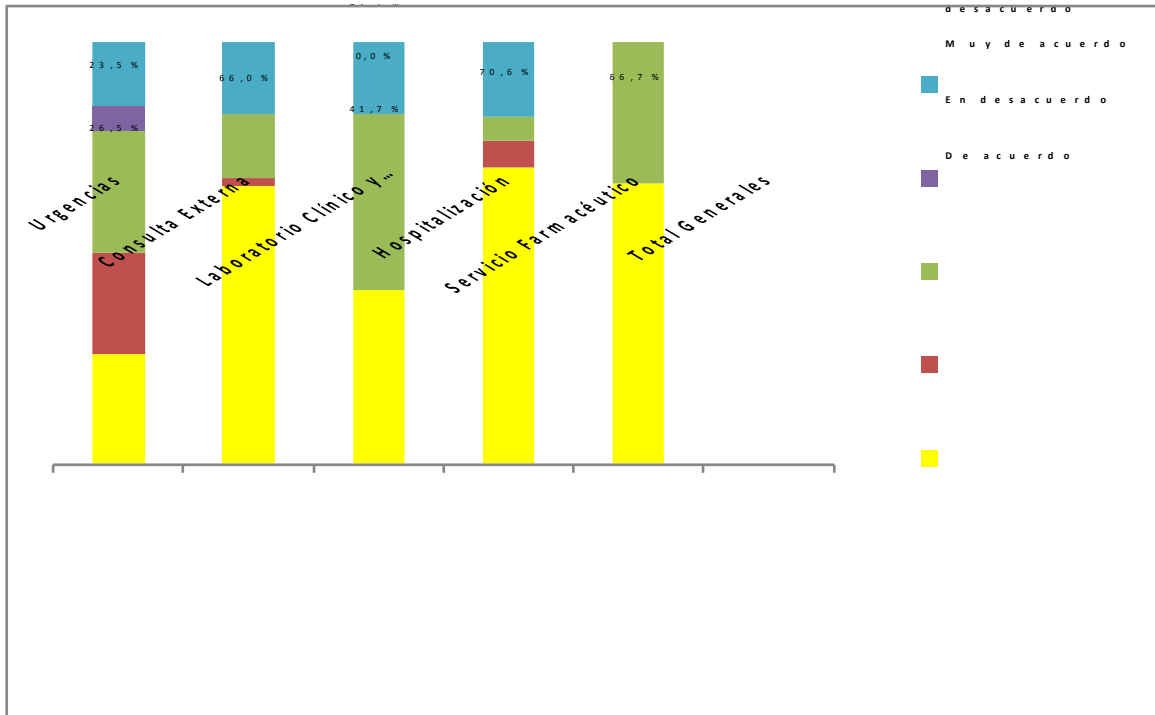
GRAFICA 66: Los empleados se preocupan de que los errores que se cometen queden registrados en sus hojas de vida.



GRAFICA 67: No tenemos problemas con la seguridad del paciente en esta unidad.



GRAFICA 68: Nuestros procedimientos y sistemas son efectivos para la prevención de errores que pueden ocurrir



Analizando los resultados de las encuestas aplicadas a la institución de salud Assbasalud E.S.E, sobre la percepción en la cultura de seguridad del paciente en El área de trabajo que comprende las gráficas 56 a la 68; el personal encuestado refiere con un promedio mayor al 80% estar de acuerdo y muy de acuerdo en que en las diferentes unidades de la institución el personal se apoya mutuamente, sin embargo el área de farmacia con un porcentaje 66,7% refiere no tener suficiente personal para realizar el trabajo.

en cuanto al trabajo en equipo, los servicios de farmacia y hospitalización con un promedio superior al 60% refieren que cuando necesitan terminar una gran cantidad de trabajo lo hacen en equipo, de igual manera con un promedio mayor al 50% refieren que en cada una de las unidades se tratan con respeto.

Es importante mencionar que en la gráfica # 57 el personal del área de laboratorio con un porcentaje del 75% refiere estar de acuerdo con que el personal es suficiente para realizar el trabajo, sin embargo el 50% de los encuestados en esta misma área refieren que se trabaja más horas de lo establecido.

A cerca de la seguridad del paciente las diferentes áreas de la institución refieren con un promedio mayor al 80% estar de acuerdo y muy de acuerdo en que se están realizando acciones para la seguridad del paciente, el área de hospitalización con un porcentaje de 23% refiere que no se están realizando acciones.

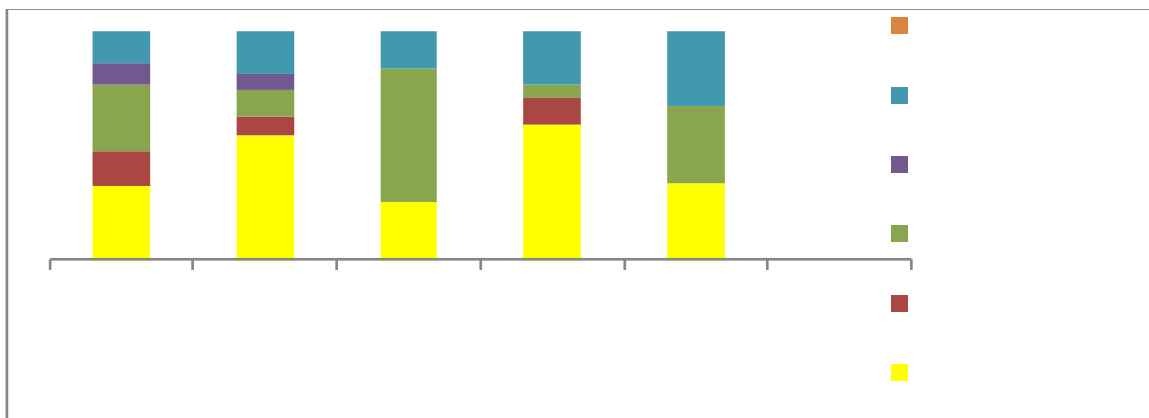
Con un promedio del 100% en el área de farmacia y un 83% de laboratorio el personal de estas áreas refiere que no es casualidad que no se cometan errores más serios. Dentro de este análisis el área de laboratorio refiere también con un porcentaje 66,7 % de los encuestados que la seguridad del paciente nunca se compromete por hacer más trabajo.

El área farmacéutica le preocupa que los errores sean registrados en la hoja de vida con un porcentaje del 66,7 % de los encuestados, mientras que las diferentes áreas de la institución con un porcentaje de más del 80% refieren que los procedimientos y sistemas de la institución son efectivos para la prevención de errores que puedan ocurrir.

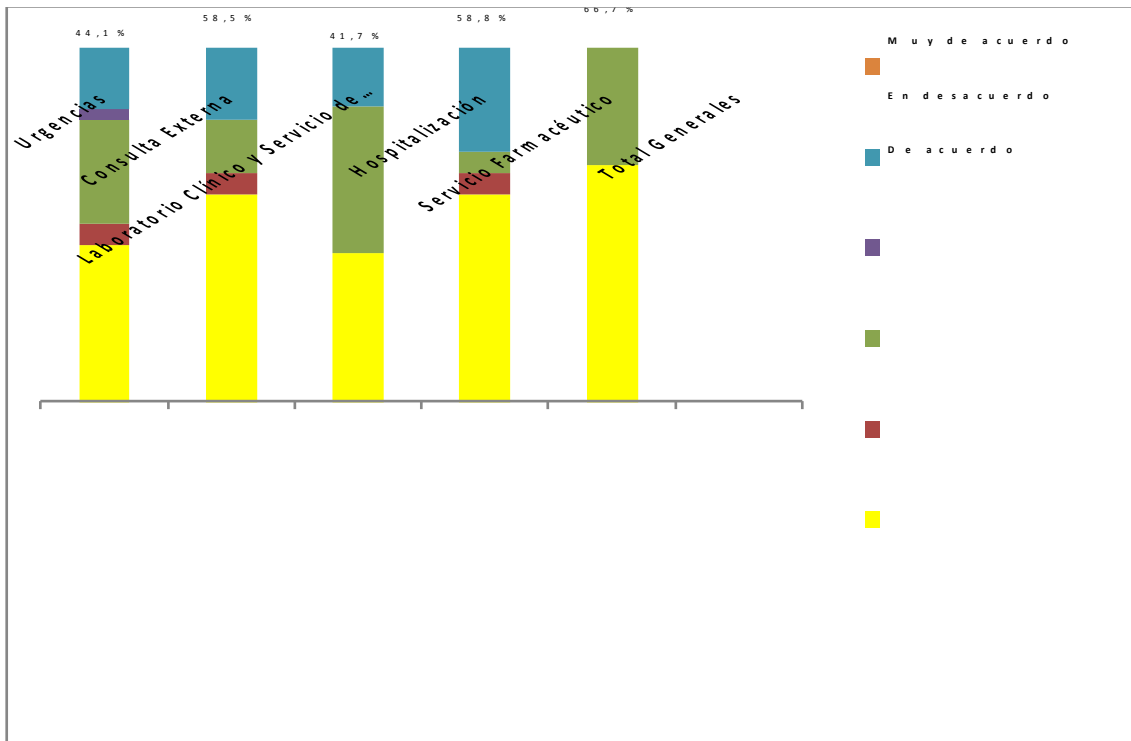
SECCION B

SU JEFE INMEDIATO .

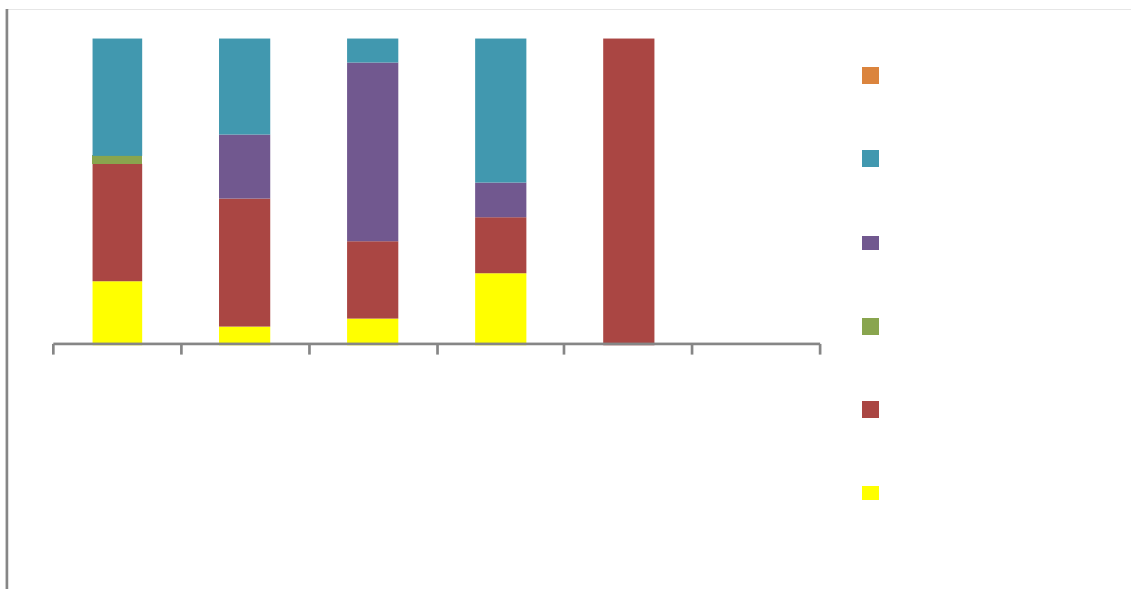
GRAFICA 69: Mi jefe hace comentarios favorables cuando ve un trabajo hecho de acuerdo con los procedimientos establecidos para la seguridad de los pacientes.



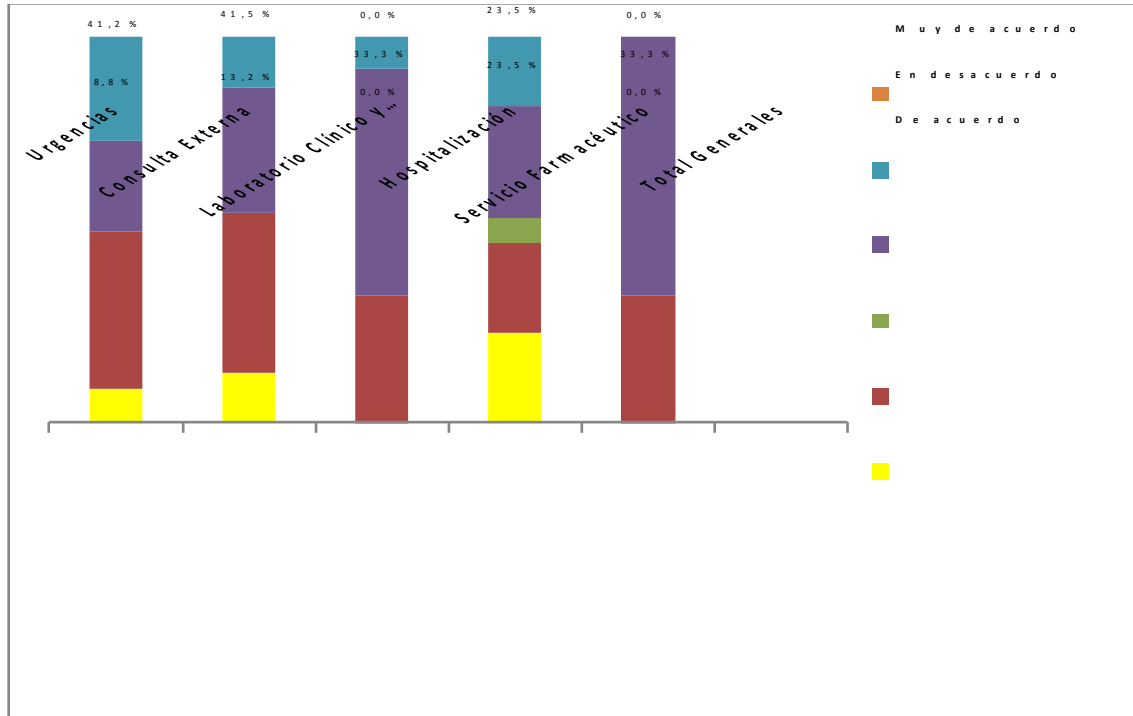
GRAFICA 70: Mi jefe acepta las sugerencias del personal para mejorar la seguridad de los pacientes.



GRAFICA 71: Cuando la presión se incrementa, mi jefe quiere que trabajemos más rápido, aunque eso requiera saltar pasos importantes.



GRAFICA 72: Mi jefe no toma en cuenta los problemas de seguridad del paciente que se repiten una y otra vez.



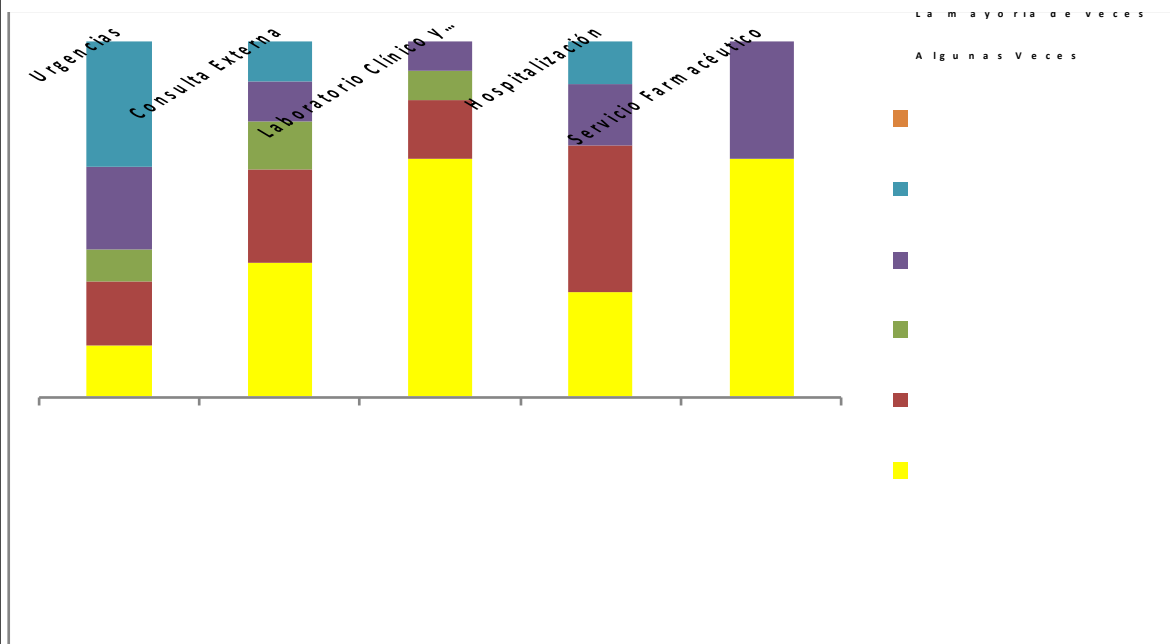
En cuanto a los hallazgos encontrados en la sección B. su jefe representado en las gráficas 69 a la 72. El 55% de los encuestados de todas las áreas refiere que su jefe inmediato hace comentarios favorables cuando ve un trabajo hecho de acuerdo con los procedimientos establecidos para la seguridad del paciente. El área de laboratorio con el 58.3 esta de acuerdo con lo anterior; solo el 20% del área de hospitalización y urgencias consideran que su jefe esta de acuerdo con que se salten pasos importantes, cuando se requiere trabajar mas rapido.

El personal de las diferentes unidades de la institucion considera que el jefe toma en cuentas los problemas de seguridad que se repiten una y otra vez. Mientras que el 23.5 % del área de hospitalización no esta de acuerdo con esto, considera que a su jefe no toma en cuentas estos problemas de seguridad.

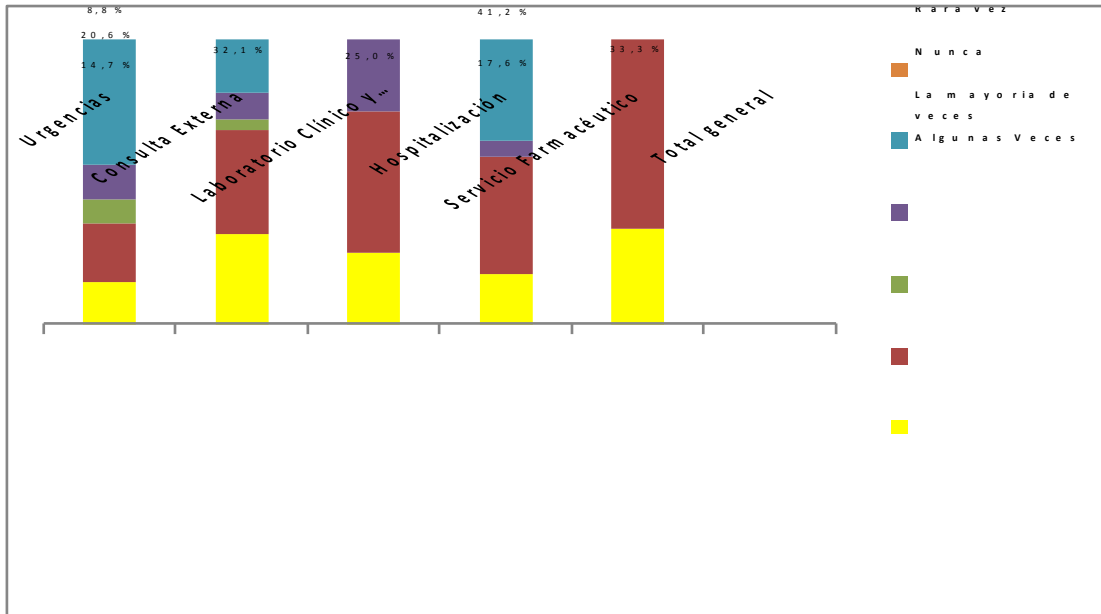
SECCION C

COMUNICACIÓN.

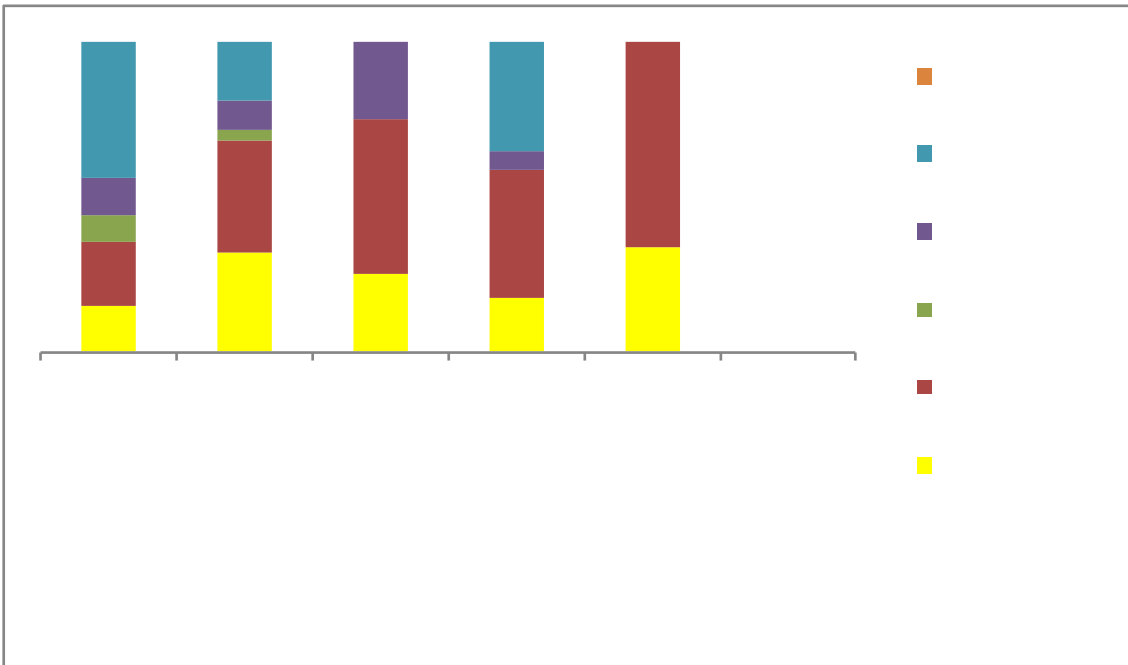
GRAFICA 73: La gerencia nos informa sobre los cambios realizados basado en lo aprendido de los reportes de eventos.



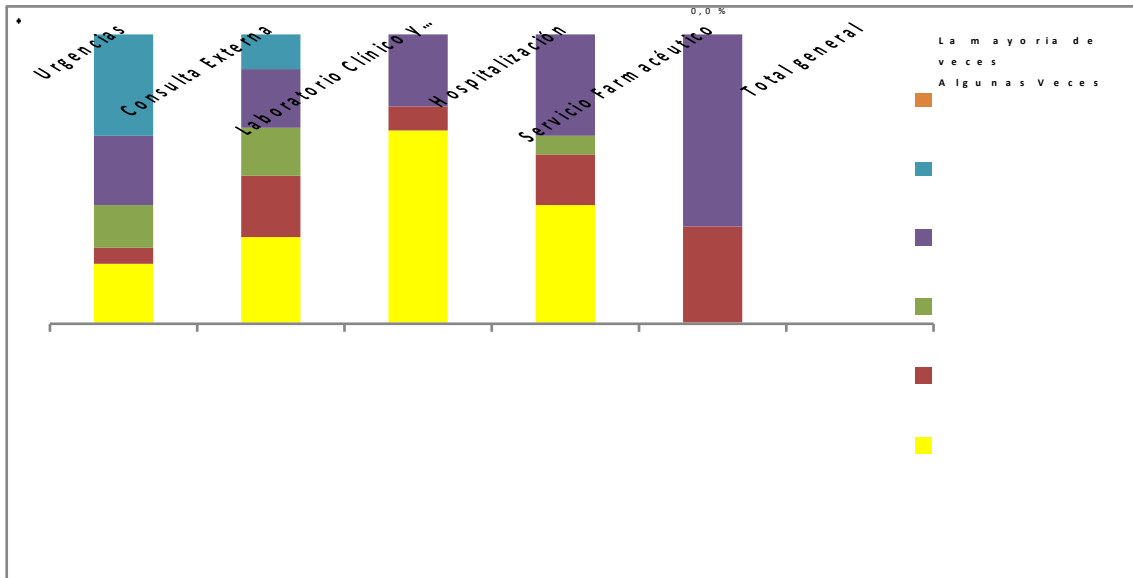
GRAFICA 74 El personal habla libremente si ve algo que podría afectar negativamente el cuidado del paciente.



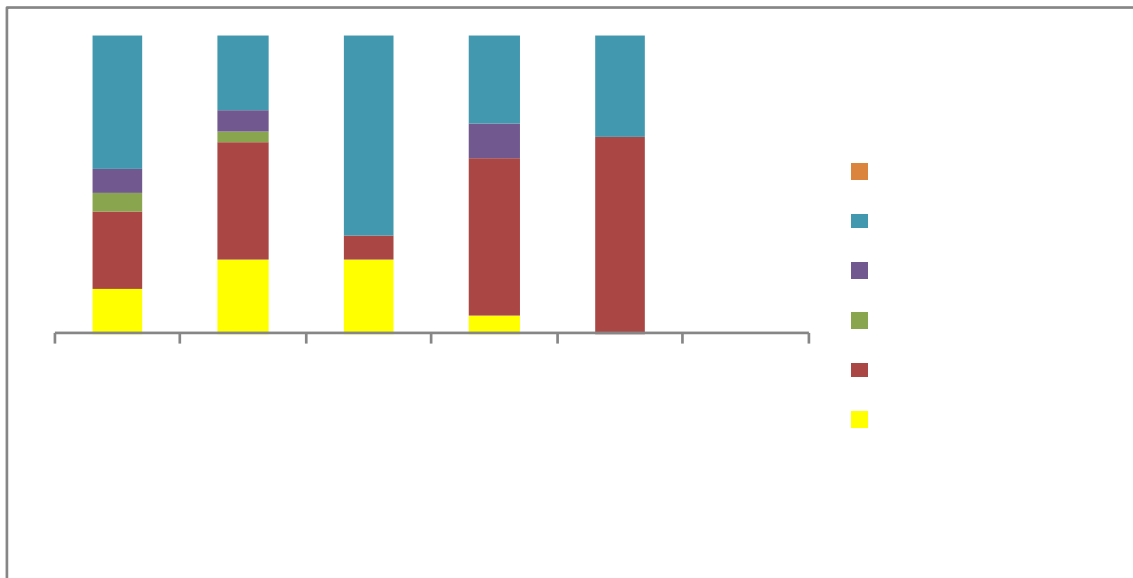
GRAFICA 75: Estamos informados sobre los errores que se cometen en esta área.



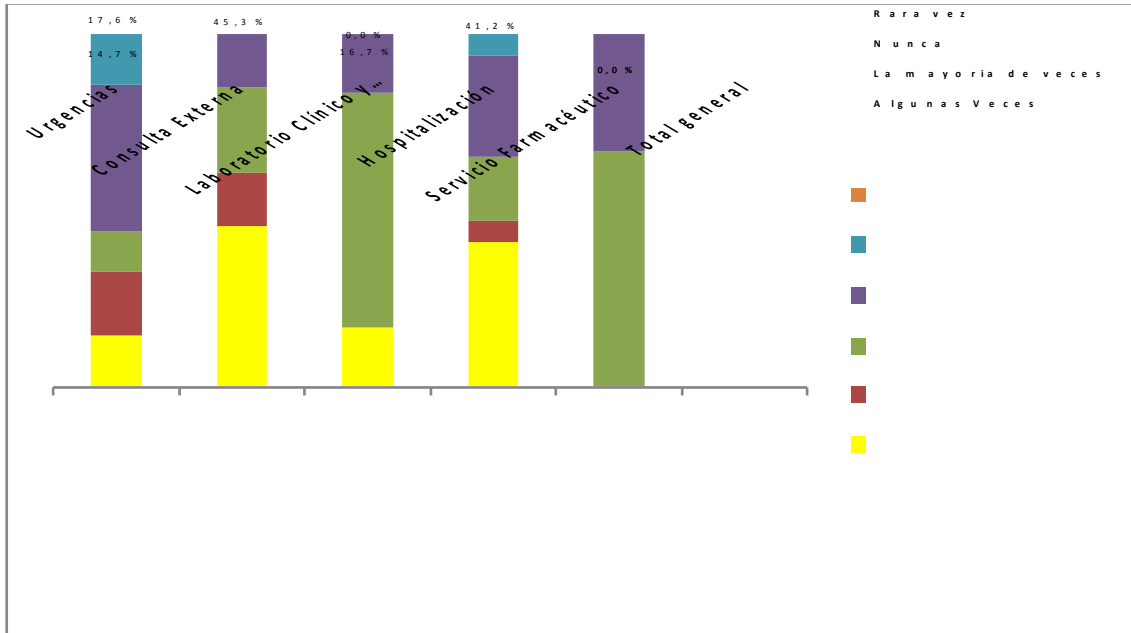
GRAFICA 76: El personal se siente libre de cuestionar las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad.



GRAFICA 77: En este servicio, discutimos formas de prevenir errores para que no se vuelvan a cometer.



GRAFICA 79. El personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo no parece estar correcto.

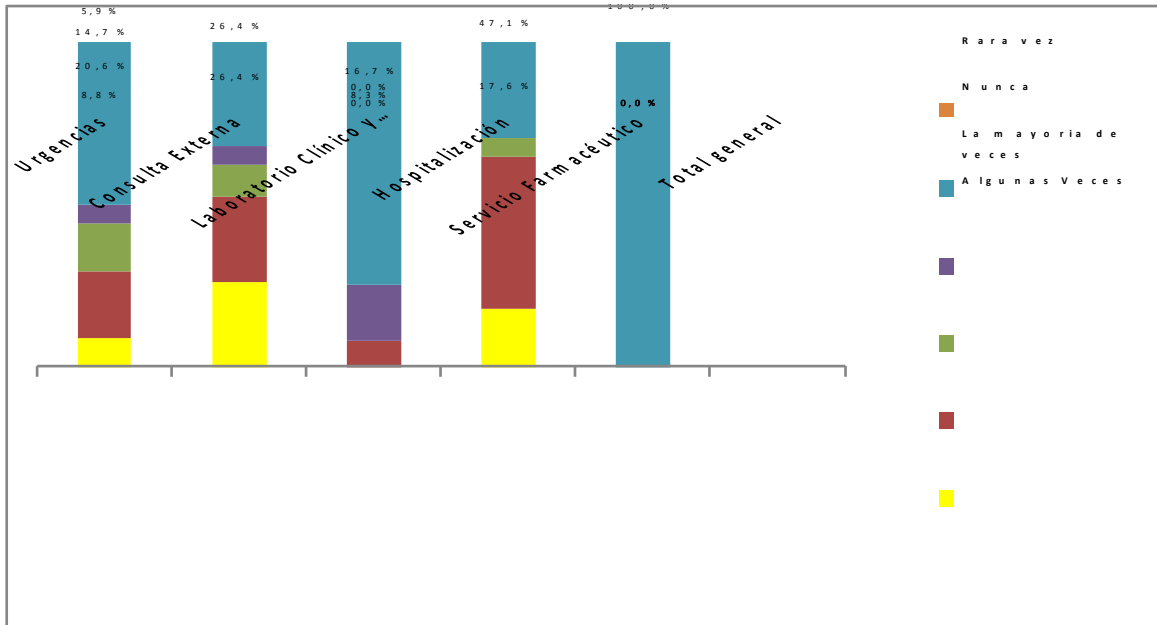


Las áreas de laboratorio y servicios farmacéuticos afirman con un porcentaje del 66,7 %, que la gerencia les informa sobre los cambios realizados basados en lo aprendido de los reportes de eventos solo algunas veces, de igual manera pueden hablar libremente si algo afecta el cuidado del paciente, mientras que el area de hospitaización refiere que la mayoría de las veces, pueden discutir las formas de prevenir los errores presentados; hospitaización con un promedio de 41% refiere que nunca les informan de los errores cometidos en esta unidad. El area de farmacia y labortorio con un promedio del 66,7 ambas unidades se sienten con la libertad de cuestionar decisiones generados por los superiores.

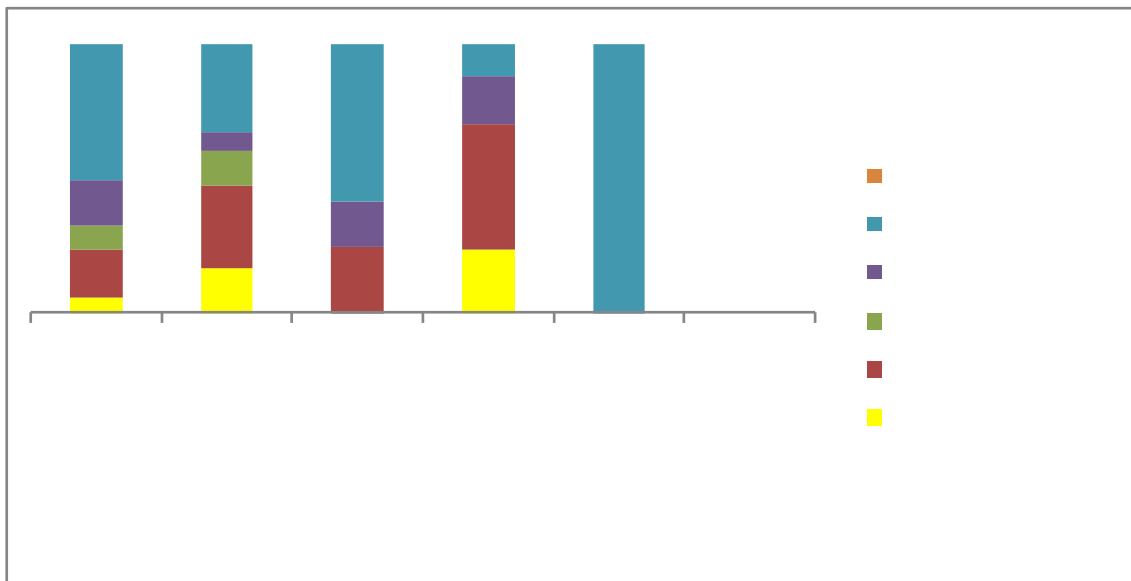
SECCION D

FRECUENCIA DE EVENTOS ADVERSOS/ ERRORES REPORTADOS.

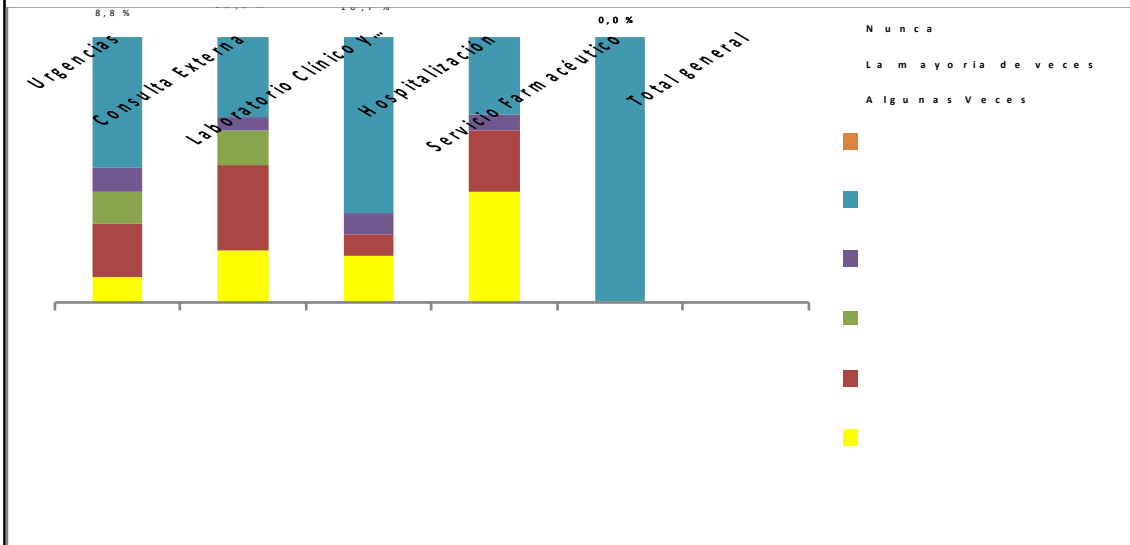
GRAFICA 80: Cuando se comete un error pero es descubierto y corregido antes de afectar al paciente, que tan frecuente es reportado.



GRAFICA 81: Cuando se comete un error, pero no tiene el potencial de dañar paciente, que tan frecuente es reportado.



GRAFICA 82: Cuando se comete un error, que pudiese dañar al paciente, pero no hace que tan frecuente es reportado.

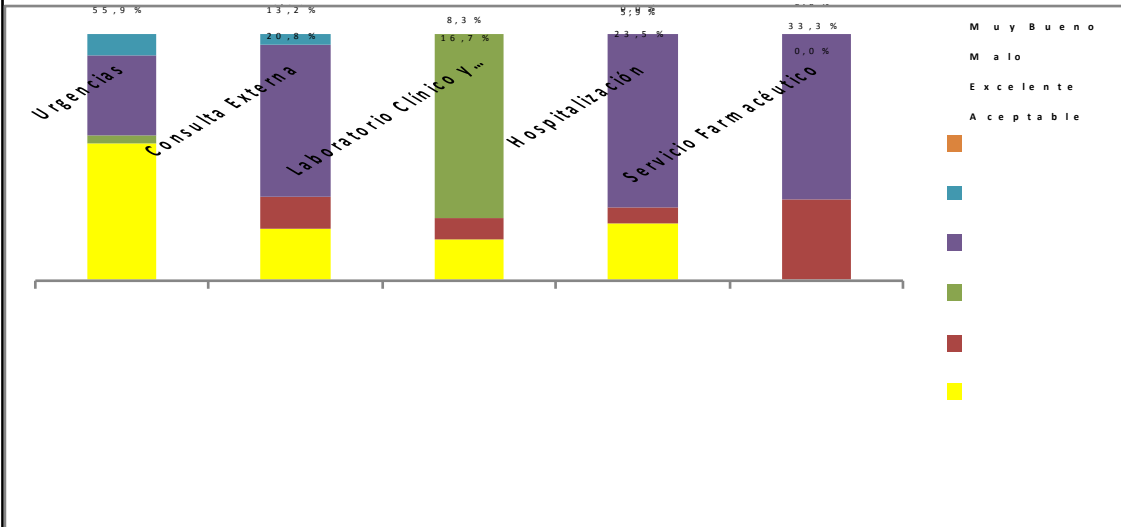


En cuanto al reporte de los eventos adversos analizados dentro de las gráficas 80, 81, 82, se encontró un porcentaje 85% que siempre, o la mayoría de las veces los funcionarios reportan los diferentes eventos adversos independientemente de de las circunstancias en que se presente; así estos no tengan potencial de dañar, así sea descubierto y corregido a tiempo, o pueda dañar la salud del paciente.

SECCION E

GRADO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.

GRAFICA 83: Por favor asigne a su área de trabajo un grado general en seguridad del paciente.

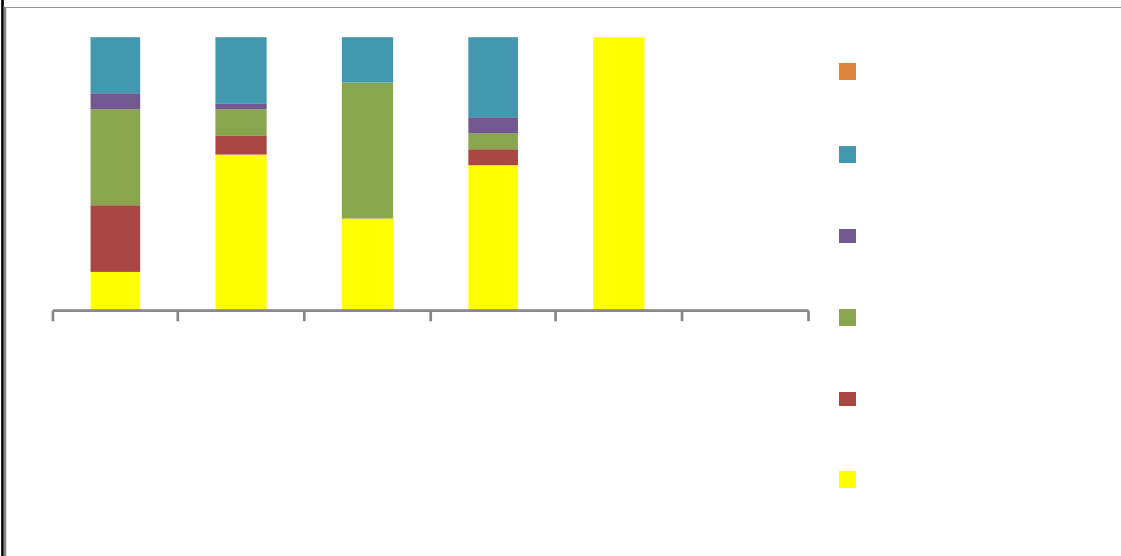


El grado de seguridad del paciente en las áreas de farmacia, hospitalización y consulta externa, es considerado por los encuestados como muy buena, sin embargo el área de laboratorio clínico con un 75% refiere el grado de seguridad del paciente como mala.

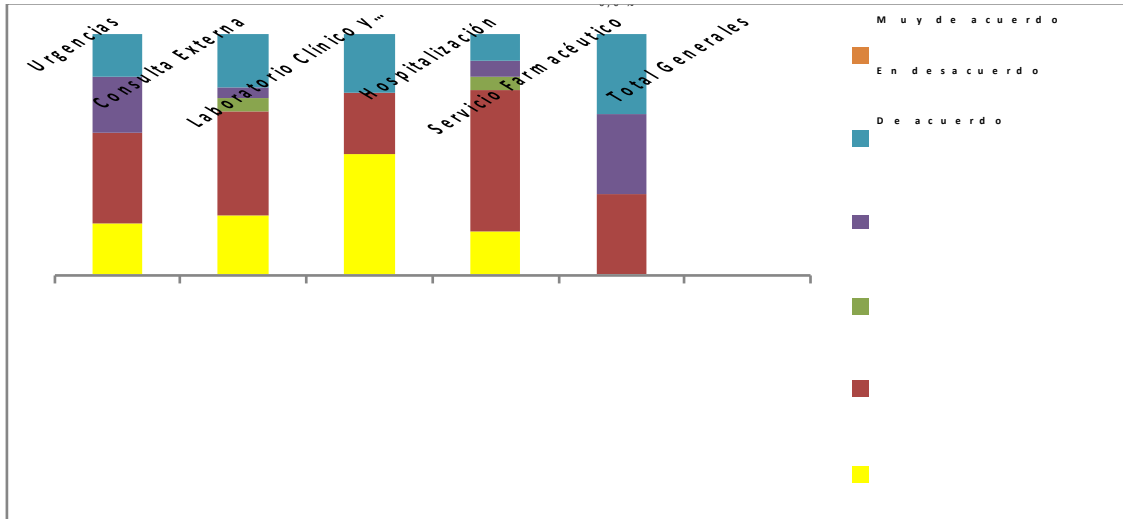
SECCION F

SU INSTITUCIÓN.

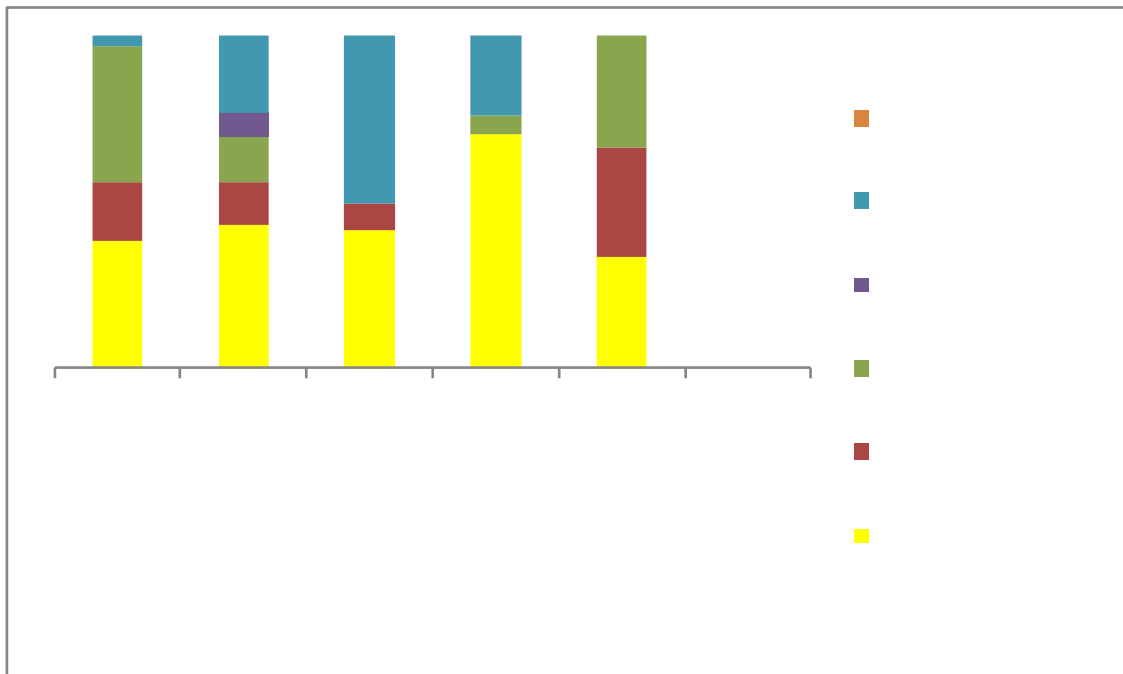
GRAFICA 84: La gerencia de la institución propicia un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente



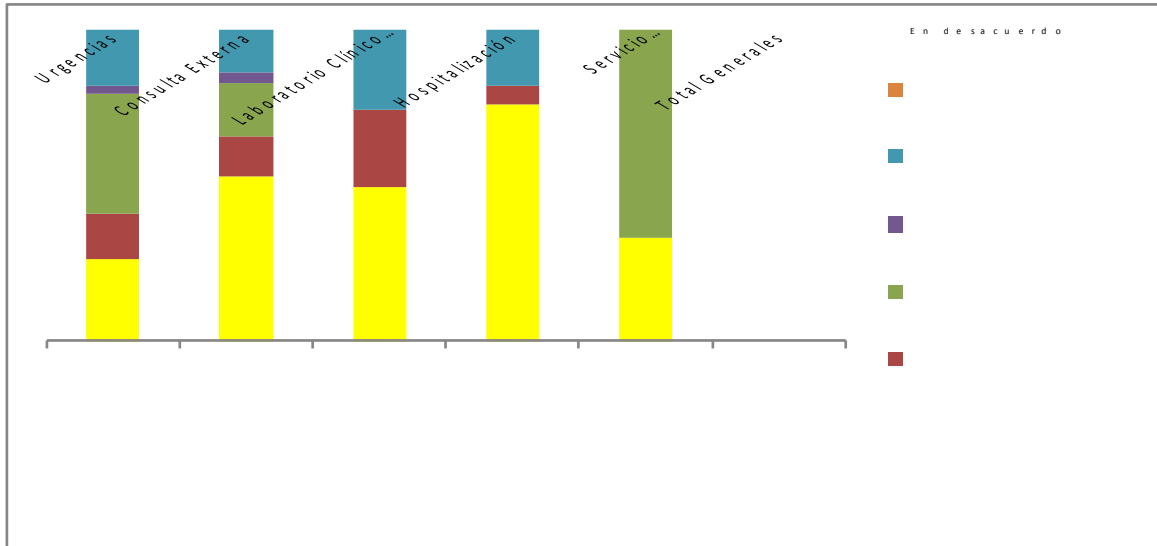
GRAFICA 85: Los servicios de esta institución no están bien coordinados entre sí.



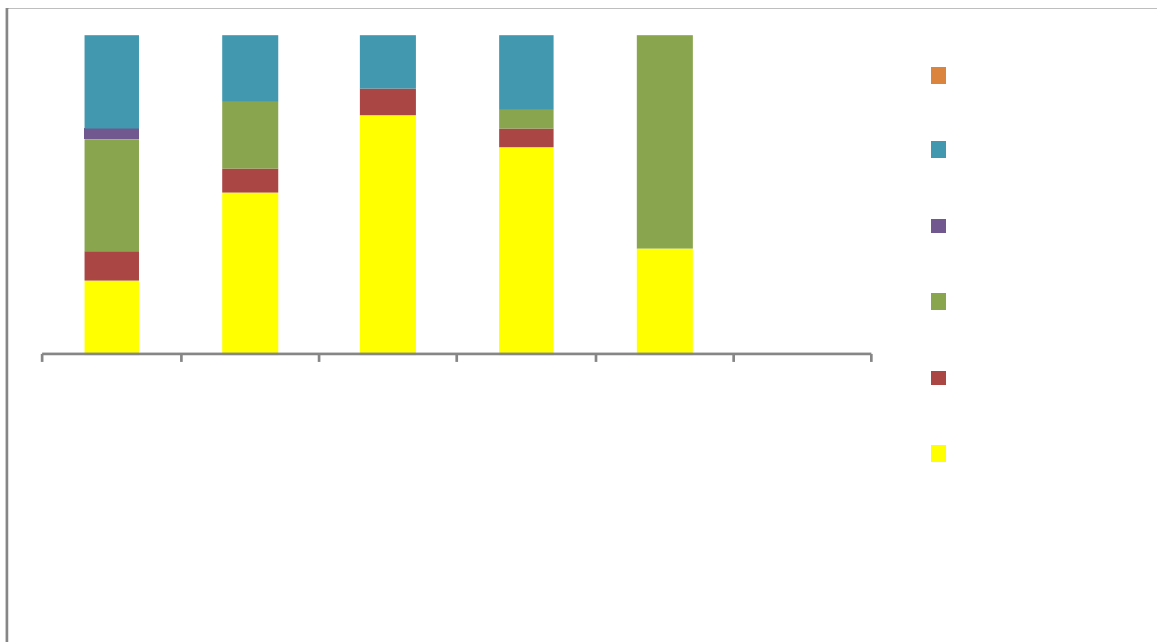
GRAFICA 86: La continuidad de la atención de los pacientes no se pierde cuando estos se transfieren de un servicio a otro.



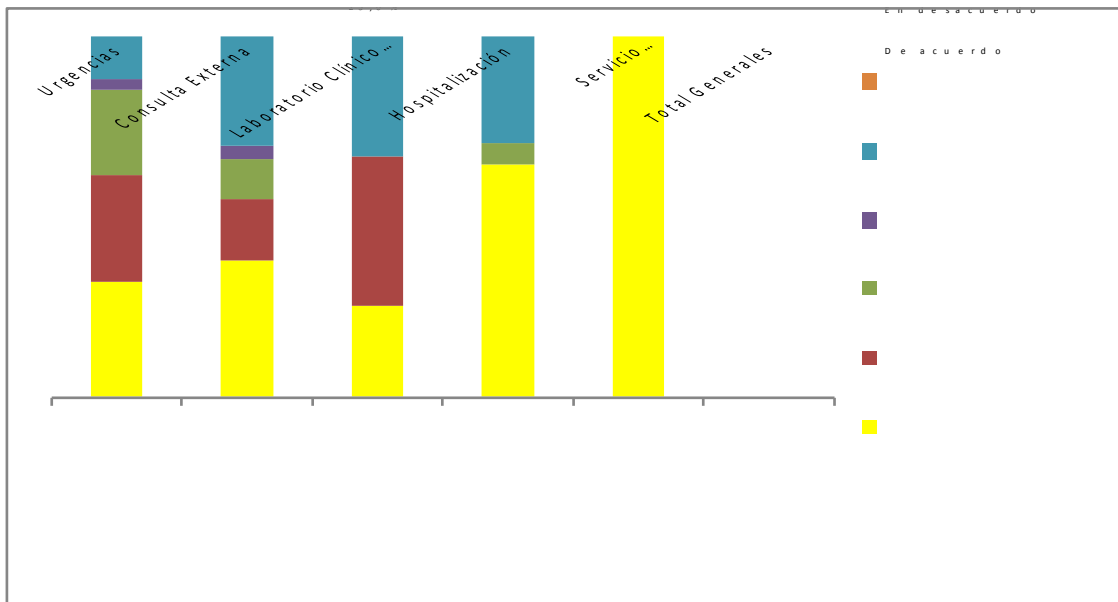
GRAFICA 87: Hay buena cooperación entre los servicios de la institución que requieren trabajar conjuntamente.



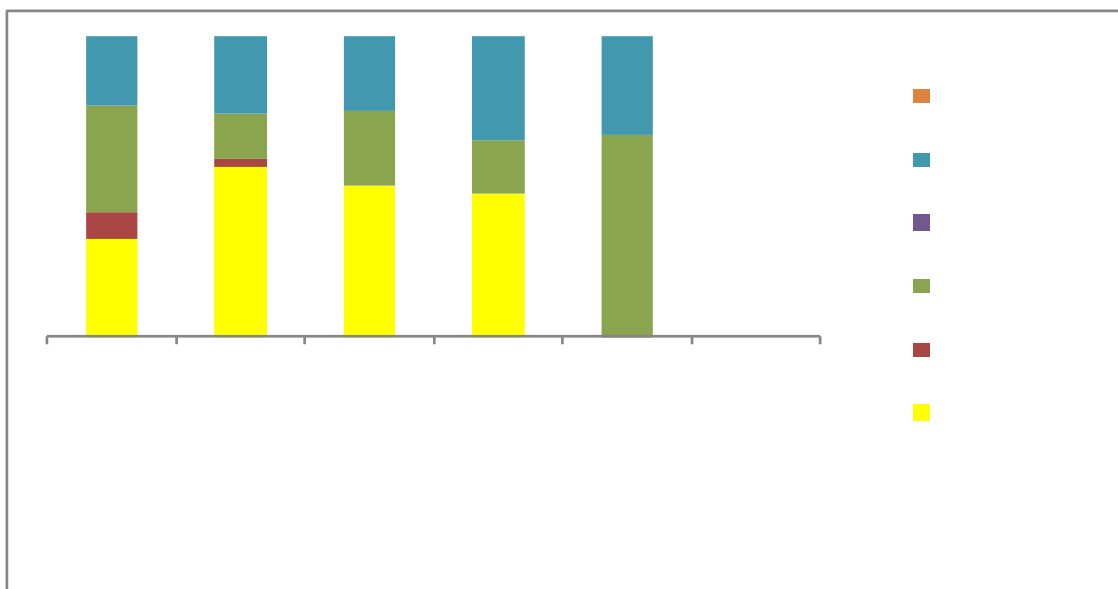
GRAFICA 88: Frecuentemente es agradable trabajar con el personal de otros servicios de esta institución.



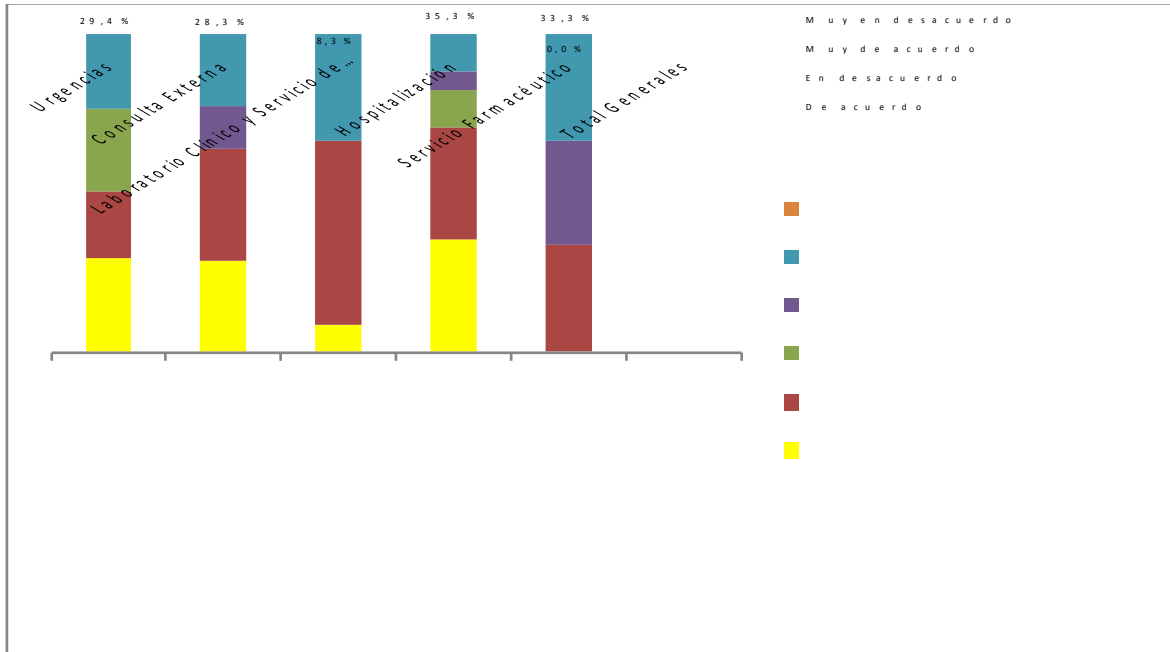
GRAFICA 89: Rara vez surgen problemas en el intercambio de la información entre los servicios de esta institución.



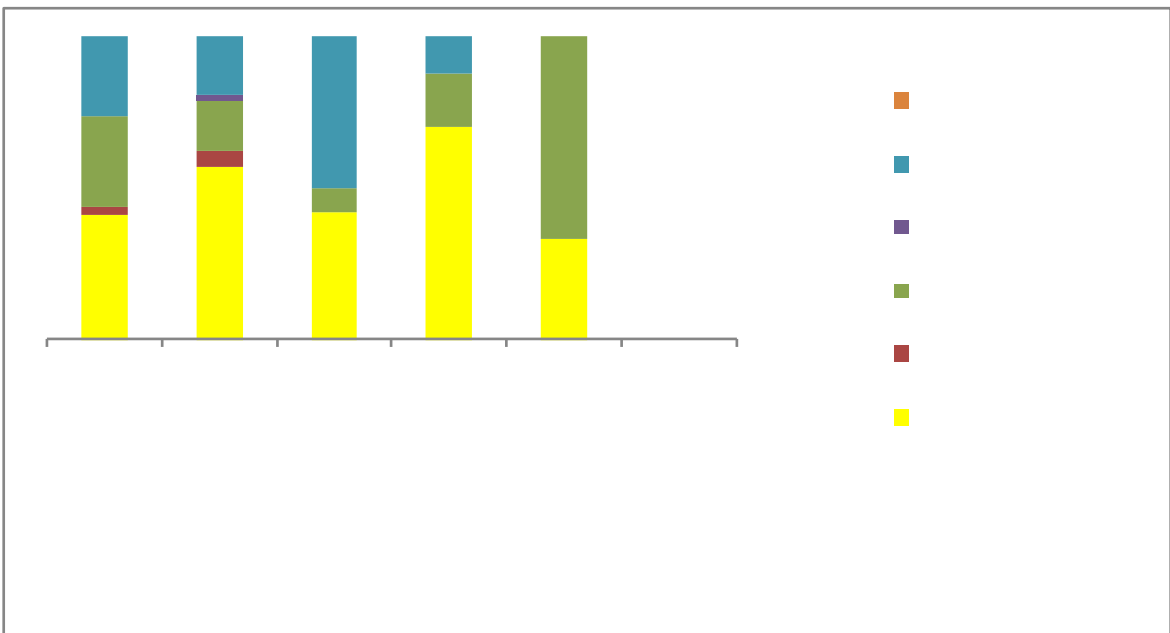
GRAFICA 90: Las medidas que toma la gerencia de esta institución, muestra que la seguridad del paciente es altamente prioritaria.



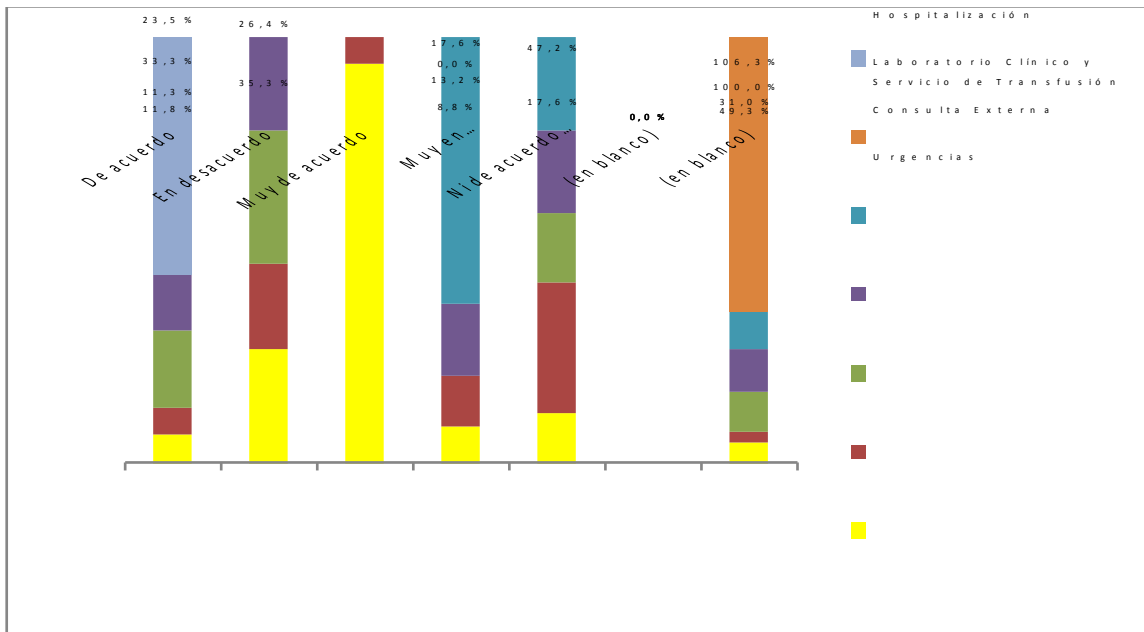
GRAFICA 91: La gerencia de la institución se muestra interesada en la seguridad del paciente solo después de que ocurre un incidente o evento adverso.



GRAFICA 92: Los servicios de la institución trabajan en conjunto para propiciar el mejor cuidado de los pacientes.



GRAFICA 93: Los cambios de turno en esta institución generan problemas para los pacientes.



Las gráficas comprendidas entre la 84 hasta la 93 analiza la institución y su deber frente a la seguridad del paciente.

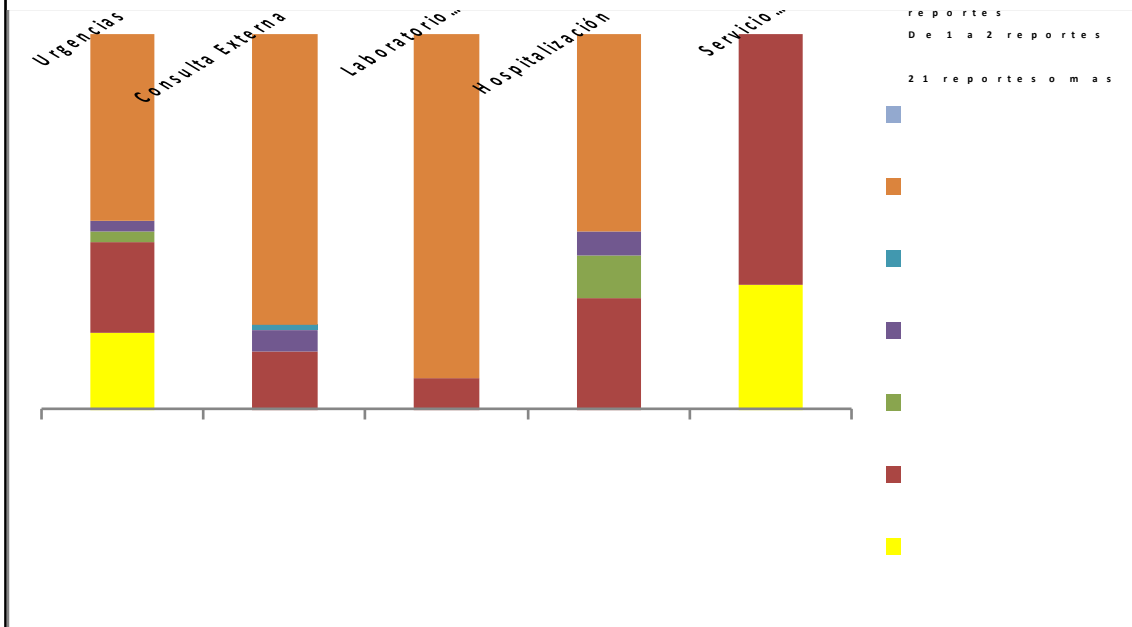
En el área de farmacia todos los encuestados están de acuerdo en que la gerencia de la institución propia ambientes laborales que promueve la seguridad del paciente, afirmando en la gráfica anterior # 83 que la seguridad del paciente en esta área es muy buena. Esto se relaciona con la buena coordinación que consideran los encuestados se maneja entre los diferentes servicios de la institución, dato que se ve reflejado en la gráfica # 85. Lo que permite la continuidad de la atención de los pacientes de servicio a servicio. Solo el área de urgencias considera que se pierde continuidad de servicio a servicio, con relación a un 41.2 % de los encuestados.

El área de laboratorio considera que gerencia muestra interés en la seguridad del paciente después de que ocurren eventos adversos. Y el servicio de urgencias considera que el cambio de turno genera problemas para el cuidado del paciente.

SECCION G

NÚMERO DE EVENTOS ADVERSOS/ERRORES REPORTADOS.

GRAFICA 94: En los pasados 12 meses en cuantos reportes de eventos adversos/errores ha participado, diligenciado o enviado.

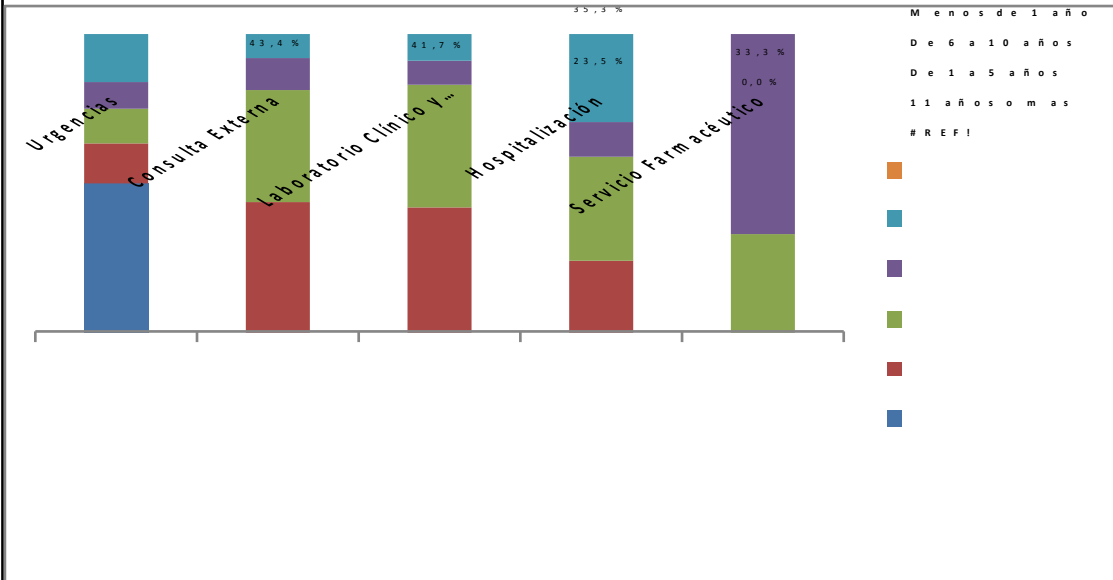


En cuanto al número de eventos adversos reportados en los últimos 12 meses se encontró en la gráfica, que el área de farmacia con el 66,7% de los encuestados reporto de 1 a 2 eventos adversos, en los últimos 12 meses, y el 33% de los encuestados refiere más de 21 eventos adversos. El área de laboratorio con un 91,7 % refiere que no se reportó ningún evento adverso y recordemos que en la gráfica 83 refiere que el grado de seguridad del paciente es malo en esta área con un 75% de los encuestados, y que de igual manera refieren que la gerencia solo demuestra interés por los eventos adversos después que se ocurren.

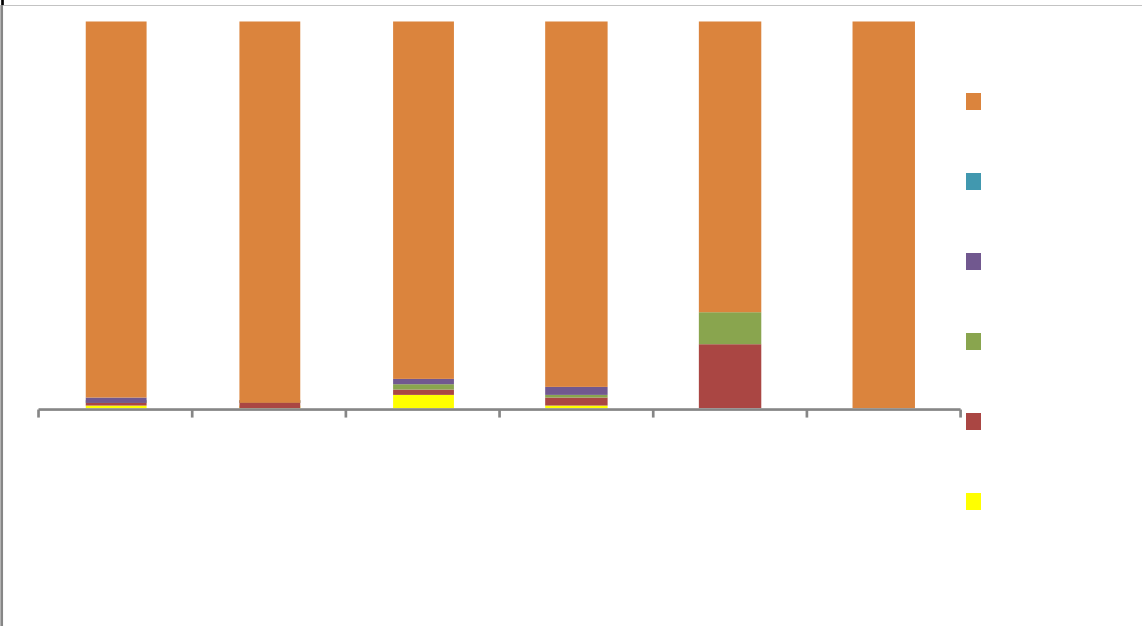
SECCION H

ANTECEDENTES

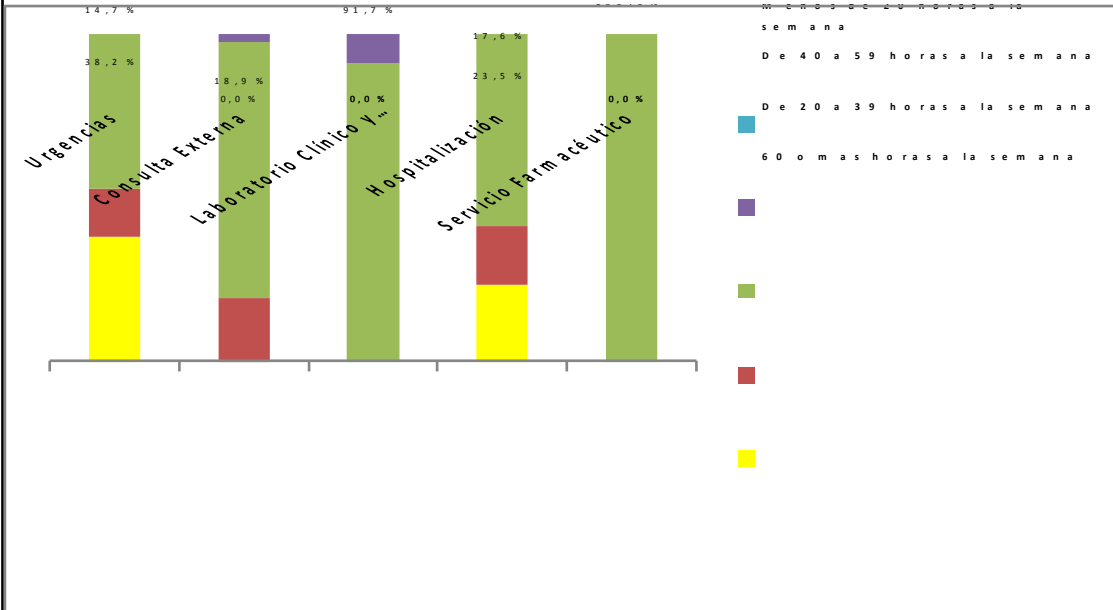
GRAFICA 95: Cuánto tiempo lleva usted trabajando en la institución.



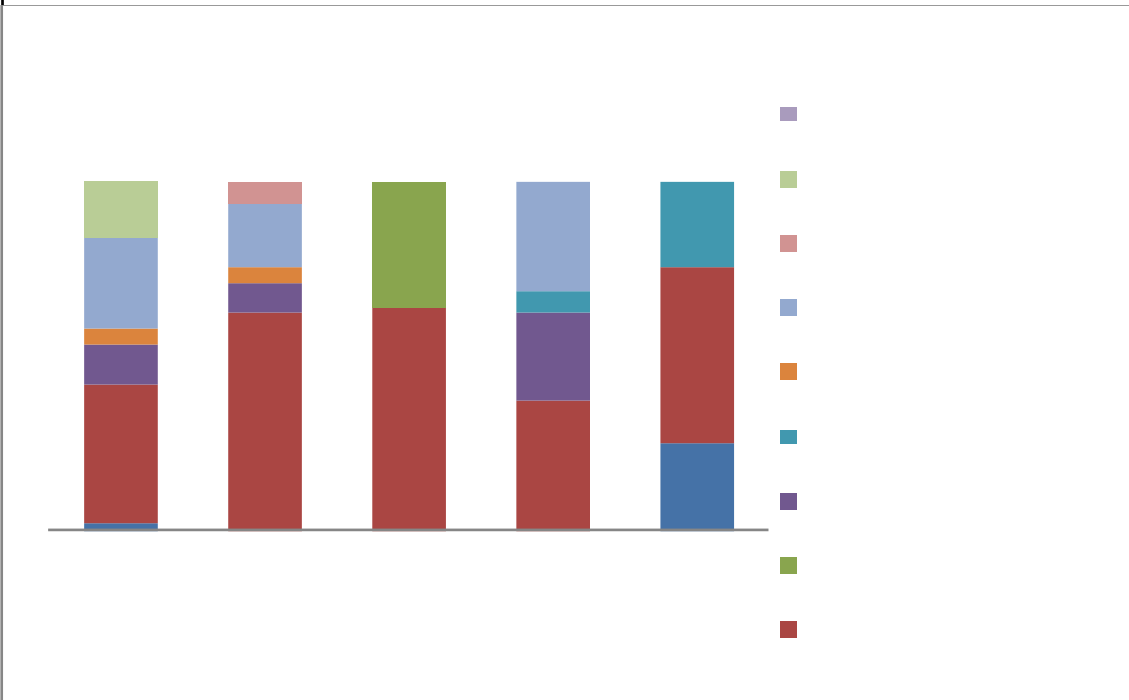
GRAFICA 96: Cuánto tiempo lleva usted trabajando en su actual área/ servicio.



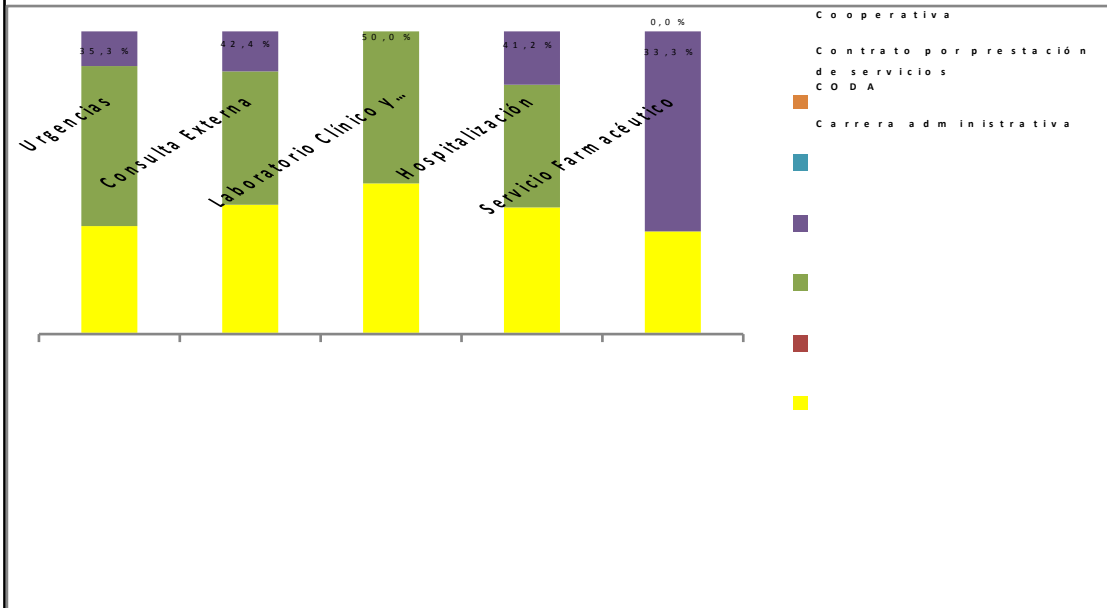
GRAFICA 97: Cuántas horas a la semana trabaja usted en la institución.



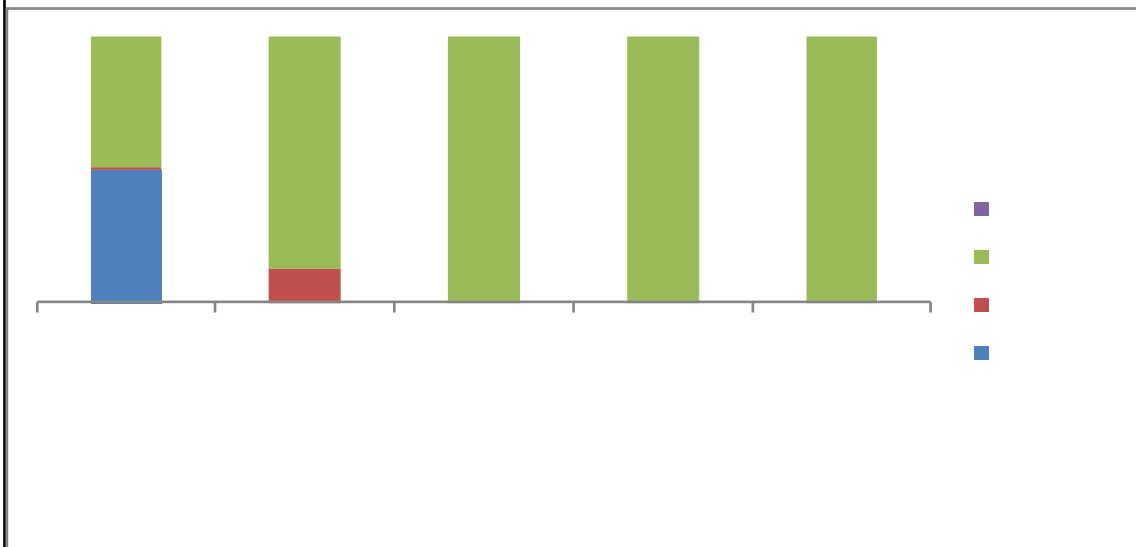
GRAFICA 98: Cuáles su cargo en esta institución.



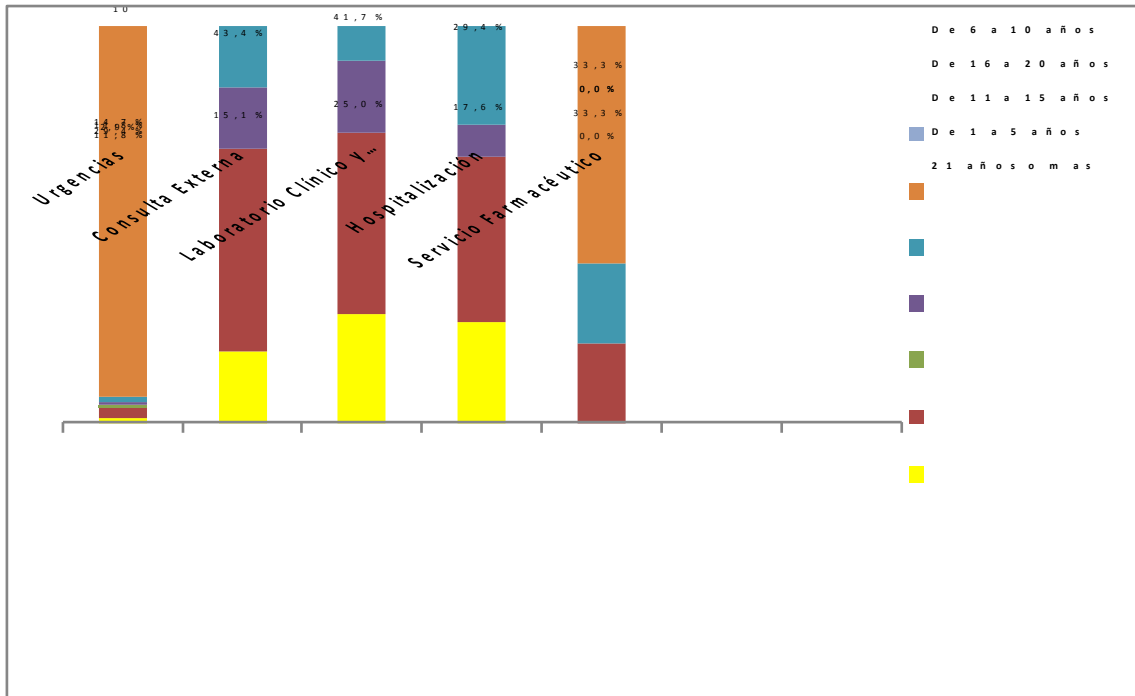
GRAFICA 99: Qué tipo de contrato tiene.



GRAFICA 100. en su cargo, tiene usted una interacción directa o contacto con pacientes.



GRAFICA 101. Cuánto tiempo lleva usted trabajando en su cargo actual.

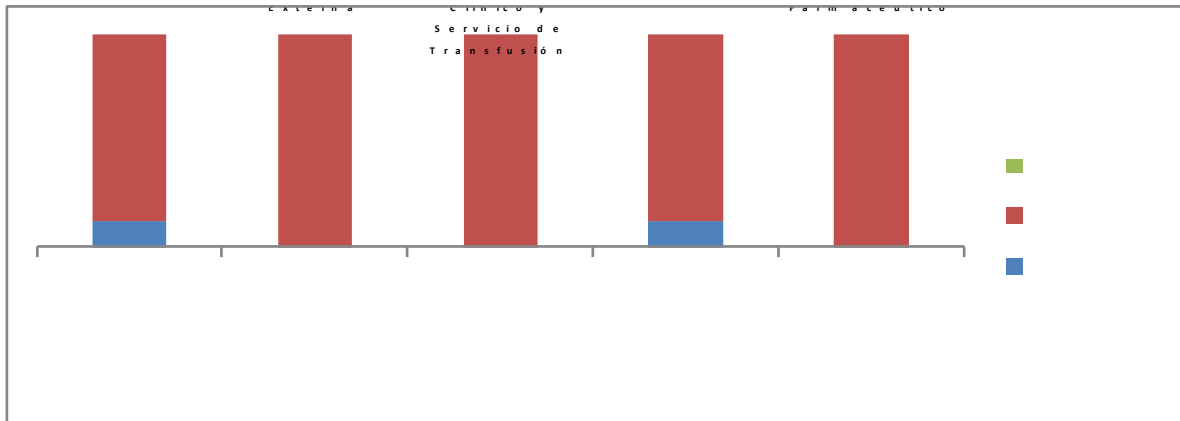


En cuanto a la caracterización del personal de la institución, la mayoría del personal encuestado fueron auxiliares de, enfermería, laboratorio, farmacia y odontología, con experiencia de 1 a 5 años en su profesión, antigüedad en la institución de 1 a 10 años, contrato por carrera administrativa y prestación de servicios, con una intensidad de 40 a 59 horas semanales, en las áreas de consulta externa y urgencias y con un tiempo en el cargo actual de 1 a 5 años.

SECCION J:

ATENCIÓN SEGURA

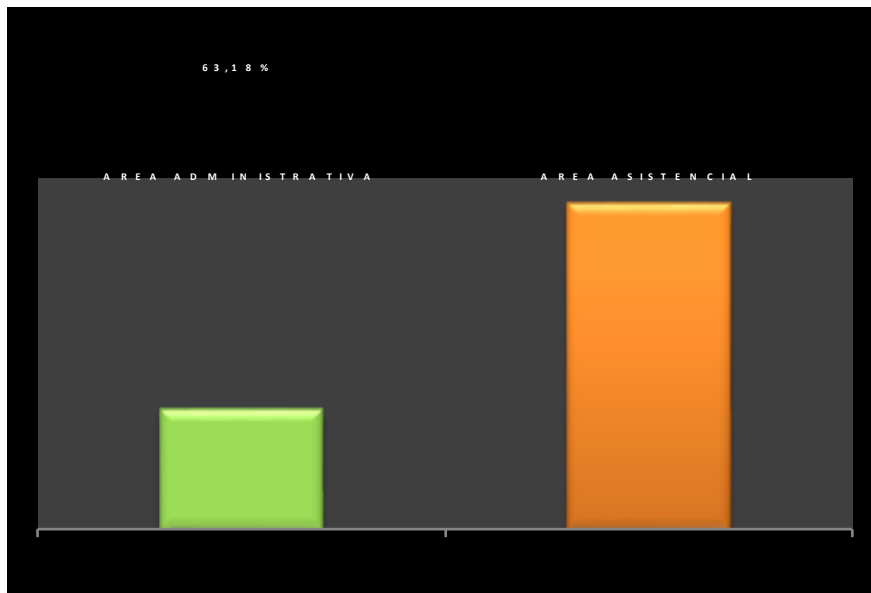
GRAFICA 102: ¿Que los pacientes son atendidos de forma segura?



Cada una de las secciones de evaluación genera un impacto de la institución frente al grado de cultura de seguridad del paciente, desde la relación entre el personal, y la comunicación descendiente y ascendente de directivos y funcionarios, el reporte de eventos adversos, frente a la gráfica 101, solo el área de urgencias y hospitalización con un porcentaje de 11.8 % considera que los pacientes no son atendidos de forma segura, a diferencia de las otras áreas que el 100% del personal encuestado manifestó que los pacientes son atendidos de forma segura, es importante analizar el área de laboratorio clínico ya que a pesar de referir que cuentan con el suficiente personal no reportaron eventos adversos en los últimos 12 meses consideran que el grado de seguridad del paciente en el área es malo, sin embargo el 100% refiere que los pacientes son atendidos de forma segura.

PONDERADO FINAL DE CLIMA DE SEGURIDA DEL PACIENTE

GRAFICA 103: Ponderado



Teniendo en cuentas las diferentes variables analizadas en el respectivo poyecto, se concluye de que la percepcion de cultura de seguridad del paciente para el area asistencial es de 65.22 % del total de funcionarios encuestados; y el area administrativa del 63.18% . si bien es cierto que abarca mas del 60% del personal encuestado, es importante identificar y realizar un analsis de aquellas actividades diarias que podrian poder en peligro la salud del paciente, para generar medidas correctivas o planes de mejoramiento que permita birndar una atencion con calidad .

8. CONCLUSIONES

Teniendo en cuenta el estudio realizado frente a la evaluación de la cultura de seguridad del paciente en Assbasalud ESE, se concluyo:

- La caracterización del talento humano en la institución de salud Assbasalud E.S.E, frente a la participación en la mediación de la cultura de la seguridad del paciente, tanto del personal asistencial, como fueron auxiliares de , enfermería , odontología, farmacia; y el área administrativo con predominio del personal en gestión administrativa y financiera, con características en común las dos áreas, tipo de contratación por carrera administrativa y prestación de servicios, con una antigüedad de más de 5 años en la institución permitiendo tener continuidad en los procesos tanto asistenciales como administrativos. Se evidenciando las fortalezas y debilidades en cuanto a las actividades que se realiza día a día para el cuidado y seguridad del paciente, de gran importancia para el abordaje de las intervenciones en pro del mejoramiento de la calidad de la atención.
- En la presente investigación se encontró que las áreas de consulta externa con un promedio de 77.4% no reporto ningún evento en los últimos 12 meses. El área de laboratorio clínico el 91% no reporto ningún evento adverso, sin embargo en cuanto a la grafica 82 el 75% del personal refiere que el grado de seguridad del paciente es mala por lo tanto estos datos generan controversia en cuanto a si se están reportando eventos o hay un subregistro de los mismos. .el área de farmacia con el 57.6 % reportaron de 1- 2 eventos adversos, hospitalización reporto de 1-2 eventos con un porcentaje de 29% del 100% de los encuestados. Y el área de urgencias el 50% de los colaboradores refiere que no se reportaron eventos adversos, el 20% refiere mas 23 eventos reportados en los últimos 12 meses.

- De acuerdo a los resultados en el estudio investigativo se concluye que en ambas áreas se debe realizar actividades que mejoren la percepción de la seguridad del paciente, interiorizando que esta depende de todo el personal independiente de su actividad asignada, ya que el área administrativa de acuerdo a los hallazgos tiene la percepción de que las funciones realizadas no generan impacto sobre la seguridad del paciente, o no se tiene reconocimiento de los eventos adversos reportados.
- Se evidenció que la comunicación juega un papel fundamental entre todos los ejes de la organización, de esto depende que los pacientes tengan una atención segura y que como institución se maneje la misma información. Ya que el área administrativa en la sección A que comprende el área de trabajo, en las gráficas 4,6, 7, 8 el personal refiere no estar de acuerdo ni en desacuerdo con un promedio de 38 % en que se estén realizando acciones para mejorar la seguridad del paciente, es solo por casualidad que en el área no ocurran errores más serios, no se tiene o se genera problemas con la seguridad del paciente en las diferentes áreas administrativas. Adicional a esto el área hospitalización refiere que nunca se le informa de los errores cometidos con un promedio de 41 % del personal encuestado.
- El reporte oportuno y conciso de los eventos adversos permite que las acciones correctivas y planes de mejoramientos sean aplicados de forma ágil, se llega a la conclusión de que según los resultados obtenidos por el estudio, con un porcentaje superior al 80% no se generó en los últimos 12 meses reporte de eventos adversos por lo cual se deduce que hay un Subregistro de la información y que es una institución con multiplex áreas de atención y con un número grande de usuarios, cabe resaltar que en el estudio se manifestó que sienten temor a reportar los eventos adversos por posibles consignas en hoja de vida.

- De acuerdo a la información suministrada en el estudio realizado se concluye que el grado de seguridad del paciente es bueno soportado con un 11.9 % del área administrativa que considera que la atención no es segura, por el contrario el 88.1% de la misma área considera que si lo es, en el área asistencial el 23.6 % manifestó que atención no es segura con énfasis en los servicios de urgencias y hospitalización, y el 76.4 % manifestó que si lo es, a nivel global teniendo en cuenta que la medida está por encima del 70% en ambas áreas la atención que se brinda en la institución es segura según el análisis.
- Cabe resaltar que en la institución se evidencia áreas que no tienen la concepción adecuada de la importancia de la seguridad del paciente el área administrativa tiene la responsabilidad de las gestiones oportunas de los pacientes teniendo en cuenta que desde allí también se puede generar eventos adversos por lo tanto se busca generar concientización para la adecuada ejecución de los mismos

9. RECOMENDACIONES

Teniendo en cuenta los comentarios presentados por los funcionarios de la institución y los hallazgos encontrados realizaremos las siguientes recomendaciones:

- Socializar y fomentar con el personal de las diferentes áreas la importancia de reportar los eventos adversos encontrados, analizarlos y aplicar los correctivos necesarios; el área de laboratorio clínico manifestó no haber reportado ningún evento adverso en los últimos 12 meses en la gráfica 93. Sin embargo el personal de las diferentes áreas, en la sección D frecuencia de eventos adversos/ errores reportados, del área asistencial refieren que siempre se reportan los eventos adversos.
- En el área de laboratorio de acuerdo a los hallazgos encontrados, se recomienda socializar con el personal la política de seguridad del paciente y de igual manera el reporte oportuno de los eventos adversos ya que los encuestados tienen la percepción de que el grado de seguridad del paciente en esta área es malo.
- Generar acciones de concientización en el área administrativa con respecto a la importancia de involucrarlos en la seguridad del paciente ya que esta es un compromiso tanto de la parte asistencial como administrativa, se evidenció en la gráfica 4,6,7,8 que la mayoría del personal no está de acuerdo, ni en desacuerdo con la información solicitada en cuanto a los procesos de seguridad del paciente.

- Se percibe la necesidad de mejorar la coordinación en el área de urgencias ya que manifestaron que el cambio de turno en este servicio altera el cuidado del paciente, por tanto diseñar estrategias que promuevan al trabajo en equipo entre todas las unidades y de esta manera cultivar una actitud proactiva hacia la seguridad del paciente, generar unidades de análisis de los diferentes casos médicos que permita orientar al profesional para direccionar el caso.

BIBLIOGRAFÍA

Nro. 1: Manual de atención segura Assbasalud E.S.E. J. U López, Comité ejecutivo de calidad 17 de julio de 2015. Consulta 10 de agosto de 2015.

Nro. 2: 55ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD WHA55.18. Punto 13.9 del orden del día 18 de mayo de 2002. Calidad de la atención: seguridad del paciente. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/AD/THS/EV/blood-4ta-resolucion.pdf>. Consultado el 13 de febrero de 2009.

Nro. 3 Ministerio de salud. Programa nacional de garantía de calidad de atención médica. Seguridad del paciente.2004.citado en julio del 2015.disponible en <http://www.msal.gov.ar/pngcam/seguridad.htm>

Nro. 4: 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%20PACIENTE.pdf>. Consultado el 16 de febrero de 2009.

Nro. 5: OMS: organización mundial de la salud (internet).OMS:2004 (citado 10 de agosto 2015). Disponible en <http://www.who.int/patientsafety/es>

Nro. 6: OMS: organización mundial de la salud (internet).OMS:2004 (citado 10 de agosto 2015). Disponible en <http://www.who.int/patientsafety/implementation/es/>:

Nro. 7: Ministerio de la protección social. Guía técnica buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud (internet).ministerio de la protección social: 2008. Julio del 2015.disponible en <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia-buenas-practicas-seguridad-paciente.pdf>.

Nro. 8: O M S : organización mundial de la salud (internet).Portugal, Ginebra. O M S :
2007 (citado julio 2015).disponible en
<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2007/pr52/es/>

Nro. 9: Ministerio de protección social. República de Colombia. Herramientas para
promover la estrategia de la seguridad de paciente en el sistema obligatorio de
garantía de calidad de la atención en salud: 2007.julio del 2015.disponible
en:www.paho.org/col/index.php?option=com_docman&task=doc

Nro. 10: Guía técnica política de seguridad del paciente. Hospital San Blas, mayo
del 2010.citado en julio del 2015.disponible en:
<http://www.hospitalsanblas.gov.co/documentos/calidad/politicasegpaciente.pdf>

Nro. 11: Ministerio de la Protección Social. República de Colombia. Detectar,
prevenir y reducir el riesgo de infecciones asociadas con la salud: (citado julio
2015).disponible en:[https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/.../Detectar-
Infecciones.pdf](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/.../Detectar-Infecciones.pdf)

Nro.. 12: Comité de Expertos en Gestión de Seguridad y Calidad de Atención
Sanitaria, Grupo de Expertos en Prácticas de Medicina Segura Seguridad del
Paciente y error en la medicina: glosario de términos (Sitio en internet). Disponible
en: <http://www.errorenmedicina.anm.edu.ar/glosario>. Asb consulta 16 de agosto de
2008

Nro. 13: Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Hebert L, Localio AR, Lawthers AG, et
al. incident of adverse events and negligence in hospitalized patients. Result of the
Harvard Medical Practice Study I. N Engl J Med 1991; 324 (6): 370-378.

ANEXOS:

1. CARTAS DE AUTORIZACIÓN.

2. FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.

3. INSTRUMENTOS UTILIZADOS.

Adicionalmente los anexos que sean
requeridos.