

REPORTE EN SEGURIDAD DEL PACIENTE

**FORTALECIMIENTO DEL REPORTE Y ANÁLISIS DE CASOS EN
SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA IPS SERVICIOS INTEGRALES
DE SALUD CENTRO MÉDICO CENTENARIO SANTANDER DE
QUILICHAO CAUCA – 2021**

ANA MARÍA MONTOYA MIRA
ANGÉLICA MARÍA MAYOR GIRALDO
CRIS DAYANA MANCILLA MANCILLA
LADY JAZMÍN OROBIO BETANCOURT
VERÓNICA VIDALES URREA.

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE MANIZALES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN ADMINISTRACIÓN DE LA SALUD
SANTIAGO DE CALI, COLOMBIA
2021**

**FORTALECIMIENTO DEL REPORTE Y ANÁLISIS DE CASOS EN
SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA IPS SERVICIOS INTEGRALES
DE SALUD CENTRO MÉDICO CENTENARIO SANTANDER DE
QUILICHAO CAUCA – 2021**

ANA MARÍA MONTOYA MIRA
ANGÉLICA MARÍA MAYOR GIRALDO
CRIS DAYANA MANCILLA MANCILLA
LADY JAZMÍN OROBIO BETANCOURT
VERÓNICA VIDALES URREA

Trabajo de grado, para optar al título de especialista en administración de
la salud

Docente: Vanesa Mercedes Rivera Rosero, Fisioterapeuta, Esp.

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE MANIZALES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN ADMINISTRACIÓN DE LA SALUD
SANTIAGO DE CALI, COLOMBIA
2021**

TABLA DE CONTENIDO

1. INFORMACIÓN GENERAL DEL PROYECTO	7
2. RESUMEN	8
2.1. Resumen	8
2.2. Introducción	11
2.3. Planteamiento del problema	13
2.4. Justificación	16
3. OBJETIVOS	18
3.1. Objetivo General	18
3.2. Objetivos específicos	18
4. MARCO TEÓRICO	19
4.1. Antecedentes	19
4.1.1. Antecedentes internacionales	19
4.1.2. Antecedentes nacionales	23
4.1.3. Antecedentes regionales	27
4.2 Marco referencial	31
4.3 Marco conceptual	35
4.4 Marco Legal	41
5. METODOLOGÍA	50
5.1 Enfoque y diseño	50
5.2 Población y muestra	51
5.2.1 criterios de inclusión y exclusión	52
5.3 Plan de recolección de información	52
5.4 Instrumento	54
5.5 Plan de análisis de información	55
5.6 Componente ético	56
5.7 Consentimiento informado	64
6. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	66

6.1 Resultados	66
6.2 Discusión	74
7. CONCLUSIONES	81
7.1 Conclusiones	81
8. RECOMENDACIONES	83
8.1 Recomendaciones	83
9. BIBLIGRAFÍA	85

LISTA DE TABLAS Y GRÁFICOS

Tabla 1. Distribución por genero	66
Grafica 1. Protocolo para la prevención de eventos adversos	67
Grafica 2. Compromiso de la alta gerencia en la política	68
Grafica 3. Conocimiento de la existencia de política	69
Grafica 4. Gestión del riesgo en seguridad del paciente	70
Grafica 5. Buenas prácticas de seguridad del paciente	71
Grafica 6. Protocolo de lavado de manos	72
Grafica 7. Manual de bioseguridad	73

LISTA DE ANEXOS

ANEXO 1. Formato de consentimiento informado	92
ANEXO 2. Carta de autorización	94
ANEXO 3. Instrumento	96
ANEXO 4. Ficha técnica de la encuesta	97
ANEXO 5. Plan de mejora	98



**VICERRECTORÍA ACADÉMICA
CENTRO INSTITUCIONAL DE INVESTIGACIÓN, PROYECCIÓN Y
DESARROLLO**

1. INFORMACIÓN GENERAL DEL PROYECTO

**Título: FORTALECIMIENTO DEL REPORTE Y ANÁLISIS DE CASOS EN
SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA IPS SERVICIOS INTEGRALES DE
SALUD CENTRO MÉDICO CENTENARIO SANTANDER DE QUILICHAO
CAUCA – 2021**

Investigadores:

Ana María Montoya Mira.

Angélica María Mayor Giraldo.

Cris Dayana Mancilla Mancilla

Lady Jazmín Orobio Betancourt.

Verónica Vidales Urrea.

Lugar de Ejecución del Proyecto:

Ciudad: Santander De Quilichao

Departamento: Cauca

Duración del Proyecto (períodos académicos): Tres

2. RESUMEN

2.1. RESUMEN

La seguridad del paciente es un aspecto relevante en las instituciones prestadoras de servicios de salud, este es considerado un eje transversal en todo el proceso de atención al usuario tanto en la parte asistencial como administrativa, que busca garantizar en cada uno de los procesos existentes en la organización una atención segura, minimizando riesgos y procurando la continuidad del tratamiento y su recuperación, por tanto el reporte de los incidentes o eventos adversos permitirá prevenir o mitigar la ocurrencia de los mismos.

Esta investigación tuvo como objetivo general, estructurar la metodología para el reporte y análisis de casos en Seguridad del Paciente para la IPS UT Servicios Integrales de Salud Centro Médico Centenario Santander de Quilichao Cauca para el año 2021.

La metodología aplicada fue de tipo no experimental, descriptiva y cuantitativa, midiendo la adherencia al reporte y análisis de casos. En cuanto a la población con la que se trabajó fueron 30 trabajadores de la IPS lo cual representaba la totalidad de la población por lo que no se realizó muestreo alguno; se tuvieron en cuenta variables relacionadas con prácticas seguras, cultura institucional, clasificación de los eventos y estandarización de procesos, se aplicó el instrumento tomado del Ministerio de Salud y Protección Social, lista de chequeo para las buenas prácticas de seguridad

de pacientes, obligatorias en el sistema único de habilitación,¹ se adoptó la lista de acuerdo a los requerimientos para el nivel de complejidad que es bajo.

En cuanto a los resultados obtenidos, se encontró que más de la mitad de los colaboradores reconocen e identifican la política de seguridad del paciente y el compromiso de la gerencia, además de los instrumentos para la identificación y análisis de eventos adversos, identificación de riesgos y las prácticas seguras.

Finalmente se puede concluir que la institución tiene una base importante para realizar el reporte y análisis de los casos de seguridad del pacientes, sin embargo es importante fortalecer la metodología de mejoramiento institucional generar mayor adherencia a los procesos y prácticas seguras, que contribuya a la estandarización de los métodos de identificación, análisis, seguimiento y así fortalecer la cultura del reporte y atención segura para los usuarios.

Palabras Claves: Seguridad del Paciente, reporte, incidente, evento adverso

ABSTRACT

Patient safety is a relevant aspect in health care services, it is considered a transversal axis in health care process both in the operative and administrative part, it seeks to guarantee Safe care in each of the processes of the organization, minimizing risks and ensuring continuity of treatment and

patient's recovery, therefore reporting of incidents or events in health care service could prevent or mitigate their occurrence.

This research has as general objective to structure the methodology for reporting and analysis in patient care cases in the IPS UT Servicios Integrales de Salud Centro Médico Centenario, Santander de Quilichao Cauca in 2021

We used descriptive and quantitative non-experimental methodology, measuring adherence to reporting and case analysis. In population, no sample was taken, due that it is a small population, 46 workers were programmed, only 30 applied; Variables related to safe practices, institutional culture, classification of events and process' standardization were taken into account, the instrument applied was taken from the Ministry of Health and Social Protection, a checklist for patient safety practices, mandatory in the Unique qualification system, the list was adopted according to the requirements for the low level of health service.

We found that patient safety policy and administrative compromise whit this was recognized and identified for more than half of the collaborators, in addition they know the instruments for the identification and analysis of adverse events, identification of risks and the safe practices.

Finally, we concluded that the institution has important bases to do report and analysis of the cases in patient safe, however it is important to strengthen the methodology for institutional improvement, generate more adherence to processes and safe practices, this contributes to the standardization of the

methods of identification, analysis, monitoring and by the way the culture of reporting and safe care for health care users.

Key Words: Patient Safety, report, incident, adverse event

2.2. INTRODUCCIÓN

La seguridad del paciente es un eje transversal dentro las instituciones prestadoras de servicios de salud, promueve herramientas para garantizar una atención de calidad a los usuarios, por medio de la implementación de buenas prácticas y de procesos seguros.

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), la seguridad es un principio fundamental de la atención al paciente y un componente crítico de la gestión de la calidad. Mejorarla requiere una labor compleja que afecta a todo el sistema, en la que interviene una amplia gama de medidas relativas a la mejora del funcionamiento, seguridad del entorno y la gestión del riesgo.²

Dentro de este marco se reconoce que las causas de los incidentes que perjudican la salud de los pacientes pueden estar relacionadas con errores humanos, falencias en el sistema provocados por la organización o por agentes externos a ella.

Es importante implementar acciones encaminadas a fortalecer la cultura de la seguridad del paciente, la estandarización de los procesos y

guías de atención, así como plantear un sistema estructurado de reportes, que tenga como base la constante verificación de los riesgos que se encuentran asociados a la prestación del servicio, siendo fuente de información para ejecutar acciones de mejora, que busquen prevenir, mitigar y eliminar los riesgos asociados a la atención en salud.

Con este proyecto se busca dar respuesta a la pregunta ¿Cómo fortalecer el reporte y análisis de casos de seguridad del paciente en la IPS Servicios Integrales de Salud Centro Médico Centenario del municipio de Santander de Quilichao? Lo cual implicó realizar la medición del estado actual de la organización, haciendo un diagnóstico por medio de la aplicación del instrumento, guía técnica de las buenas prácticas de seguridad del paciente del ministerio de salud y protección social.

Con la medición de los resultados se espera definir las necesidades de la institución de implementar, fortalecer y orientar el programa de seguridad del paciente para brindar una atención segura al usuario.

Es por ello que se constituye como parte fundamental del programa, socializar y medir la adherencias del mismo, implementar las rondas de seguridad, identificar los riesgos y barreras asociadas a la atención, así como, realizar el reporte y análisis de casos, por medio herramientas que permiten identificar la causa y actuar sobre ella, que tiene como finalidad crear en los colaboradores una cultura de seguridad del paciente, todo esto con el objetivo de ofertar servicios de salud con los más altos estándares de calidad.

2.3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el departamento del Cauca existe diversidad de comunidades que habitan en áreas urbanas y rurales, las cuales se encuentran en condiciones económicas vulnerables, como es el caso del municipio de Santander de Quilichao y municipios circunvecinos; Situación que se agudiza por la débil presencia estatal que genera vacíos, que son aprovechados por grupos armados ilegales para la inserción y desarrollo de economías ilícitas como el narcotráfico y la minería ilegal.

Al tener poca presencia gubernamental, tanto en la parte de seguridad pública, como en la deficiente vigilancia y acompañamiento en el sector salud, se han detectado falencias que afectan la situación de los pobladores.

Es un tema álgido en el ámbito del sector público, se han generado diferentes estrategias de políticas públicas, con el fin de tener mejores oportunidades y compromiso por parte de las instituciones prestadoras de salud para con los usuarios. Debido a dichas necesidades en el año 2002 la OMS emitió una resolución en la Asamblea Mundial, a favor de la Seguridad del Paciente, “Preocupada porque la incidencia de eventos adversos está poniendo en peligro la calidad de la atención, además de ser una causa importante y evitable de sufrimiento humano y de imponer un elevado tributo en pérdidas financieras y en costos de oportunidad para los servicios

de salud”³. Esto ayuda a comprender que la Seguridad del Paciente, debe representar para las instituciones de salud, un requisito fundamental para su funcionamiento, lo cual da como resultado la prestación de un servicio seguro, accesible y humanizado

Día a día es más relevante en las instituciones prestadoras de servicios, pero aún no se ha logrado un compromiso institucional orientado hacia la implementación y seguimiento de la política de Seguridad del Paciente, debido a que, en las instituciones no existe la cultura del reporte, hay carencia de capacitaciones y poco apoyo gubernamental en las instituciones de salud.

Este es un tema que día a día cobra mayor importancia en las instituciones prestadoras de servicios, pero aún no se ha logrado un compromiso institucional completo y orientado hacia la implementación y seguimiento de la política de Seguridad del Paciente, debido a que en las instituciones no existe la cultura del reporte, hay carencia de capacitaciones y poco apoyo gubernamental en las instituciones de salud.

Es importante saber que el tipo de población que se tiene en la institución estudiada es una población en condición de alta vulnerabilidad, la cual debe ser manejada de la mejor manera y garantizando continuidad en el tratamiento y su recuperación, minimizando al máximo cualquier riesgo que pueda ocurrir derivado de alguna mala praxis en salud, por uso

inadecuado de los protocolos, de las guías de prácticas clínicas, manejo inadecuado de los sistema de información, por ello es tratar de aumentar las medidas para la prevención y notificación de incidentes o eventos adversos, y todas aquellas prácticas poco seguras que puedan afectar la experiencia del usuario.

Es importante mitigar todos los riesgos que presentan fallas graves en la prestación del servicio como elemento fundamental para para garantizar calidad en la atención, es así que se plantean los siguientes cuestionamientos ¿Existe en la IPS UT Servicios Integrales De Salud Centro Médico Centenario el Programa de Seguridad del Paciente? ¿Cómo fortalecer una cultura del reporte y análisis de casos en la IPS UT servicios integrales de salud centro médico centenario?, estas preguntas permitirán al gerente tener un enfoque general en torno a las prácticas seguras.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cómo fortalecer el reporte y análisis de casos en seguridad del paciente para la IPS UT Servicios Integrales de Salud Centro Médico Centenario, Santander de Quilichao Cauca para el año 2021?

2.4 JUSTIFICACIÓN

Las políticas en seguridad del paciente cada vez cobran más importancia en la calidad de la atención en salud, para la OMS es un principio fundamental de la atención sanitaria, pues hay un cierto grado de peligrosidad inherente a cada paso del proceso de atención en salud.

Colombia impulsa una Política de Seguridad del Paciente, liderada por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud SOGC, cuyo objetivo es prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y de ser posible eliminar la ocurrencia de eventos adversos, para contar con instituciones seguras y competitivas internacionalmente. Consolidar un entorno seguro para los pacientes y acompañantes, desde la identificación de riesgo en cada uno de los procesos asistenciales, logrando así minimizar la ocurrencia de estos, a través de la implementación de barreras de seguridad eficientes, la creación de una cultura Institucional de prevención y reporte de eventos para llegar a la construcción de un aprendizaje organizacional.

Los eventos adversos pueden estar en relación con problemas de la práctica clínica, de los protocolos, procedimientos o del sistema. La mejora de la seguridad del paciente requiere un esfuerzo complejo, que abarca una amplia gama de acciones dirigidas hacia la mejora del desempeño, la

gestión de la seguridad y los riesgos ambientales, incluido el control de las infecciones, el uso seguro de los medicamentos y la seguridad de los equipos, además de la práctica clínica y del entorno en el que se preste la atención en salud.

Teniendo en cuenta lo anterior se hace importante incluir estos aspectos en las instituciones prestadoras de servicios de salud, para minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención en salud o de mitigar sus consecuencias.

El Centro Médico Centenario tiene implementada la política de seguridad del paciente sin embargo no cumple con algunos requerimientos como lo es el reporte de incidentes y eventos adversos, que les permita mejorar y realizar acciones tanto preventivas como correctivas.

Es por esto que se hace necesario contribuir en forma efectiva a la IPS Centro Medico Centenario en el fortalecimiento del programa y la política de seguridad del paciente que le permita a la institución prestar un servicio de salud de calidad, donde el más beneficiado sea el usuario garantizando una atención integral y segura

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL

Estructurar la metodología para el reporte y análisis de casos en Seguridad del Paciente para la IPS UT Servicios Integrales de Salud Centro Médico Centenario, Santander de Quilichao Cauca para el año 2021.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conocer la política actual de seguridad del paciente de la IPS Centro Médico Centenario.
- Estandarizar la aplicación de la herramienta del protocolo de Londres para el análisis de los casos en seguridad del paciente.
- Adaptar el instructivo para el reporte de los casos en seguridad del paciente.
- Fortalecer la ruta para el reporte de casos en seguridad del paciente

4. MARCO TEÓRICO

4.1 ANTECEDENTES

4.1.1 Antecedentes internacionales.

- Cultura de seguridad del paciente: evaluación de los enfermeros en la atención primaria a la salud.

Sonia María Kalckmann de Macedo y colaboradores realizaron un estudio en la ciudad de Curitiba (España) desde julio a diciembre del 2019, titulado Cultura de seguridad del paciente: Evaluación de los enfermeros en la atención primaria a la salud⁵.

El principal objetivo fue evaluar la cultura de seguridad del paciente desde la perspectiva de los enfermeros en Atención Primaria de Salud, los estudios actuales no profundizan el real desempeño de los profesionales con relación a la seguridad del paciente, así que es relevante evaluar la caracterización de la cultura de seguridad entre los profesiones, fue un estudio descriptivo de abordaje cuantitativo, donde participaron 14 unidades de salud de la ciudad, cuarenta y tres enfermos, el instrumento utilizado fue el Medical Office Survey on Patient Safety Culture (MOSPSC) que consiste

en cincuenta y una preguntas que miden doce dimensiones de la seguridad del paciente.

La confiabilidad del instrumento es de alfa de Cronbach de 0,95. Los datos fueron analizados por estadística descriptiva, por medio de una escala de Likert. En este estudio se notaron problemas relacionados con el intercambio de información con otras instituciones, el proceso de trabajo, el miedo a la culpa, el castigo por los errores y la gestión.

En la evaluación global de la Seguridad del Paciente, 50% de los profesionales de la Estrategia Salud de la Familia consideran “muy bueno” y de las Unidades Básicas de Salud, 73,9% consideran “bueno”. Los resultados muestran que una cultura de seguridad son potencialidades y fragilidades que necesitan ser trabajadas, y el enfermero como base de este proceso para el fortalecimiento de la calidad y seguridad del paciente en la Atención Primaria a la Salud.

Esta investigación aporta información valiosa y ayuda a comprender cómo el tema de seguridad y salud en el paciente en los últimos años ha tenido gran relevancia en la práctica clínica, nos muestra cómo ha sido abordada esta temática en diferentes países desde los distintos niveles de atención, teniendo como prioridad la educación a los profesionales de salud para prevenir al máximo el daño durante la práctica clínica.

-Seguridad del paciente en el servicio de medicina interna del hospital Delfina Torres.

González Landázuri Jerry Geovanny y Mercy J. Falcones B, realizaron un trabajo de grado en la ciudad de esmeralda ecuador en el año 2018 y publicado en el 2019 titulado: seguridad del paciente en el servicio de medicina interna del hospital delfina torres, donde su objetivo fue evaluar la seguridad del paciente durante el proceso de atención del servicio de medicina interna del hospital delfina torres de concha⁶.

Esta casa de salud acoge a pacientes con diferentes patologías, siendo el servicio de medicina interna el área en donde son hospitalizados para su tratamiento y recuperación, encontrándose múltiples factores de riesgos para la ocurrencia de eventos adversos debido a la sobrecarga laboral a la que se encuentra expuesto el personal sanitario que desencadenan problemas durante la atención como puede ser no brindar cuidados individualizados, que por factor de tiempo o recursos no realicen los procedimientos y aplicación de tratamientos en el tiempo recomendado; a consecuencia del déficit manejo de normas de bioseguridad al momento de la atención, los pacientes padecen infecciones asociadas a la salud.

Este fue un estudio cuanti-cualitativo, diseño transversal y con un alcance descriptivo. Como técnicas de recolección de datos se usaron

encuestas dirigidas a pacientes y personal de salud, más la aplicación de una guía de observación para valorar las actividades desarrolladas, teniendo como muestra de estudio a 53 personas entre usuarios y personal del servicio.

Los resultados hallados fueron la producción de eventos adversos en el 30,5% de los paciente, de tipo flebitis con el 8,3%, el 5,6% se encontraron caídas del paciente, y retraso en la aplicación de tratamientos médicos se representaron 2 casos; se evidenció que la edad en pacientes mayores a 65 años y el sexo femenino actuaron como determinante de los eventos producidos, se concluyó que a pesar de los procesos de mejoras de la calidad en la atención brindada a los pacientes en el hospital, reflejada en la mejora de infraestructuras y tecnologías usadas, continúan procedimientos o retrasos en los procesos que ponen en riesgo la vida del paciente, al igual que procesos como la identificación de eventos adversos que deben ser reformados dentro del servicio en donde se realizó la investigación para poder prevenir estos eventos.

La seguridad que se le brinda a los pacientes durante la estadía hospitalaria es de muy importante en la recuperación plena de su estado de salud, en la atención se pueden presentar sucesos por parte del personal asistencial o implementos usados en el sistema de salud que ponen en riesgo la salud del paciente, este trabajo nos motiva a la implementación de

acciones que garanticen un oportuno reporte de eventos y una instauración de protocolos para una práctica clínica segura.

4.1.2 Antecedentes nacionales.

-Cultura de seguridad del paciente en la prestación de servicios profesionales de Terapia Ocupacional. Salud Uninorte.

Los problemas inherentes a la atención en salud constituyen un asunto señalado como prioritario; entre otras razones, debido a que la seguridad del paciente es uno de los principios fundamentales y éticos de la atención sanitaria; es indicador de calidad de estos servicios y está asociado a decenas de millones de eventos al año que pueden derivar en discapacidades y fallecimientos, muchos de ellos prevenibles; y estos errores acarrearán una considerable carga económica en los países debido a los gastos por concepto médico y hospitalario, discapacidades resultantes, pérdida de ingresos y necesidad de reconocer compensaciones.⁷

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la seguridad del paciente es la reducción del riesgo de daños innecesarios relacionados con la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable, el cual se refiere a las nociones colectivas de los conocimientos del momento, los recursos

disponibles y el contexto en el que se prestaba la atención, ponderadas frente al riesgo de no dispensar tratamiento o de dispensar otro

Son diversos los tipos de incidentes que se presentan en el contexto de la atención en salud y que pueden derivar en eventos que pongan en riesgo o desencadenan lesión o daño no intencional sobre el usuario en los servicios.

En el escenario nacional, en los últimos años se ha despertado un interés creciente por el tema. El país ha avanzado en el desarrollo de lineamientos técnicos, medidas de tipo normativo y una Política de seguridad del paciente que articulados con el Sistema de garantía de la calidad de la atención en salud pretende mejorar las condiciones de dichos servicios, sin dejar de lado estos mismos elementos de calidad y seguridad también incorporados desde el ámbito académico.

Este artículo aporta de manera significativa ya que se puede ver que en nuestro País se han implementado acciones en todos los niveles, para adoptar políticas de seguridad del paciente orientadas a disminuir la incidencia de eventos prevenibles en salud, sin embargo aún hay poca adherencia, tanto a las prácticas seguras como al reporte y análisis de eventos, entre las causas descritas está el desconocimiento de la ruta interna y el temor del personal a ser reconocido como responsable del evento.

-Revisión bibliográfica sobre la importancia de reportar eventos adversos en el área de la salud en Colombia.

Las instituciones prestadoras de servicio en salud atribuyen gran importancia a la implementación cultural en reporte de eventos adversos, enfocándose en la seguridad del paciente, puesto que es de total conocimiento que la seguridad es una condición elemental en la calidad de atención, que, por sí misma, tiene como propósito ser segura. Debe haber un gran compromiso desde el personal administrativo de las instituciones, ya que de ellos depende crear e impulsar una cultura en la organización, debido a que actualmente esto es un deber de todas las instituciones⁸.

El personal asistencial también desempeña un papel importante dentro de la cadena funcional de la institución de salud, y para ejecutarlo correctamente es vital operar bajo parámetros que permitan una relación de confianza y compromiso enfocado en el cuidado del paciente. La realización de actividades informativas con fines de sensibilización tanto para colaboradores internos (personal institucional) como externos (proveedores y usuarios), contribuye a la mejora continua de protocolos y guías de manejo; y así fomentar las prácticas seguras y minimizar el riesgo.

La promoción del reporte de eventos adversos orientado a la supresión de creencias en consecuencias laborales negativas futuras, crea

conciencia en el personal encargado refiriendo que nadie se encuentra exento de un evento adverso y para ello es esencial el apoyo institucional, siendo factible el uso de un sistema de notificación fácil de comprender y diligenciar.

Con un sistema de notificación de fácil acceso para el personal, podemos tener rápidamente un plan de acción y de esta forma evitar que el suceso se vuelva a presentar. Los pacientes y sus familiares deben sumergirse en la importancia del autocuidado, siendo trascendental el rol que van a cumplir a futuro dentro de la cultura en reporte de eventos adversos.

El uso de una estrategia institucional que comprenda la implementación de rondas de seguridad, será viable para compactar el antes, durante y después de la presencia de un evento adverso dentro de aquella cultura de reporte generada. La labor de la institución no es solo implementar la metodología de vigilancia de eventos adversos, su trabajo debe iniciar con el estudio y el diagnóstico del riesgo en su institución, el cual debe realizarse en todos los servicios, identificando acciones inseguras en base a esto lograr establecer prácticas.

Las instituciones prestadoras de servicios de salud deben aprender de instituciones que ya han implementado prácticas seguras en la prevención de eventos adversos

El presente trabajo es de vital importancia para el proyecto, ya que recopila diferentes estudios realizados en la Ciudad de Medellín, que relatan las barreras y oportunidades de mejora suscitados de la necesidad de implementar políticas, programas y una ruta para el reporte de los eventos adversos en salud, que es nuestro objetivo.

4.1.3 Antecedentes regionales.

-Auditoría de eventos adversos en tiempos de pandemia covid – 19 en un servicio de urgencias de un hospital del valle cauca durante el primer semestre del 2020.

Los eventos adversos atribuidos a la atención en salud son una realidad y se presentan durante el proceso de atención y de la interacción del personal de salud con los pacientes, por ello se deben fortalecer y establecer mecanismos que contribuyan a que estos eventos no se presenten, para esto es necesario el entrenamiento, capacitación al personal de salud y proporcionalidad en la carga laboral ⁹.

Es importante tener en cuenta que, el nivel de conocimientos de la política de Mejoramiento de Calidad, aplicada a los eventos adversos en época de pandemia COVID-19, permite una mejor orientación hacia la prestación más segura de los servicios de salud por parte del personal de enfermería, de manera que la difusión, despliegue y generación de conocimiento permite minimizar el riesgo de que dichos eventos se presenten.

El diseñar una estrategia que incentive la cultura del reporte de eventos adversos permitirá llevar a cabo acciones de mejoramiento continuo en el cumplimiento de las políticas de seguridad por parte del personal de enfermería del Servicio de Urgencias de un Hospital de Valle del Cauca. Entender la relevancia de la auditoría como una herramienta de gestión de la calidad en los servicios de urgencias, permite lograr una mejor gestión de los riesgos, control y formulación de acciones de mejora en las diferentes operaciones y procesos que desarrolla el personal de enfermería de un Hospital de Valle del Cauca.

Algunos eventos adversos en el marco de la coyuntura en salud actual pueden atribuirse a la carga laboral, al estrés propio del trabajo, las nuevas medidas y protocolos implementados durante la pandemia, esto lleva a establecer que, los eventos adversos pueden aumentar en tiempos de pandemia (Covid-19), y por ello se deben adoptar estrategias que

contribuyan a que estos no se presenten, o a que se realice el reporte, para establecer medidas que contribuyan a la disminución de eventos adversos, mejorar el reporte y por ende buscar soluciones que contribuyan a mejorar la seguridad del paciente.

La revisión de este trabajo aporta una visión de la seguridad del paciente desde la perspectiva de la pandemia covid 19 y como esta ha impactado en el incremento de los eventos adversos al paciente y la importancia de adaptación de los servicios para sobrellevar las consecuencias económicas, reputacionales y legales. Es importante que las instituciones se acoplen ante los nuevos requerimientos de bioseguridad y protocolos de atención, sin descuidar la atención de calidad y seguridad del paciente.

-Nivel de conocimiento de la política de seguridad de paciente en los funcionarios de una IPS domiciliaria con cobertura en el valle del cauca en el año 2019.

Es evidente que la seguridad del paciente es uno de los pilares más fundamentales en todas las instituciones, la cual nos ayuda a prevenir las ocurrencias de situaciones que afecten la seguridad del paciente, a reducir y eliminar todos los eventos adversos.¹⁰

En Colombia se han creado protocolos que han asumido también los retos en investigación y desarrollo de sistemas de información que permitan detectar y analizar los errores, en la práctica de la atención sanitaria y así contar con instituciones seguras y competitivas internacionalmente.

En el valle del cauca, no se establece con precisión cómo aplican los protocolos en sus procesos institucionales, hay déficit en el empoderamiento del tema, el personal multidisciplinario no se encuentra capacitado en el tema. Hay instituciones que tienen adoptado algunos componentes, pero no son claros al momento de definirlos y/o en su defecto aplicarlos.

Se necesita fortalecimiento por parte de las instituciones para poner en marcha con más fuerza los protocolos de seguridad del paciente, el personal debe de estar capacitado constantemente para reducir y evitar la ocurrencia de eventos adversos en todos los ámbitos.

Teniendo en cuenta que los conocimientos que posea el equipo multidisciplinario sin discriminar género, edad, o la percepción del tema, todo el enfoque de seguridad del paciente debe de estar ligado en la relación profesional-paciente enfermedad, la cual es obligación mejorar la calidad de la atención de los pacientes, haciéndola cada vez más segura y

poder lograr evitar un incidente, evento adverso o una complicación en la atención.

La revisión de este estudio permite identificar la percepción del personal de una IPS domiciliaria sobre la seguridad del paciente, el conocimiento que tienen sobre el tema y la aplicabilidad en su día a día. Muestra la importancia de la educación a todos los niveles sobre este tema, con el objetivo de hacerlo más amigable y el tener unos protocolos establecidos y divulgados a todo el personal.

4.2 MARCO REFERENCIAL

El Centro Médico Centenario es una institución de salud, de primer nivel de complejidad, que nace del sueño de un selecto grupo de profesionales cuyo propósito inicial fue el de aunar esfuerzos en forma mancomunada para ofrecer servicios médicos a la comunidad, pero que con el correr de los años se ha convertido en una entidad con alto sentido de pertenencia hacia la población, que oferta sus servicios apoyada en la idoneidad y capacitación de todos y cada uno de sus colaboradores.

Su misión está centrada en los usuarios, razón de ser del centro médico. es una institución al servicio de la comunidad cuyo objetivo es prestar servicios de salud de primer y segundo nivel de complejidad a la

población de Santander de Quilichao y todas sus áreas de influencia, regidos bajo los principios de ÉTICA Y EFICIENCIA, logrando permanente crecimiento y contribuyendo al bienestar de los usuarios y colaboradores, satisfaciendo sus necesidades de mejoramiento de salud y nivel de vida apoyados en las nuevas tecnologías y en la preparación y conocimientos del personal que garantiza un servicio eficiente, adecuado y oportuno.

Su visión es ser, en los próximos cinco (5) años, una de las mejores y más eficientes instituciones que prestan servicios de salud a la población de Santander de Quilichao y todas sus áreas de influencia, fundamentados en que la excelente calidad de nuestros servicios satisfaga las necesidades de los usuarios y consecuentemente mejore su calidad de vida; al tiempo que se convertirá en una empresa sólida con la cual puedan contar nuestros clientes y colaboradores.

El centro médico centenario cuenta con una política de seguridad guiada por los protocolos del ministerio de salud de Colombia, sin embargo, desde hace un tiempo se ha dejado de realizar el correcto reporte y seguimiento de los eventos en seguridad del paciente.

La seguridad y salud del paciente definido para el ministerio de salud en Colombia “como el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente

probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias. Implica la evaluación permanente de los riesgos asociados a la atención en salud para diseñar e implantar las barreras de seguridad necesarias”.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la seguridad es un principio fundamental de la atención al paciente y un componente crítico de la gestión de la calidad.

Este tema ha venido tomando fuerza al pasar de los años ya que es una parte fundamental para garantizar el bienestar y recuperación ágil y segura de los pacientes. Desde el año 2004 la organización mundial de la salud comienza la alianza mundial para la seguridad del paciente que busca establecer políticas necesarias para mejorar la seguridad de los pacientes. En octubre de 2005 se crea el primer desafío, destinado a promover una campaña mundial para disminuir las infecciones nosocomiales bajo el lema “Una atención limpia es una atención más segura”. Este se lanzó en la sede de la OMS en Ginebra.

Reconociendo que la seguridad del paciente es una prioridad sanitaria mundial, la Asamblea de la Salud adoptó una resolución sobre la seguridad del paciente que respalda el establecimiento del Día Mundial de

la Seguridad del Paciente, que los Estados Miembros celebrarán anualmente el 17 de septiembre.

Resaltando que la seguridad del paciente es un pilar fundamental para el bienestar de los enfermos, se adoptó la resolución WHA55.18 (2002), en la que se insiste a los Estados Miembros a que «se preste la mayor atención posible al problema de la seguridad del paciente y a que establezcan y consoliden sistemas de base científica, necesarios para mejorar la seguridad del paciente y la calidad de la atención de salud»¹¹

En el año 2009 se realizó el primer estudio sobre la prevalencia de efectos adversos de hospitales en Latinoamérica, donde participó la Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud, el Ministerio de Sanidad y Política Social de España, y los Ministerios de Salud e instituciones de Argentina, Colombia, Costa Rica, México y Perú. Se evidenció que 1 de cada 10 pacientes hospitalizados (10%) sufren al menos un daño durante su atención, 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.¹²

Los eventos adversos son lesiones causadas en la asistencia médica hospitalaria, que prolongan la estadía en el centro asistencial con

consecuencias altas que pueden llevar hasta la muerte, en la última década Colombia ha estado comprometido en el fortalecimiento de las políticas de seguridad y salud en cada institución implementando estrategias que incluyen transformación cultural donde se involucre todo el personal directivo, asistencial, administrativo, el paciente y la familia.

Colombia cuenta con una Política Nacional de Seguridad del Paciente y una Guía Técnica de Buenas Prácticas, el objetivo es proporcionar a las instituciones las normas técnicas para una práctica en los procesos asistenciales, dan recomendaciones para mover y gestionar una práctica segura en la atención en salud, y se basan fundamentalmente en: Procesos institucionales seguros, Procesos asistenciales seguros, Incentivar prácticas que mejoren la actuación de los profesionales, Involucrar los pacientes y sus allegados en su seguridad.

4.3 MARCO CONCEPTUAL

Seguridad del paciente: Se define como el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.¹³ Existen varias definiciones acerca de este término, pero en sentido general todas se mantienen como elemento común: la noción de

reducir a un mínimo aceptable el riesgo que implica el cuidado sanitario, es decir, proveer cuidados más seguros a los pacientes. Las acciones fundamentales incluyen la identificación, la conducta a tomar y evaluación de los riesgos, el informe y análisis de los incidentes críticos, así como la capacidad de aprender de ello e implementar soluciones para minimizar los riesgos o impedir que se repitan¹⁴.

Es importante prevenir el daño y promover el cuidado para eso es importante tener cultura de seguridad que se define como el producto de valores, actitudes, percepciones, competencias y patrones de comportamiento individuales y grupales que determinan el compromiso, el estilo y el desempeño de una institución. Se debe caracterizar por una comunicación interpersonal adecuada basada en la confianza mutua, en la percepción compartida de la importancia de la seguridad, en la confianza de la eficacia de las medidas preventivas, en el enfoque pedagógico del error como base, que lleve al aprendizaje organizacional y se origine de la conciencia del error cometido, y, que lleve a la existencia de un plan de capacitación y recursos.¹⁵

Evento Adverso: Un Evento son las lesiones o complicaciones involuntarias que ocurren durante la atención en salud, las cuales son más atribuibles a esta que a la enfermedad subyacente y que pueden conducir a la muerte, la incapacidad o al deterioro en el estado de salud del paciente, a

la demora del alta, a la prolongación del tiempo de estancia hospitalizado y al incremento de los costos de no-calidad.¹⁶ Es un daño no intencionado provocado por un acto médico más que por el proceso nosológico en sí. Según el Anexo Técnico No. 2 de la Clasificación Internacional de Seguridad del Paciente, se aborda un poco más en dicho concepto, teniendo el evento adverso como todo incidente imprevisto e inesperado que surge como consecuencia de un tratamiento o por una complicación médica, no por la enfermedad de fondo, y que da lugar a una hospitalización prolongada, a una discapacidad en el momento del alta médica, o ambas cosas. Este tipo de incidentes constituye un resultado no deseado para el paciente, que puede ser o no consecuencia de un error, y el cual surge durante la atención clínica, causando lesiones físicas o psicológicas a un paciente, es decir, el Evento Adverso es el daño ocasionado al paciente a partir de la atención o intervención en salud y que no es producida intencionalmente.

Los conceptos relacionados a este son¹⁷:

- Daño asociado a la Atención Sanitaria: Es el daño que deriva de los planes o medidas adoptados durante la prestación de la atención sanitaria o que se asocia a ellos, no el que se debe a una enfermedad o lesión subyacente.
- Incidente relacionado con la Seguridad del Paciente: Es un evento o circunstancia que sucede durante la atención clínica de un paciente y

que, si bien no le genera un daño directo a su salud, sí le afecta en la medida que, al ocurrir fallas en los procesos de atención, afectan en cierta medida a la persona, generalmente debido a que se prolongue su estancia hospitalaria.

- Evento Adverso grave: Evento adverso que ocasiona la muerte, contribuye a ella, produce una discapacidad o genera una intervención quirúrgica.
- Evento Adverso moderado: Si ocasiona prolongación de la estancia hospitalaria al menos de un día de duración.
- Evento Adverso leve: Si ocasiona lesión o complicación sin prolongación de la estancia hospitalaria.
- Evento Adverso prevenible: Incidente que no se habría producido si el paciente hubiese recibido la atención adecuada para la ocasión.
- Incidente con daños: Denominado también como Evento Adverso, que es un incidente que causa algún daño al paciente.
- Incidente sin daños: Es aquél en que un evento alcanza al paciente, pero que no le causa algún daño apreciable.
- Error: Es el hecho de no llevar a cabo una acción prevista según se pretendía o de aplicar un plan incorrecto. Los errores pueden manifestarse al hacer algo erróneo (error de comisión) o al no hacer lo correcto (error de omisión), ya sea en la fase de planificación o de la ejecución.

- **Infracción:** Es un desvío deliberado de las normas, reglas o procedimientos operativos. Tanto los errores como las infracciones elevan el riesgo, aunque no llegue a producirse un incidente.
- **Cuasierror:** Es un incidente que no alcanza al paciente, pero que evidentemente debe ser considerado para estudio.²

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.¹⁸

Un incidente según la OMS, en su marco conceptual de la clasificación internacional para la seguridad del paciente del 2009, es cualquier suceso o circunstancia que dañe o pueda dañar innecesariamente a un paciente, operativamente se usa la definición de incidente o incidente crítico a la circunstancia que puede resultar en un daño innecesario al paciente, incluyendo enfermedad, lesión, sufrimiento, incapacidad y que este puede ser físico, social o psicológico.¹⁹

Para el estudio de estos se creó la estrategia llamada protocolo de Londres que consiste en una versión revisada y actualizada de un documento previo conocido como “Protocolo para Investigación y Análisis de Incidentes Clínicos”. Constituye una guía práctica para administradores de riesgo y otros profesionales interesados en el tema.

Se desarrolló teniendo en cuenta la experiencia en investigación de accidentes, tanto en el sector de la salud como de otras industrias que han avanzado enormemente en su prevención. Su propósito es facilitar la investigación clara y objetiva de los incidentes clínicos, lo cual implica ir mucho más allá de simplemente identificar la falla o de establecer quién tuvo la culpa.²⁰

Barrera de seguridad: Conjunto de acciones que ayudan a evitar que ocurra un evento adverso o un incidente. El equipo de salud siempre debe tener presente que durante cualquier contacto con los servicios de salud deben contribuir a alertar, identificar y comunicar cualquier situación de riesgo²¹, para poder que existan unas buenas barreras de seguridad el personal debe tener cultura de seguridad del paciente y esta se define como el conjunto de valores y normas comunes a los individuos dentro de una misma organización e implica un modelo mental compartido que posiciona la seguridad como un objetivo común a perseguir, de manera que los individuos y la organización están comprometidos con los programas de seguridad del paciente.

Según la Agencia Nacional de Seguridad del Paciente de Inglaterra y Gales (NPSA) son tres las características necesarias de la cultura de seguridad en las organizaciones sanitarias:

1. Abierta: Se asume el fallo del sistema como origen de los accidentes.
2. Justa: No se imponen medidas punitivas.
3. De aprendizaje: Interpreta los incidentes como posibilidades de mejora.

Cambiar la cultura de seguridad de una organización es siempre un reto difícil y existen distintas formas de potenciar, incluyendo: valoraciones de la situación inicial, formación de equipos, fomento del liderazgo, establecimiento de auditorías de seguridad o uso de sistemas de registro de incidentes críticos.¹⁸

Atención en salud: Se denomina atención de la salud al conjunto de procesos a través de los cuales se concreta la provisión de prestaciones y cuidados de salud a un individuo, un grupo familiar, una comunidad y/o una población. En tanto objetivo, la asistencia sanitaria presupone que es posible contribuir a la salud garantizando un agregado de atenciones que permitan, en primer lugar, conservar la salud de las personas. En segundo lugar, evitar el deterioro de la salud de la población tanto cuanto lo permita el conocimiento médico y los recursos disponibles. En tercer lugar, recuperar la salud de quienes han enfermado para que logren sanar. En cuarto lugar, detectar tan precozmente como fuera posible y evitar el agravamiento, en especial de aquellas enfermedades para las cuales aún no se ha identificado una cura. En quinto lugar, aliviar el dolor y minimizar el sufrimiento de los enfermos graves que no pueden ser curados.²²

Para la OMS la Declaración de Alma-Ata definió la atención primaria de salud como un conjunto de valores rectores para el desarrollo sanitario, un conjunto de principios para la organización de servicios de salud y una variedad de criterios para abordar las necesidades sanitarias prioritarias y los determinantes fundamentales de la salud.²³

4.4 MARCO LEGAL

La seguridad del paciente es un problema mundial de salud pública que afecta a los países de todo nivel de desarrollo. En el siglo XXI el tema de seguridad del paciente se ha convertido en uno de los temas principales liderado por el Sistema Obligatorio de Garantía de la calidad de la Atención en Salud SOGCS, cuyo objetivo es prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la integridad del paciente, reducir la ocurrencia de eventos adversos para contar con instituciones seguras y competitivas.

La seguridad del paciente presenta unas directrices emanadas por la organización mundial de la salud y el ministerio de salud y protección social retomando desde la propuesta de organización de entornos seguros en la prestación de servicio de salud con el desarrollo de acciones, herramientas y políticas para este fin que establece un compromiso con la seguridad del paciente.

Dentro de las herramientas se encuentran los paquetes instruccionales, documentos que permiten capacitar e instruir a las instituciones sobre el modo en que deben implementar las buenas prácticas seguras en la atención en salud.

La seguridad del paciente se constituye en una herramienta para implementar procesos institucionales seguros, involucrando a los grupos de interés enmarcados en el acto de la atención en salud, como son los pacientes, familiares, cuidadores, los equipos de salud, los servidores de procesos estratégicos y los proveedores de bienes y servicios en general.

Dentro de la legislación colombiana se encuentra la ley 100 de 1993. Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral (SGSS). La Seguridad Social Integral es el conjunto de instituciones, normas y procedimientos, de que disponen la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica, de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad.

Esta ley contempló la calidad como un atributo fundamental de la atención integral en salud que se le brinda a la población.

Ley 1122 de 2007 En el capítulo 1. Artículo 1: La presente ley tiene como objetivo 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 los servicios de salud, fortalecimiento en los programas de salud pública, y de las funciones de inspección, vigilancia, control, organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud.²⁴

Esta ley es importante porque lo que pretende es proteger los derechos de los usuarios, en especial, el derecho al aseguramiento y al acceso al servicio de atención en salud, individual y colectiva, en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y estándares de calidad en las fases de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación.

Decreto 1011 de 2006: Describe el campo de aplicación como son los prestadores de Servicio de salud, las Entidades Promotoras de Salud, las Administradoras del Régimen Subsidiado, Medicina Prepagada y Entidades Departamentales, distritales y Municipales de Salud. Define las características de SOGCS: Oportunidad, Pertinencia, Accesibilidad, Continuidad y Seguridad. Establece los 4 componentes del SOGCS: El

Sistema único de Habilitación, La auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud, el Sistema único de Acreditación y el Sistema de información para la calidad Estos 4 componentes tienen en común que todos velan por la Seguridad del Paciente.

Establece que la Seguridad del Paciente es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías, basadas en evidencias científicamente probadas, que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención en salud o mitigar sus consecuencias.²⁵

Resolución 2003 de 2014: Aplica a las Instituciones Prestadoras de servicio de salud, profesionales independientes de salud, servicio de transporte especial de pacientes, entidades con objeto social diferente a la prestación de servicios de salud.

En el Estándar 5. Procesos Prioritarios, define qué se debe “Contar con un Programa de Seguridad del Paciente que provea una adecuada caja de herramientas para la identificación y gestión de eventos adversos, el cual debe incluir: planeación estratégica de la seguridad, fortalecimiento de la cultura institucional; medición, análisis, reporte y gestión de los eventos adversos y la implementación de Procesos seguros.¹⁷

Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente en Colombia 2008: su propósito es prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y de ser posible eliminar la ocurrencia de eventos adversos para contar con instituciones seguras.

Colombia es un país considerado líder en los manejos institucionales de salud por lo cual no es ajeno a estos cambios en los procesos de salud, por lo cual el Ministerio de Protección Social interviene creando documentación que permite hacer un lineamiento frente a las políticas de Seguridad del Paciente que siendo bien instauradas y desarrolladas permitirán que los eventos adversos se reduzcan y se ofrezcan servicios de mayor calidad. Haciendo que este proceso sea continuo lo que permite monitorear los posibles factores de riesgos de diverso origen que pudiera incidir en que la atención no sea segura e implementar de ser necesarias las barreras de seguridad requeridas para mitigar o reducir los posibles eventos adversos.

Guía técnica de buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud. Versión 001. 2010: Brinda a las instituciones recomendaciones técnicas, para la operativización e implementación de buenas prácticas en sus procesos asistenciales.

La guía incluye cuatro grupos que buscan incentivar, promover y gestionar la implementación de prácticas seguras de la atención en salud:

1. Procesos institucionales seguros.
2. Procesos asistenciales seguros.
3. Involucrar a los pacientes y sus allegados en su seguridad.
4. Incentivar prácticas que mejoren la actuación de los profesionales.

Las buenas prácticas que incluye esta guía son aplicables a Prestadores de Servicios de Salud hospitalarios, ambulatorios, profesionales independientes y Entidades administradoras de planes de beneficios en relación con sus propios procesos operativos, administrativos y con su red de prestadores.

Promoción de la cultura de seguridad del paciente: su propósito es integrar, disponer y difundir la información y el conocimiento sobre seguridad del paciente, para fomentar el desarrollo de capacidades y la implementación de acciones de mejora.²⁶

La resolución 0112 de 2012: Tiene como uno de sus objetivos: prevenir la ocurrencia de eventos adversos en los procesos de atención en salud mediante el despeje de metodologías científicas probadas y la adopción de herramientas prácticas que mejoren las barreras de seguridad

y establezcan un entorno seguro de la atención en salud y así disminuir el riesgo en la atención brindada a los pacientes.

La alta gerencia 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.

De esa manera en las instituciones se instauran los siguientes objetivos: instaurar prácticas seguras de atención en los servicios de salud bajo los lineamientos de los paquetes instruccionales definidos por el Ministerio De Salud y Protección social. Gestionar los eventos adversos ocurridos en la institución a través de la promoción del reporte, análisis de los sucesos e implementación de acciones correctivas y preventivas que fomenten el aprendizaje organizacional.²⁰

La resolución 3100 de 2019: El manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud es el instrumento que contiene las condiciones, estándares y criterios mínimos requeridos para ofertar y prestar servicios de salud en Colombia.

Estándares mínimos exigidos²⁷

1. El prestador de servicios de salud cuenta con una política de seguridad del paciente acorde con los lineamientos expedidos por el ministerio de salud y protección social
2. El prestador de servicios de salud realiza actividades encaminadas a gestionar la seguridad del paciente.
3. El prestador de servicios de salud cuenta con un comité o instancia que orienta y promueve la política de seguridad del paciente, el control de infecciones y la optimización del uso de antibióticos, cuando los prescriba o administre. En el caso de profesionales independientes de salud podrá ser el mismo prestador. Comités: seguridad del paciente, infecciones, farmacovigilancia, tecnovigilancia, reactivovigilancia, hemovigilancia, historias clínicas, ética médica, COVE.
4. El prestador de servicios de salud adopta y realiza las siguientes prácticas seguras (paquetes instruccionales – institucionales, asistenciales, incentivan la buena actuación de los profesionales), según aplique a su servicio de salud y cuenta con información documentada para:
 - 4.1 Asegurar la correcta identificación del paciente en los procesos asistenciales (que incluya como mínimo dos identificadores: nombre completo y número de identificación).
 - 4.2 Gestionar y desarrollar una adecuada comunicación entre las personas encargadas del proceso de atención.

5. METODOLOGÍA

5.1 ENFOQUE Y DISEÑO

No experimental

Es la investigación que se realiza sin manipular deliberadamente variables. Es decir, se trata de estudios en los que se hacen variar en forma intencional las variables independientes para ver su efecto sobre otras variables. Lo que se busca en la investigación no experimental es observar fenómenos tal como se dan en su contexto natural, para analizarlos ²⁸

Los diseños de investigación transeccional o transversal recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado. Es como “tomar una fotografía” de algo que sucede.²⁸

Si bien los resultados de los sistemas de reporte no son la alternativa más útil para monitorizar el incremento o disminución de la presentación de eventos adversos en la institución IPS UT Servicios Integrales de Salud Centro Médico Centenario, Santander de Quilichao para el año 2021, contribuyeron con la generación de alternativas que permitieron medir la prevalencia o la incidencia de ocurrencia de dicho fenómeno, para este

propósito la metodología desarrollada fue no experimental por ser una alternativa útil para este propósito, así como las herramientas para el análisis de indicio de evento adverso disponibles en la literatura.¹⁹

Descriptivo

Con los estudios descriptivos se buscó especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se sometiera a un análisis. Es decir, únicamente pretenden medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a las que se refieren, esto es, su objetivo no es indicar cómo se relacionan éstas.

5.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

La población se define como el conjunto de individuos de los que se desea buscar en una investigación. En el estudio, la población estuvo conformada por 46 colaboradores que laboran en la IPS Servicios Integrales de Salud Centro Médico Centenario durante el año 2021. Siendo esta la totalidad de trabajadores de la institución.

La muestra se define como un subgrupo o parte de la población de estudio. En el presente estudio por ser una población finita o pequeña; la muestra quedó conformada por el total de la población de 46 colaboradores.

5.2.1 Criterios de inclusión y exclusión.

Inclusión:

- Ser trabajador de la IPS Servicios integrales de salud centro médico centenario Santander de Quilichao cauca.

Exclusión:

- Estar en licencia de maternidad o incapacidad medica
- Incorporación al centro médico menor de 6 meses
- Personal que no quiera participar en la investigación

5.3 PLAN DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Para la recolección de la información se diligencio y se envió carta dirigida a la gerencia de la IPS Servicios integrales de salud centro médico centenario, con el fin de solicitar autorización para la realización del proyecto.

Posterior a esto el día sábado 28-08-2021, se realizó la visita a las instalaciones de la IPS, donde se les dio una breve explicación e introducción a los colaboradores sobre el proyecto que se llevará a cabo en la institución, este mismo día se les brindo y aplico el consentimiento

informado a todos los colaboradores que estuvieron de acuerdo en participar, luego de manera virtual por medio de una plataforma digital se inició con la aplicación del instrumento a los trabajadores que llenaron el consentimiento.

En la encuesta utilizada se inicia con el nombre del participante y el número de teléfono, seguido de 19 preguntas de selección cumple, no cumple u otros,

El link fue enviado por medio de correo electrónico y teléfono celular vía WhatsApp, como complemento se realizó llamadas telefónicas para ofrecer apoyo al diligenciamiento de la encuesta a quienes presentaron dificultades para realizarla.

De esta manera, existieron colaboradores que no pudieron diligenciar la encuesta con la misma metodología mencionada anteriormente por falta de medios digitales, por lo que se procedió a adelantarlas de manera presencia, con el fin de cumplir con la totalidad de las encuestas.

Por otra parte, cabe aclarar que, de los 46 colaboradores, 14 no cumplían con los criterios de inclusión, debido a que ya no laboraban en la institución, se encontraban incapacitados por más de 3 meses o llevan menos de 6 meses laborando en la IPS, mientras que, 32 sí aplicaron, pero 2 no realizaron la encuesta, reservándose las razones por las cuales decidieron no ser parte del estudio. Obteniendo así un total de 30 encuestas diligenciadas.

El siguiente es el link de la encuesta

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLScIUbWPhEnm6gPZvh7sXrw7zLH7SrtW75pJJvHg8yTo-sg31Q/viewform?usp=sf_link

5.4 INSTRUMENTO

El instrumento que se usó para hacer la medición inicial está validado, es ampliamente usado y difundido en todo el territorio Nacional. Fue tomado de la página del Ministerio de Salud y Protección social y es la lista de chequeo para las buenas prácticas de seguridad de pacientes obligatorias en el sistema único de habilitación¹

Este instrumento fue adaptado, teniendo en cuenta que algunas preguntas no aplicaban a los servicios ofertados en la **IPS Servicios integrales de salud Centro médico centenario**

Este aporta todos los elementos requeridos para dar respuesta al interrogante planteado, permitiendo establecer un diagnóstico actual de la IPS, sobre el reporte y análisis de casos en seguridad del paciente, con el fin de generar acciones de mejora en torno al proceso. (ver anexo 1)

5.5 PLAN DE ANÁLISIS DE INFORMACIÓN

Una vez diligenciadas la totalidad de encuestas en el formulario de Google adaptado para ello y posterior al plazo establecido como límite para el diligenciamiento de la misma, se procedió a organizar los datos en una hoja de cálculo en el programa Excel. Cada pregunta se tabuló en 3 respuestas; SI, NO y No sabe la respuesta.

La encuesta contenía 19 preguntas, que, de acuerdo con el contenido de cada una, fue posible agrupar en 7 variables de estudio;

Prevención y tratamiento de los eventos adversos, se tomaron las preguntas 5 y 18

- Compromiso de la alta gerencia en la política de seguridad del paciente, esta categoría solo contaba con una pregunta, la numero 1
- Conocimiento de los colaboradores sobre la política de seguridad del paciente, para esta categoría se aplicaron tres preguntas, la numero 2, 3 y 4
- Identificación y gestión del riesgo en seguridad del paciente, para esta categoría aplicaron las preguntas 6, 7 y 8
- Adherencia a buenas practicas de seguridad del paciente; esta categoría presento en total cuatro preguntas asociadas, estas fueron la 9,10,11 y 19

- Medición de adherencia al protocolo de lavado de manos, para esta categoría, sumaron las preguntas 12,13,14 y 15
- Implementación del manual de bioseguridad, para esta categoría se asociaron las preguntas 16 y 17

Las respuestas agrupadas por categorías se sumaron y luego se promediaron, en cuanto a las medidas de frecuencia utilizadas para expresar los resultados; fueron razón y relación porcentual

Para tabular la información, aplicar las formulas y graficar, se uso herramienta de paquete office Excel.

5.6 COMPONENTE ÉTICO

La ciencia y la investigación, al igual que cualquier actividad del hombre, están sujetas a principios éticos, que son precisamente los que le confieren su condición de acto específicamente humano. El hombre es un ser moral y autónomo, es decir, libre para obrar, pero también, y como contrapartida, responsable de sus actos; y a su vez digno de respeto y protección. En biomedicina y ciencias de la salud, la investigación que se realiza tiene en muchos casos al ser humano como objeto de estudio.

Es difícil llevar a cabo una investigación sin ética, ya que estas van de la mano para ser más eficientes dichas investigaciones en este caso es indispensable porque se entiende que la investigación contempla el respeto

hacia el ser humano y la honestidad tanto hacia la comunidad científica como a la sociedad en general. . De manera más simple, se puede afirmar que la bioética es la ética aplicada a las ciencias de la vida y de la salud.

Teniendo en cuenta la definición anterior podemos mencionar los principios de bioética aplicados a la investigación:

Los **principios de la bioética** que se garantizaran en esta investigación son:

Principio de autonomía: Es la capacidad que tiene cada individuo de ejercer su autonomía de decidir si entra al estudio o se retira, de asumir las implicaciones del proyecto investigativo.

- Los funcionarios del centro médico deciden de forma voluntaria participar en el proyecto de investigación
- Los funcionarios firman el consentimiento informado y reconoce el objetivo del proyecto
- Se respetará la toma de decisiones de los funcionarios
- El funcionario se puede retirar del estudio cuando él lo decida.

Principio de beneficencia:

Es el balance que debe inclinarse hacia los beneficios y cualquier molestia o daño que se presente debe ser manejado.

Se brindará respuestas a las preguntas o dudas surgidas a los funcionarios de la institución.

Principio de no maleficencia

- El desarrollo del proyecto investigativo no trae consecuencias presentes ni futuras que malogren la integridad física o psíquica del personal de salud.
- No se realizará ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos
- Los datos, tales como nombres de personas y de instituciones en general se manejan con privacidad, es decir colocándose un código o número.

Principio de justicia: En él se considera la igualdad y equidad que deben tener todas las personas que participen del estudio.

Se aplicará el mismo tipo de instrumento para todas las personas que hagan parte de la investigación.

Normatividad Nacional

Resolución 8430 de 1993²⁹

Establece las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud; en cumplimiento con los aspectos mencionados.

La presente investigación se clasifica SIN RIESGO de acuerdo a la Resolución 8430/93, la cual nos permitimos transcribir:

Artículo 5. En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y su bienestar.

Artículo 6. La investigación que se realice en seres humanos se deberá desarrollar conforme a los siguientes criterios:

- a) Se ajustará a los principios científicos y éticos que la justifiquen.
- b) Se fundamentará en la experimentación previa realizada en animales, en laboratorios o en otros hechos científicos.
- c) Se realizará sólo cuando el conocimiento que se pretende producir no pueda obtenerse por otro medio idóneo.
- d) Deberá prevalecer la seguridad de los beneficiarios y expresar claramente los riesgos (mínimos), los cuales no deben, en ningún momento, contradecir el artículo 11 de esta resolución.

e) Contará con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal con las excepciones dispuestas en la presente resolución.

f) Deberá ser realizada por profesionales con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano bajo la responsabilidad de una entidad de salud, supervisada por las autoridades de salud, siempre y cuando cuenten con los recursos humanos y materiales necesarios que garanticen el bienestar del sujeto de investigación.

g) Se llevará a cabo cuando se obtenga la autorización: del representante legal de la institución investigadora y de la institución donde se realice la investigación; el Consentimiento Informado de los participantes; y la aprobación del proyecto por parte del Comité de Ética en Investigación de la institución.

Artículo 8. En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo, sujeto de investigación, identificándose sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

Artículo 9. Se considera como riesgo de la investigación la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio.

Artículo 10. El grupo de investigadores o el investigador principal deberán identificar el tipo o tipos de riesgo a que estarán expuestos los sujetos de investigación.

Artículo 11. Para efectos de este reglamento las investigaciones se clasifican en las siguientes categorías:

- a) Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio.
- b) Investigación con riesgo mínimo: Son estudios prospectivos que emplean el registro de datos a través de procedimientos a grupos o individuos en los que no se manipulara la conducta del sujeto, pero pueden causar susceptibilidad en la población de estudio.
- c) Investigaciones con riesgo mayor que el mínimo: Son aquellas en que las probabilidades de afectar al sujeto son significativas.

Artículo 12. El investigador principal suspenderá la investigación de inmediato, al advertir algún riesgo o daño para la salud del sujeto en quien se realice la investigación. Así mismo, será suspendida de inmediato para aquellos sujetos de investigación que así lo manifiesten.

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

Artículo 15. El Consentimiento Informado deberá presentar la siguiente información, la cual será explicada, en forma completa y clara al sujeto de investigación o, en su defecto, a su representante legal, en tal forma que puedan comprenderla.

- a) La justificación y los objetivos de la investigación.
- b) Los procedimientos que vayan a usarse y su propósito incluyendo la identificación de aquellos que son experimentales.
- c) Las molestias o los riesgos esperados.
- d) Los beneficios que puedan obtenerse.
- e) Los procedimientos alternativos que pudieran ser ventajosos para el sujeto.
- f) La garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y Resolución 8430 DE 1993 - 2 aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento del sujeto.
- g) La libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio sin que por ello se creen perjuicios para continuar su cuidado y tratamiento.
- h) La seguridad es que no se identificará al sujeto y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad.
- i) El compromiso de proporcionar información actualizada obtenida durante el estudio, aunque ésta pudiera afectar la voluntad del sujeto para continuar participando.

- j) La disponibilidad de tratamiento médico y la indemnización a que legalmente tendría derecho, por parte de la institución responsable de la investigación, en el caso de daños que le afecten directamente, causados por la investigación.
- k) En caso de que existan gastos adicionales, éstos serán cubiertos por el presupuesto de la investigación o de la institución responsable de la misma.

La población de esta investigación está conformada por el número total de trabajadores de la IPS UT Servicios integrales de salud del centro médico Centenario de Santander de Quilichao Cauca, para un total de 46.

Por tratarse de datos recolectados por medio de un instrumento, se considera una investigación sin riesgo según el artículo 5,6,8,9,10,11,12,14,15 de la resolución 8430 de 1993; como una investigación que no realiza intervenciones o modificaciones de riesgos biológicos, fisiológicos, psicológicos, y sociales para los participantes (Resolución 8430, 1993). Se genera formato del consentimiento informado para su diligenciamiento por parte de los participantes del equipo de salud de la IPS **Servicios integrales de salud centro médico centenario Santander de Quilichao Cauca** hizo énfasis que el interés en el desarrollo del estudio es de tipo académico, que no implica que, en el desarrollo de la encuesta, en sus diferentes etapas (aplicación, tabulación,

análisis y resultados) sea alterado, y que las encuestas son anónimas para guardar la confidencialidad de los trabajadores. **(ver anexo 2)**

5.7 CONSENTIMIENTO INFORMADO

El Consentimiento Informado es un proceso de explicación verbal y escrita. La explicación verbal se refiere a una conversación entre el investigador responsable y el participante voluntario, la explicación escrita es absolutamente necesaria y es recogida, a través de un documento firmado por el investigador.

El Proceso de Consentimiento Informado es fundamental para la protección de las personas que participan voluntariamente en las investigaciones. Ninguna investigación puede llevarse a cabo éticamente si los participantes no son informados adecuadamente sobre la investigación, y los aspectos que conlleva su participación.

Para la realización del consentimiento informado se tuvo en cuenta la Resolución 8430 de 1993 en donde se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, específicamente en los ARTÍCULO 6, 14 y 15.

Como primera medida se ilustra el nombre de los investigadores y el objetivo principal de la investigación a realizar, posterior se explica cómo se

va a realizar la investigación, los beneficios y su propósito, dando la garantía de responder a cualquier inquietud o duda, la libertad de no

participar o retirarse en cualquier momento, además se da la seguridad de mantener la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad.

6. RESULTADOS Y DISCUSION

6.1 RESULTADOS

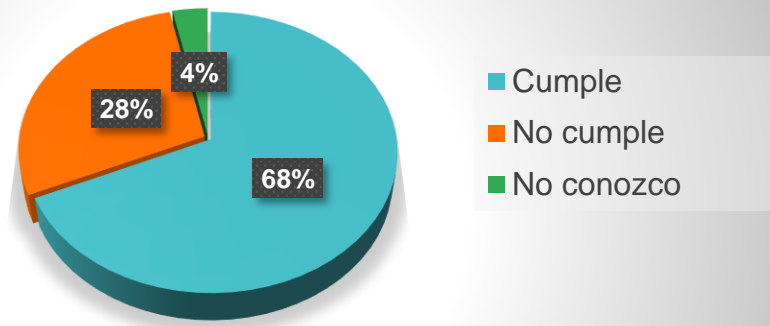
De acuerdo al estudio realizado y la aplicación del instrumento validado se encontraron los siguientes resultados:

Tabla 1. Distribución por genero de la población encuestada

Genero	Cuenta de Genero
Mujer	25
Hombre	5
Total general	30

Fuente: Lista de chequeo para las buenas prácticas de seguridad de pacientes obligatorias en el sistema de habilitación¹, aplicada a funcionarios del centro médico Centenario, Santander de Quilichao, Cauca

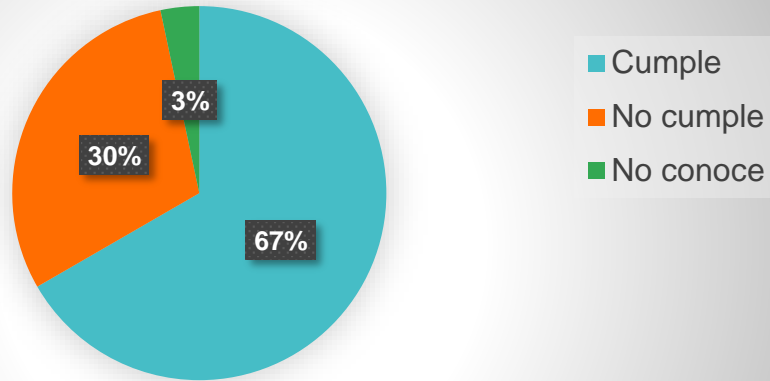
Del total de la población encuestada 25 corresponden a mujeres y 5 a hombres. Con una razón de 1 hombre por cada 5 mujeres encuestadas en el centro médico centenario.



Gráfica 1. Distribución porcentual del conocimiento del protocolo para la prevención y tratamiento de eventos adversos

Fuente: Lista de chequeo para las buenas prácticas de seguridad de pacientes obligatorias en el sistema único de habilitación¹, aplicada a funcionarios del centro médico Centenario, Santander de Quilichao, Cauca

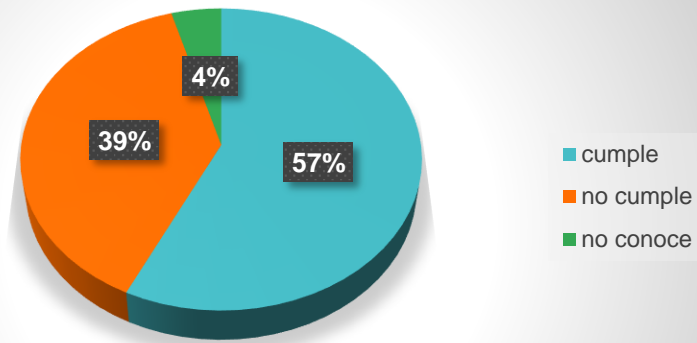
Se puede notar que el 68% de los colaboradores encuestados conoce el procedimiento a seguir en relación a la identificación de un evento adverso, así como el tratamiento que se debe llevar a cabo cuando sucede alguno en la institución, mientras que el 28% manifiesta la institución no ha adelantado acciones con respecto a este tema, (lo que concuerda con el porcentaje de desconocimiento en la política de seguridad del paciente abordado en la grafica 3) Finalmente el 4% manifiesta desconocer la respuesta. (preguntas 5 y 18)



Gráfica 2. Distribución porcentual del compromiso de la alta gerencia en la política de seguridad del paciente

Fuente: Lista de chequeo para las buenas prácticas de seguridad de pacientes obligatorias en el sistema Único de habilitación¹, aplicada a funcionarios del centro médico Centenario, Santander de Quilichao, Cauca

Se hizo evidente mediante la aplicación del instrumento, que el 67 % de los colaboradores reconoce el compromiso de la alta gerencia en la generación de una política orientada a la seguridad del paciente, mientras que un 30% manifiesta que no se cumple con esto en su institución y un 3% desconoce si existe o no. (pregunta1). El porcentaje de cumplimiento de la alta gerencia en la política de seguridad es el ítem que representa un mayor porcentaje positivo para la organización, los empleados reconocen el compromiso, sin embargo, continúan siendo escasas las actividades que refuerzan el conocimiento, esto es evidente en el porcentaje de desconocimiento de la política de seguridad del paciente grafica 3 en la que esta medición supera el 40%.

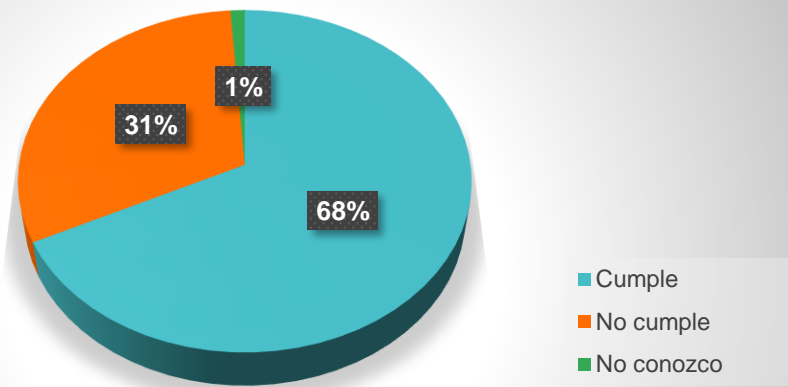


Gráfica 3. Distribución porcentual del conocimiento de la existencia de política y el comité de seguridad del paciente

Fuente: Lista de chequeo para las buenas prácticas de seguridad de pacientes obligatorias en el sistema único de habilitación¹, aplicada a funcionarios del centro médico Centenario, Santander de Quilichao, Cauca

Se evidencia que del total de los encuestados el 57% conoce la existencia de una política de seguridad del paciente en la institución, incluye el conocimiento de los diferentes comités y grupos primarios, orientados a responder a las necesidades de seguridad del paciente identificadas en la institución. El 39% indica que la institución no cuenta con lo mencionado anteriormente y el 4% informa desconocer si cuentan con ella o no.

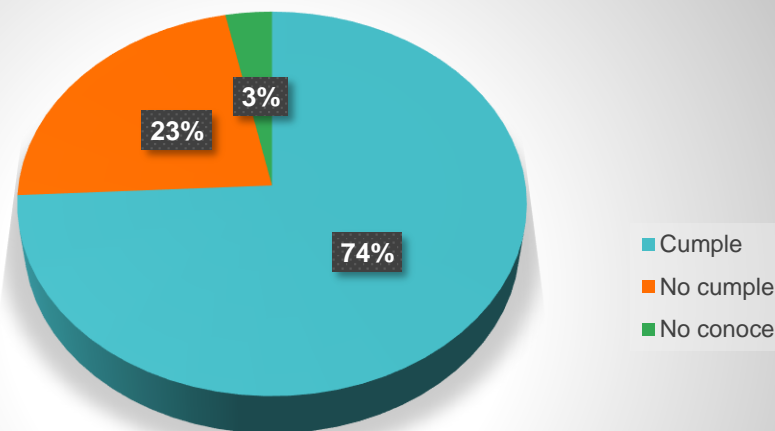
El porcentaje de conocimiento en la política de seguridad del paciente es 10 puntos más bajo que el evidenciado en el compromiso de la alta gerencia, explicado esto por la falta de divulgación a todos los niveles de la organización sobre la implementación de políticas, puntualmente la de seguridad del paciente. (preguntas 2,3 y 4)



Grafica 4. Distribución porcentual del conocimiento del Protocolo para la identificación y gestión del riesgo en seguridad del paciente

Fuente: Lista de chequeo para las buenas prácticas de seguridad de pacientes obligatorias en el sistema único de habilitación¹, aplicada a funcionarios del centro médico Centenario, Santander de Quilichao, Cauca

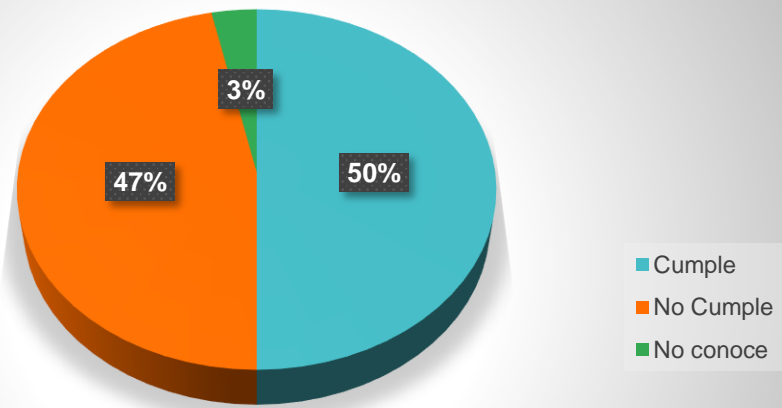
En cuanto a la gestión del riesgo, se puede evidenciar que el 68% de los encuestados conoce el protocolo para la identificación de los riesgos en seguridad del paciente, así como las acciones orientadas en disminuir o mitigar el impacto generado por estos riesgos, reconocen que la gerencia adelanta acciones para verificar el cumplimiento de este protocolo, mientras que el 31% manifiesta la institución no cuenta con este protocolo y existe un bajo compromiso en las acciones adelantadas en este tema, un 1% no conoce la respuesta a la pregunta (preguntas 6, 7 y 8). El porcentaje negativo a la pregunta esta relacionado, más que al cumplimiento, es al desconocimiento del protocolo, lo que esta relacionado con el porcentaje de conocimiento de la política de seguridad del paciente en la institución.



Gráfica 5. Distribución porcentual del conocimiento, implementación y medición de adherencias en buenas prácticas de seguridad del paciente

Fuente: Lista de chequeo para las buenas prácticas de seguridad de pacientes obligatorias en el sistema único de habilitación¹, aplicada a funcionarios del centro médico Centenario, Santander de Quilichao, Cauca

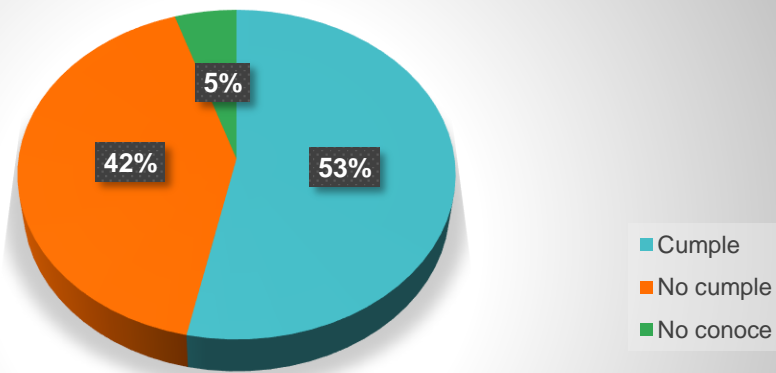
En relación al conocimiento, implementación y medición de adherencias a las buenas prácticas de seguridad del paciente (protocolo de lavado de manos, riesgo de caídas e identificación del paciente) Se evidencia que el 74% de los encuestados reconocen estas prácticas seguras en su institución, en contraste con el 23% que indican la organización no cumple con lo requerido a ese nivel, un 3% manifiesta desconocer la respuesta (preguntas 9,10,11,12,13,14,15 y 19) Lo anterior por que es en estas acciones en las que ha orientado la organización, desplegando estrategias de comunicación, medición e incentivos que han logrado resultados positivos. El 23% relacionado al desconocimiento de la existencia de una política de seguridad del paciente en la institución.



Grafica 6. Medición de adherencias al protocolo de lavado de manos

Fuente: Lista de chequeo para las buenas prácticas de seguridad de pacientes obligatorias en el sistema único de habilitación¹, aplicada a funcionarios del centro médico Centenario, Santander de Quilichao, Cauca

Un 50% de los encuestados manifiesta que en la institución si realiza medición de adherencia al lavado de manos, mientras que un 47% indica que no cumplen con estas mediciones, un 3% no esta seguro si se cumple o no con ellas. El alto porcentaje de negatividad puede asociarse al alto numero de funcionarios de áreas administrativas a los que se le realizó la encuesta, ya que la institución realiza la medición de adherencia al lavado de manos en personal asistencial en mayor medida.



Gráfica 7. Porcentaje de conocimiento e implementación del manual de bioseguridad

Fuente: Lista de chequeo para las buenas prácticas de seguridad de pacientes obligatorias en el sistema único de habilitación¹, aplicada a funcionarios del centro médico Centenario, Santander de Quilichao, Cauca

En contraste con el conocimiento y medición de adherencia a las buenas prácticas de seguridad del paciente que supera el 70%, el nivel de conocimiento e implementación del manual de bioseguridad en la institución es de un 53% casi 20 puntos porcentuales por debajo, de la misma forma un 42% de los encuestados manifiesta este no existe en la organización, mientras que un 5% desconoce la respuesta (preguntas 16 y 17). Al igual que en las respuestas anteriores, puede evidenciarse una falta de divulgación a todo el personal, los funcionarios que manifiestan desconocer la política y las acciones que desencadena esta son repetitivos en las diferentes respuestas.

6.2 DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos con esta investigación permiten comparar los componentes que hacen parte de la cultura del reporte de casos en Seguridad del paciente con otros estudios similares que han aplicado el mismo instrumento validado por el Ministerio de Salud y Protección social para las buenas prácticas de seguridad de pacientes, obligatorias en el sistema único de habilitación, dicho estudio está basado en el FORTALECIMIENTO DEL REPORTE Y ANÁLISIS DE CASOS EN SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA IPS SERVICIOS INTEGRALES DE SALUD CENTRO MÉDICO CENTENARIO SANTANDER DE QUILICHAO CAUCA – 2021.

En cuanto a la distribución de la población por genero, la mayor participación corresponde a mujeres, lo que coincide con el estudio realizado por la autora Celedón (2015) “Diagnóstico del nivel de clima de seguridad del paciente en el servicio de urgencias de la E.S.E Hospital San Rafael nivel II de San Juan del Cesar, La Guajira”³⁰, Con lo cual se puede observar que la población femenina es predominante en el ámbito del sector salud. (Tabla 1)

En la IPS Servicios Integrales de Salud Centro Médico Centenario, al revisar el tema principal que es, el reporte y análisis de casos en seguridad del paciente, se puede inferir que más de la mitad de los colaboradores

encuestados conoce la ruta que se debe seguir ante la evidencia de un evento adverso, así como el protocolo para evitar la ocurrencia o mitigar el impacto del mismo (Grafica 1) Confrontando esto con el estudio “Nivel de conocimiento de la política de seguridad del paciente en los funcionarios de una IPS domiciliaria con cobertura en el valle del cauca en el año 2019”³¹ Donde el 49.2% del personal de la institución conoce la existencia de algún formato de diligenciamiento para el reporte de evento adverso y/o incidente, mientras que el 50% no conoce de la existencia de ningún tipo de lineamiento para hacer el reporte de un evento adverso, con lo cual se puede concluir, que si bien la seguridad del paciente es un tema transversal para la instituciones prestadoras de salud y está alineado bajo política pública desde el año 2008, en la actualidad aún no se tiene claro conocimiento sobre el tema, esto hace evidente la necesidad de implementación de cultura y conocimiento de los temas relacionados con la seguridad del paciente en las instituciones de salud, así como menciona el estudio.

Para poder tener bien estructurado un programa de seguridad de paciente en cada institución de servicios de salud, se requiere involucrar no solo la parte asistencial, sino también la parte administrativa, específicamente la inclusión de la alta gerencia, por esto fue importante realizar la medición de percepción de los colaboradores de IPS servicios integrales de salud centro médico centenario, en cuanto a la percepción del

compromiso de la alta gerencia, en la generación, de una política de seguridad del paciente en la institución (Grafica 2) Obteniendo 3 puntos porcentuales por debajo en comparación con el estudio realizado sobre “Cultura de la seguridad del paciente en seis centros quirúrgicos de Antioquia” el cual se relaciona con el clima de trabajo que proporciona la gerencia promoviendo la seguridad como una prioridad, este reportó 71%, en los resultados evidenciando que se promueve la seguridad del paciente en las instituciones por parte de la gerencia, pero esta puede ser mejorada.³²

Se requiere un amplio compromiso de la gerencia apoyando los procesos de seguridad del paciente, desarrollando no solo la política, sino garantizando el cumplimiento de ésta en todos los niveles de la organización. Para esto cada institución debe contar con un equipo interdisciplinario, el cual es el encargado de educar al personal, medir adherencias y analizar los eventos presentados, Por esto se evaluó en la institución el conocimiento sobre la existencia de este equipo, así como los comités y grupos primarios que deben desarrollarse en el marco de la seguridad del paciente, haciendo evidente que solo un poco más de la mitad de los encuestados conoce la existencia tanto de la política como de los grupos conformados en torno a la misma. (Grafica 3)

Contrastando lo anterior con el estudio realizado en Medellín sobre “Diseño de programa de seguridad del paciente para la IPS sumimedical

sas, medellin”³³ se identifica que aún falta compromiso por parte de las instituciones para fortalecer la divulgación de información referente a la seguridad del paciente, ya que claramente se evidencia un porcentaje alto de desconocimiento, lo cual puede ocasionar aumento de eventos adversos o incidentes, lo anterior relacionado con el desconocimiento de las buenas prácticas seguras, por tanto los Comité de Seguridad del Paciente son el escenario, donde se evalúan los incidentes y eventos adversos presentados en las entidades, adicionalmente realizan el análisis de principales causas de morbilidad generando el planteamiento de acciones de mejora.

Son muchas las acciones que se han realizado en los diferentes países alrededor del mundo para afrontar este problema social de incidentes o eventos en salud. En 2008 el Ministerio de Salud de nuestro país, con el objetivo de prevenir la ocurrencia de situaciones que afectarán la seguridad del paciente, y de ser posible eliminar la ocurrencia de eventos adversos, impulsó una Política de Seguridad del Paciente y una “Guía técnica de buenas prácticas en seguridad.”³⁴, de manera que todos los trabajadores públicos y privados del sector salud deben conocer esta guía de buenas prácticas y ser garantes que se cumplan.

En el presente estudio se encontró que el 68% de los encuestados conocen las acciones para la gestión del riesgo y el tratamiento de los eventos adversos en la institución (grafica 4).

Comparado lo anterior con el estudio de la universidad pública de Navarra “Seguridad del paciente análisis de prácticas seguras a bajo coste” se concluye que los sistemas e instrumentos de seguridad facilitan una correcta ejecución de los cuidados, disminuyendo los errores, consiguiendo mayores niveles de calidad y eficiencia en la prestación sanitaria. Existen prácticas seguras que no requieren de costo económico ni modificación organizacional que presentan un apreciable nivel de eficacia en la disminución de la incidencia de los eventos adversos, todas estas estrategias deben ser divulgadas y socializadas periódicamente con todo el personal de la organización para poder generar cultura de cambio, y minimizar al máximo los riesgos relacionados con la atención en salud.³⁵

Aludiendo a las buenas practicas de seguridad del paciente, se encuentran contempladas: la identificación del paciente, comunicación efectiva, reducción del riesgo de Infecciones asociadas a la atención de la salud, reducción del riesgo de daño al paciente por causa de caídas y dentro de los pilares de las buenas prácticas seguras para los pacientes encontramos el lavado de manos avalado por la OMS y la OPS interactuando con los 5 momentos del lavado de manos³⁶

En cuanto a la medición de adherencias a las buenas practicas se evidencia en el centro médico un cumplimiento que sobrepasa el 70%, sin embargo, aún hay una tarea importante para desarrollar por parte de la institución, con el objetivo de acercarse aún más a los estándares nacionales e internacionales (Grafica 5)

paralelo a este estudio encontramos “Cumplimiento del personal de enfermería de los cinco momentos de la higiene de manos “El estudio demostró que más de la mitad del personal de enfermería del servicio de hemodiálisis conoce el protocolo de los 5 momentos de la higiene de manos, pero sólo 50% del personal cumple con el protocolo, para nadie es un secreto que las manos del personal de salud es un instrumento en la transmisión de las infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS) , esto aplica no solo para el ámbito hospitalario sino para el ámbito ambulatorio³⁷ como en el caso de la IPS en la cual se lleva a cabo la investigación.

Puntualmente para la adherencia al lavado de manos, que constituye la principal barrera para disminuir la ocurrencia de infecciones en el ámbito hospitalario, el 13% de los encuestados en la Institución no lo realiza de acuerdo a lo establecido por la OMS, a pesar que la institución proporciona todos los elementos necesarios en un 94% según la respuesta de los colaboradores, lo que contrasta con el bajo porcentaje de la medición de adherencias al lavado de manos que se realizan en la institución (Grafica 6)

Para mejorar la higiene de manos en el ámbito de salud se ha indicado la necesidad de llevar a cabo estrategias multimodales y multidisciplinares, que incluyan intervenciones, desarrollo de programas formativos en trabajadores sanitarios, promoviendo no solo el lavado de manos si no a su vez el uso de soluciones alcohólicas para la higienización de las manos.

Para poder llevar a cabo estas estrategias del protocolo de lavado de manos es vital que la institución dote de los implementos necesarios a los empleados para cumplir con el objetivo, es por esto que se observó la pregunta si la institución proporciona los elementos e insumos necesarios para cumplir con el protocolo de lavado de manos, a lo que se obtuvo que respecto a los insumos de Lavado de Manos en los Servicios de Ginecología y Pediatría del Hospital Aníbal Murillo, se encontró que no hay suficientes lavamanos, no se ha usado papel toalla por la falta de presupuesto para su adquisición y el uso del alcohol gel, solo se usa en la sala de Pediatría.³⁸

7. CONCLUSIONES

- Es evidente que la falta de socialización de la política de seguridad del paciente ha dificultado el aprendizaje y comprensión de la misma, por parte del personal asistencial y administrativo, lo que se convierte en una barrera para el crecimiento institucional en relación a la cultura de seguridad del paciente
- En cuanto al conocimiento de la política de seguridad del paciente, población asistencial es la que mayor fortaleza en el conocimiento y aplicación de la política representa, mientras que el personal de apoyo operativo y servicios generales son lo que menos manifiestan conocerla.
- La falta de socialización en cuanto a la ruta para el reporte de casos y de eventos adversos tiene una marcada incidencia en la ocurrencia de los mismos, generando barreras en la creación de estrategias para la implementación de la seguridad del paciente y diferentes oportunidades de mejora

- La ausencia de un protocolo definido como el protocolo de Londres para el análisis y gestión de los eventos reportados en la entidad, impide el desarrollo normal del estudio de los diferentes eventos presentados en la entidad.
- Finalmente es claro que la baja adherencia a las guías de práctica clínica genera mayor incidencia de eventos adversos, teniendo en cuenta que no se siguen los lineamientos establecidos para una atención segura de pacientes

8. RECOMENDACIONES

Revisar la política institucional de seguridad que se tiene actualmente y enfocarla a los servicios prestados en la institución, generar espacios de divulgación de manera magnética y física con el fin de garantizar socialización al 100 % de los trabajadores de la IPS, involucrando al personal de enfermería en jornadas de concientización y capacitación sobre seguridad del paciente, en un marco de mejora de la calidad institucional, como apoyo se puede incluir a los entes educativos existentes con el fin de tener aprovechamiento del recurso humano .

Motivar espacios institucionales multidisciplinarios, que permitan la divulgación del formato institucional diseñado para el reporte continuo de fallas en la atención del paciente, es importante que todos los trabajadores de la IPS lo conozcan y sepan cómo diligenciarlo como estrategia se sugiere dejar en físico y de manera magnética el formato en cada consultorio para ir generando cultura del reporte.

Profundizar en la importancia de conformar un comité de seguridad de paciente donde se reúnan mensualmente , se deleguen funciones y se dé continuidad a los hallazgos encontrados con el fin de crear barreras protectoras para los usuarios y mejorar la calidad de atención

Generar acciones que permitan la identificación de usuarios con riesgo de caída y la prevención de las mismas, gestionando la adecuación de elementos de protección de los pacientes, como soportes en paredes y baños, que permitan una movilización segura, además de brindar educación a los familiares y acompañantes durante la espera de la consulta, se puede hacer de manera verbal con personal de enfermería idóneo para educar sobre prevención de riesgos, Incentivando el autocuidado.

Fomentar la participación de la familia en las actividades de autocuidado del usuario de baja complejidad, como estrategia de seguridad, ofreciendo educación a los pacientes y familiares con folletos educativos, haciéndolos partícipes de los encuentros de seguridad del paciente.

9. BIBLIOGRAFÍA

1. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Lista de chequeo para las buenas prácticas de seguridad de pacientes obligatorias en el sistema único de habilitación. 2014. [citado 01 Nov 2021] Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/Forms/DispForm.aspx?ID=3095>
2. Casanova YG. La seguridad del paciente como paradigma de la excelencia del cuidado en los servicios de salud. Rev. cuba. enferm. [Internet]. 2014 [citado 5 Oct 2021]; 30(1):[aprox. 0 p.]. Disponible en: <http://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/630>
3. Organización mundial de la salud. 55ª Asamblea mundial de la salud. Mayo 2002 Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258955/WHA55-2002-REC-1-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
4. Ministerio de protección social. Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente. Bogotá D.C., Noviembre de 2008. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluciòn_0112_de_2012_-_Documentos_de_apoyo_2.pdf.
5. Kalckman de Macedo SM, y col. Cultura de seguridad del paciente: evaluación de los enfermeros en la atención primaria a la salud. Enf Global. 20 de septiembre de 2019;18(4):365-97. Disponible en: <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/352261>.
6. Falcones Benalcázar, M. J., González Landázuri, J. G. Seguridad del Paciente en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Delfina Torres. *Revista Científica Hallazgos* 21, 4(1), 31-40.; Disponible en <https://revistas.pucese.edu.ec/hallazgos21/article/view/330>.

- 7.** Peñas F., Esquivel OP, Gómez Galindo A, Cultura de seguridad del paciente en la prestación de servicios profesionales de Terapia Ocupacional. Salud Uninorte. 2017;33 (3):383-392.; Disponible en:
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id= 81753881013>.
- 8.** Murillo Marín, L.; Gómez Giraldo, D. Revisión bibliográfica sobre la importancia de reportar eventos adversos en el área de la salud en Colombia, Universidad ces facultad de medicina, salud pública especialización gerencia de IPS Medellín 2019.; Disponible en:
https://repository.ces.edu.co/bitstream/10946/4659/8/43989803_2020.pdf
- 9.** Aguilar Rojas, L.E. y col. Auditoría de eventos adversos en tiempos de pandemia covid – 19 en un servicio de urgencias de un hospital del valle cauca durante el primer semestre del 2020. Universidad EAN. [citado 15 de marzo de 2021]; Disponible en:
<https://repository.ean.edu.co/bitstream/handle/10882/10388/GonzalezMaira2021.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- 10.** Meneses Vargas, Y.Y.; Plata Domínguez G.L. Nivel de conocimiento de la política de seguridad de paciente en los funcionarios de una IPS domiciliaria con cobertura en el valle del cauca en el año 2019, Universidad Santiago de Cali; Disponible en: <https://repository.usc.edu.co/handle/20.500.12421/5108>.
- 11.** Patient safety Global action on patient safety [Internet]. 1.^a ed. 2019. Disponible en: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_R6-en.pdf.
- 12.** Estudio IBEAS Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica. 1.^a ed. 2009. Disponible en:
<https://www.scielosp.org/article/rpsp/2012.v31n6/531-532>.

- 13.** Ministerio de la Protección Social: Herramientas para promover la estrategia de la seguridad del paciente en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. Bogotá D.C., Diciembre de 2007.
Disponible en:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/1/Herramientas%20para%20la%20Seguridad%20del%20Paciente.pdf>.
- 14.** Soler Morejón C. Garantizar la seguridad de los pacientes: una prioridad de hoy. Rev cuba anestesiol reanim [Internet]. 2015 Abr [citado 2021 Abr 21]; 14(1): 44-49. Disponible en:
<http://scielo.sld.cu/pdf/scar/v14n1/scar05115.pdf>.
- 15.** Martínez Reyes CR, y col. Seguridad del paciente y su percepción en los profesionales de la salud. Civilizar Ciencias Sociales y Humanas, 17(33), 277-291 2017. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/ccso/v17n33/1657-8953-ccso-17-33-00277.pdf>.
- 16.** Parra D.I., Camargo-Figuera F.A., Rey Gómez R.. Eventos adversos derivados del cuidado de enfermería: flebitis, úlceras por presión y caídas. Enferm. glob. 2012 Oct; 11(28): 159-169. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412012000400010&lng=es.
- 17.** Fernández Cantón SB. Los Eventos Adversos y la Seguridad del Paciente: Boletín conamed OPS, Órgano de disfunción del centro colaborador en materia de calidad y seguridad del paciente. 2015: Disponible en:
http://www.conamed.gob.mx/gobmx/boletin/pdf/boletin3/eventos_adversos.pdf.
- 18.** Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución número 00002003 DE 2014 (28 MAY 2014) Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud. Bogotá, D.C: 2014.

- 19.** Rocco C., Garrido A. Seguridad del paciente y cultura de seguridad: Revista Médica Clínica Las Condes. 2017;28:649 Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-seguridad-del-paciente-y-cultura-S0716864017301268>.
- 20.** Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria. Ministerio de Salud y Protección social. 2014. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PSA/prestador-primario-servicios-salud.pdf>.
- 21.** Ministerio de protección social. Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente. 1.^a ed. Bogotá D.C. 2008 [citado 10 abril 2021]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/CalidadAtenci%C3%B3nEnSalud/LINEAMIENTOS%20PARA%20LA%20IMPLEMENTACI%C3%93N%20DE%20LA%20POL%C3%8DTICA%20DE%20SEGURIDAD%20DEL%20PACIENTE%20EN%20LA.pdf>.
- 22.** Tobar F. La atención de la salud [Internet]. 1.^a ed. 2017. Disponible en: <https://salud.gob.ar/dels/printpdf/146>.
- 23.** Chan M. Regreso a Alma-Ata: organización mundial de salud: 15 de septiembre de 2008: revista británica The Lancet.t Disponible en: <https://www.who.int/dg/20080915/es/>
- 24.** Ley número 1122 de 2007. Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá, D.C: El Congreso de la República de Colombia; 2007.

25. Decreto número 1011 DE 2006 3 Abr 2006 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 . Bogotá, D.C: El Presidente de la República de Colombia; 2007.

26. Guía técnica de buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud. minsalud.gov.co. 2010. Disponible en:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/guia-buenas-practicas-seguridad-paciente2010.pdf>.

27. Resolución 3100 2019 Por el cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud. Bogotá, D.C: Ministerio de Salud y Protección Social; 2019.

28. Hernández Sampieri R. Metodología de la investigación. 6.^a ed. México D.F: McGRAW-HILL / Interamericana Editores, S.A. DE C.V.; 2014. Disponible en: <https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>.

29. Resolución número 8430 DE 1993 (Octubre 4) . Bogotá D.C; 1999

30. Celedon Salas PT. Diagnóstico del Nivel de clima de Seguridad del Paciente en el servicio de urgencias de la E.S.E. Hospital San Rafael nivel II de San Juan del Cesar. (LA GUAJIRA). [Tesis de maestría]. Bucaramanga: Universidad de Santander; 2016. Recuperado a partir de:
<https://repositorio.udes.edu.co/bitstream/001/620/1/Dign%C3%B3stico%20del%20nivel%20de%20climade%20seguridad%20del%20paciente%20en%20el%20servicio%20de%20urgencias%20de%20la%20E.S.E%20Hospital%20San%20Rafael%20Nivel%20II%20de%20San%20Juan%20del%20Cesar%20>

- 31.** Meneses Vargas YY, Plata Domínguez GL. Nivel de conocimiento de la Política de Seguridad del paciente n los funcionarios de una IPS domiciliaria con cobertura en el Valle del cauca. [Tesis de posgrado]. Santiago de Cali: Universidad Santiago de Cali; 2020. Recuperado a partir de:
<https://repository.usc.edu.co/bitstream/handle/20.500.12421/5108/NIVEL%20D E%20CONOCIMIENTO.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
- 32.** Salazar Maya AM, Restrepo Marín DM. Cultura de la seguridad del paciente en seis centros quirúrgicos de Antioquia. Revista Cuidarte [Internet]. Agosto de 2020 [consultado el 4 de noviembre de 2021];11(2):1-14. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/cuid/v11n2/2346-3414-cuid-11-2-e1040.pdf>
- 33.** Díaz Cardona OP. Diseño De Programa De Seguridad Del Paciente Para La Ips Sumimedical Sas, Medellín [posgrado en Internet]. Medellín: Universidad CES; 2016 [consultado el 4 de noviembre de 2021]. Disponible en: https://repository.ces.edu.co/bitstream/handle/10946/659/Diseno_Programa_S eguridad_Paciente.pdf?sequence=2
- 34.** Gaviria Uribe A, Ruiz Gómez F. Guia-buenas-practicas-seguridad-paciente.pdf [Internet]. Seguridad del Paciente y la atención segura; [consultado el 4 de noviembre de 2021]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia-buenas-practicas-seguridad-paciente.pdf>.
- 35.** Noain Lacamara M. Seguridad del Paciente análisis de prácticas seguras a bajo coste. [Pregrado en Internet]. Navarra: Universidad Pública De Navarra; 2018 [consultado el 4 de noviembre de 2021]. Disponible en: <https://academica-e.unavarra.es/xmlui/bitstream/handle/2454/29049/Trabajo%20Fin%20de%20G rado%20definitivo.pdf;jsessionid=E96C102B6124D6F1E7332A4C7DDCABE4? sequence=1>.

36. Pan American Health Organization / World Health Organization [Internet]. OPS/OMS Colombia - Manos limpias por la salud | OPS/OMS; [consultado el 5 de noviembre de 2021]. Disponible en:

https://www3.paho.org/col/index.php?option=com_content&view=article&layout=detail&id=3179:manos-limpias-por-la-salud&Itemid=460.

37. Cortez Zarza G. Cumplimiento del personal de enfermería de los cinco momentos de la higiene de manos; [Pregrado en Internet]. Estado De México: Universidad Autónoma; 2016 [consultado el 4 de noviembre de 2021].

Disponible en:

<http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/66313/TESIS-split-merge.pdf?sequence=3&isAllowed=y>

38. Ramos Rodríguez SM. Práctica de Lavado de Manos en los Servicios de Ginecología y Pediatría del Hospital Aníbal Murillo Escobar [tesis doctoral en Internet]. Tegucigalpa: Universidad Nacional Autónoma; 2011 [consultado el 4 de noviembre de 2021]. Disponible en:

http://www.bvs.hn/Honduras/UICFCM/MelissRamos_LavadoManos_InformeFinal.pdf

ANEXO 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Consentimiento Informado para Participantes de Investigación

La presente investigación es conducida por **ANGÉLICA MARIA MAYOR, VERONICA VIDALES, ANA MARIA MONTOYA, CRIS DAYANA MANCILLA Y LADY JASMIN OROBIO** estudiantes de la **Universidad Católica de Manizales**, El objetivo principal de este estudio es: Estructurar la metodología para el reporte y análisis de casos en seguridad del Paciente para la **IPS UT Servicios Integrales de Salud Centro Médico Centenario, Santander de Quilichao Cauca** para el año 2021.

Si usted accede a participar se le pedirá responder preguntas en una encuesta simple, esto tomará aproximadamente 30 minutos de su tiempo.

La participación de este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas a la encuesta serán codificadas usando un número de identificación, por lo tanto, serán anónimas. Una vez recopilada la información las encuestas serán destruidas o eliminadas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la encuesta le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar al investigador.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando este haya concluido. Para esto, puedo contactar al investigador.

Agradecemos su participación

Nombre del Participante

Fecha

ANEXO 2. CARTA DE AUTORIZACIÓN

Doctora

MARÍA DEL CARMEN JIMÉNEZ

Gerente y Representante

IPS Servicios Integrales de Salud Centro Medico Centenario

Carrera 7 Nro.4-46

Santander de Quilichao, Cauca

Asunto: Solicitud Autorización trabajo de investigación IPS Servicios Integrales de Salud Centro Médico Centenario

Cordial saludo:

En atención al plan institucional 2018-2025 y teniendo en cuenta la mega a la mega 5; desarrollar programas académicos pertinentes que fortalezcan la formación integral y el desarrollo humano y social, con estándares internacionales de calidad como referentes de la manera más atenta me permito solicitar su autorización para la elaboración del trabajo de investigación de los estudiantes de la Especialización en Administración de la Salud: “Fortalecimiento del reporte y análisis de casos en seguridad del paciente para la IPS servicios integrales de salud centro médico centenario Santander de Quilichao cauca”.

El tiempo del proyecto, para la fase de recolección de información, será durante el segundo semestre de este año y primeros meses del próximo año. La recolección de la información se realizará durante los meses de agosto y septiembre del 2021, durante la jornada laboral de los trabajadores de la IPS para lo cual no interrumpiremos sus actividades, por el contrario buscaremos espacios asequibles para poder llevar a cabo la actividad y la validación de la información se requiere que por favor nos autorice enviar de manera digital o manera física el instrumento de evaluación al personal el cual estará dirigido por alguna de las integrantes del proyecto.

Dicho proyecto permitirá estructurar la metodología para el reporte y análisis de casos en Seguridad del Paciente para la IPS Servicios Integrales de Salud Centro Médico Centenario, Santander de Quilichao Cauca para el año 2021 esta información es relevante pues le sirve para implementar acciones de mejora que ayudaran a disminuir eventos adversos en la atención en salud. Así mismo los estudiantes entregarán a la institución los resultados del proyecto con sus respectivas recomendaciones.

El anteproyecto ya tiene el aval institucional, por parte de la Universidad Católica de Manizales, es importante aclarar que, desde el componente ético, el desarrollo del proyecto de investigación no implica ningún tipo de riesgo para los pacientes, pues no se llevará a cabo ningún proceso de intervención directa que impacte variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales en los individuos.

Los investigadores se comprometen a manejar la confidencialidad frente a la información recopilada y los nombres de los participantes que suministrarán dicha información, pues ésta será manipulada solo con fines investigativos.

El trabajo de investigación estará orientado por Vanesa Mercedes Rivera Rosero, docente de investigación del posgrado. Relaciono los nombres de los estudiantes interesados en realizar este trabajo de investigación:

Ana María Montoya C.C 1130642127
Angélica María mayor C.C 113037128
Cris Dayana mancilla C.C 1061430223
Lady Jazmín Orobio C.C 1107064196
Verónica Vidales C.C 34616334

De antemano agradezco su amable atención y colaboración. Atentamente,

GLORIA INES ESTRADA SALAZAR
Decana Facultad Ciencias de La Salud

Ángela Cristina Hincapié Botia

ANEXO 3. INSTRUMENTO

PREGUNTA	C	NC	NO SABE
Contar con un Programa de Seguridad del Paciente que provea una adecuada caja de herramientas para la identificación y gestión de eventos adversos			
a) Plataforma Estratégica de la Seguridad			
1. ¿Se logra evidenciar el compromiso de la alta Dirección de forma explícita a través de una política de seguridad que cumpla lineamientos nacionales?			
2. ¿Se logra evidenciar la existencia de un referente y/o equipo funcional para la Seguridad de Pacientes, cuyas funciones principales son relacionadas con la gestión de la seguridad de pacientes y socialización en la entidad?			
3. ¿Se logra evidenciar la existencia y operación periódica de un Comité de Seguridad de Pacientes y/o articulación con los comités de infecciones, farmacia, calidad, en los cuales se realiza análisis de causa de fallas en la atención en salud, cuyas acciones y decisiones reposan en actas?			
b) Fortalecimiento de la Cultura institucional			
4. ¿Se desarrolla la socialización del tema básico de seguridad del paciente en los colaboradores de la entidad? (Política de seguridad institucional, definiciones de seguridad del paciente, sistema de reporte de fallas en la atención, metodología institucional de análisis de causa de incidentes o			
c) Reporte, medición, análisis y gestión de los eventos adversos			
5. ¿Se encuentra definido y operando el Sistema de Reporte de las fallas en la atención en salud: Incidentes y/o Evento Adverso? (Incluye sensibilización del sistema de reporte en la institución.)			
d) Procesos Seguros			
7. ¿Se logra evidenciar la valoración de los riesgos para procesos asistenciales priorizados?			
8. ¿Se realiza la formulación de acciones de mejoramiento o preventivas para evitar o disminuir los riesgos más críticos de los procesos asistenciales priorizados?			
9. ¿Se lleva a cabo el seguimiento a la implementación de las acciones de mejoramiento o preventivas formuladas para mitigar los riesgos más críticos de los procesos asistenciales priorizados?			
10. ¿La institución cuenta con un procedimiento para el desarrollo o adopción de guías de práctica clínica para la atención de las patologías o condiciones que atiende con mayor frecuencia en cada servicio?			
Monitorización de aspectos relacionados con la seguridad del paciente			
11. ¿La Institución evalúa semestralmente la adherencia a las guías de manejo Clínico asociadas a las buenas prácticas de seguridad del paciente obligatorias que le apliquen y evidencia el mejoramiento continuo de dicha adherencia?			
12. ¿La institución realiza seguimiento mensual a los indicadores de calidad reglamentarios y a aquellos que aplican a las Buenas Prácticas de Seguridad de Pacientes que quedaron obligatorios en el Sistema Único de Habilitación?			
Detectar, prevenir y reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención en salud			
13. ¿Se aplica protocolo para la higiene de manos desarrollado o adoptado por la institución y actualizado con la periodicidad que defina la institución? (Verificar fecha de actualización)			
14. ¿El protocolo incorpora los cinco momentos del lavado de manos recomendado por la OMS?			
15. ¿Se realizan auditorías semestrales de adherencia a la higiene de manos para todos los servicios asistenciales y documentación de acciones de mejora?			
16. ¿Existe presencia de insumos institucionales para la higiene de manos? (Toallas desechables, solución de alcohol glicerinado, jabón antibacterial, en concordancia con el protocolo institucional de higiene de manos)			
17. ¿Se realizan auditorías semestrales de adherencia a la higiene de manos para todos los servicios asistenciales y documentación de acciones de mejora?			
18. ¿Existe presencia de insumos institucionales para la higiene de manos? (Toallas desechables, solución de alcohol glicerinado, jabón antibacterial, en concordancia con el protocolo institucional de higiene de manos)			
19. ¿Existe manual de Bioseguridad institucional desarrollado o adoptado por la institución y actualizado con la periodicidad que defina la institución? (Debe estar socializado- Verificar fecha de			
20. ¿Medición semestral de adherencia al Manual de Bioseguridad en los servicios priorizados y documentación de acciones de mejora?			
Asegurar la correcta identificación del paciente en los servicios asistenciales			
21. ¿Existe evidencia documental del análisis de causa del evento adverso: Lesión por identificación incorrecta del usuario, cuando se presente, identificando las acciones inseguras, los factores contributivos y definiendo las acciones de mejoramiento que conduzcan a la disminución de dicho evento adverso?			
22. ¿Existe protocolo para asegurar la correcta identificación del usuario al ingreso del mismo y en los servicios asistenciales, desarrollado o adoptado por la institución y actualizado con la periodicidad que defina la institución?			

ANEXO 4. FICHA TECNICA DE LA ENCUESTA

FICHA TECNICA ENCUESTA	
Nombre del estudio:	Fortalecimiento del reporte y análisis de casos en seguridad del paciente para la IPS UT Servicios Integrales de Salud Centro Médico Centenario, Santander de Quilichao Cauca para el año 2021
Nombre de la encuesta:	Plataforma estratégica de la Seguridad
Tema Abordado:	Seguridad del paciente
Realizado por:	Investigadoras
Analizado por:	Investigadoras
Nombre instrumento:	Tomado de la página del Ministerio de Salud y Protección social y es la lista de chequeo para las buenas prácticas de seguridad de pacientes obligatorias en el sistema único de habilitación ¹
Numero de preguntas :	19 preguntas 7 Categorías
Población:	46 Colaboradores
Muestra:	Total de la población 46 Colaboradores
Nivel de confianza:	95% (1-alfa(0.05)).
Tipo de Estudio:	No experimental, transversal descriptivo
Técnica:	Encuesta por plataforma digital google forms, enviado vía correo electrónico, vía WhatsApp y presencial con asistencia telefónica para la resolución de dudas e inquietudes.
Fecha de realización:	Agosto - Septiembre 2021

REPORTE EN SEGURIDAD DEL PACIENTE

ANEXO 4. PLAN DE MEJORAMIENTO

PLAN DE MEJORA								
Oportunidad de mejora	Acción de mejoramiento	Descripción de la Acción de Mejora	Responsable	Fecha inicial	Fecha final	Indicador	Meta	Resultado esperado
Desconocimiento de la política de seguridad del paciente por algunos colaboradores.	Revisar y actualizar la política de seguridad del paciente.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Programar mesa de trabajo para la revisión y actualización de la política de seguridad del paciente. 2. Documentar la política de seguridad del paciente. 3. Socializar con de la política con todo el personal de la IPS y evaluar su entendimiento 4. Seguimiento al plan de capacitaciones. 5. Verificar cumplimiento de acciones. 6. Realizar correcciones de acuerdo a los hallazgos identificados 	Gerente/ Referente de Seguridad del paciente, demás miembros del comité y Área de calidad	1/01/22	31/03/22	Cumplimiento plan de actividades Comité de seguridad del paciente : Numero de actividades realizadas/Total de actividades programadas*100	100%	Levantamiento, socialización, implementación y seguimiento del programa de seguridad al paciente con los diferentes componentes del programa con los paquetes instruccionales del Ministerio de la Protección Social.
Falta de cultura del reporte de incidentes y/o eventos adversos con su respectivo análisis, formulación y ejecución de planes de acción estructurados de forma coherente para dar respuesta a los eventos o incidentes presentados.	Socialización del sistema de reporte incidentes y/o eventos adversos y la gestión efectiva.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Reunión con el referente del programa SP y comité para establecer la ruta del sistema de reporte de incidentes y/o eventos adversos. 2. Documentar la ruta de reporte y establecer formatos para el reporte de casos 3. Elaborar cronograma de capacitaciones donde se incluya el procedimiento a seguir para el reporte de incidentes y/o eventos adversos 4. Realizar capacitaciones periódicas, y socializaciones en el comité con el fin de disminuir y/o mitigar la presencia de incidentes y/o eventos adversos 5. Verificar y medir adherencia al reporte 6. Realizar correcciones de acuerdo a los hallazgos identificados 	Gerente/ Referente de Seguridad del paciente, demás miembros del comité y Área de calidad	1/01/22	31/05/22	Cumplimiento al reporte y gestión incidentes y/o eventos adversos: Numero de incidentes y/o eventos adversos analizados y gestionados mediante plan de acción /Total de eventos adversos reportados en un periodo *100	90%	.Reporte de todos los incidentes y/o eventos adversos presentados en cada uno de los servicios, y gestión de los mismos .Establecimiento de un sistema de reporte de eventos adversos teniendo como claridad la identificación de las causas que han favorecido la ocurrencia de estos y el por qué originan atenciones inseguras.
Desconocimiento del protocolo para la identificación de los riesgos en seguridad del paciente en algunos colaboradores, así como las acciones orientadas en disminuir o mitigar el impacto generado por estos riesgos	Socialización e implementación del protocolo para identificar y disminuir riesgos sobre la seguridad del paciente.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Programar mesa de trabajo para establecer mediante capacitación la percepción compartida de la importancia de la seguridad. 2. Elabora y ejecutar un plan de capacitación , recursos y socializar con el personal. 3. Implementar un enfoque pedagógico del error como base para que se lleve al aprendizaje organizacional y se origine de la conciencia del error cometido. 4. Conocer y cuantificar los factores que determinan la cultura de seguridad en una institución, ("Encuesta de clima de seguridad") 5. Seguimiento periódico al cumplimiento de todas las acciones 6. Verificar las acciones implementadas 7. Realizar correcciones de acuerdo a los hallazgos identificados 	Gerente/ Referente de Seguridad del paciente, demás miembros del comité y Área de calidad	1/01/22	31/03/22	Cumplimiento plan de capacitación en riesgos: Numero de colaboradores capacitados / Total de colaboradores de la institución *100	100%	Disminución de riesgos que afectan la seguridad del paciente.
Desconocimiento del protocolo y sistema de evaluación de la adherencia al lavado de manos.	Socialización de la Guía de Lavado de Manos del ministerio de salud y sistema de evaluación.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Actualizar el sistema el protocolo de lavado de manos y el sistema de evaluación según el ministerio de salud 2. Socializar este protocolo con todo el personal de la IPS 3. Señalización en todas las áreas recordando la importancia del lavado de manos. 4. Auditorías semestrales de adherencia a la higiene de manos para todos los servicios asistenciales y documentación de acciones de mejora si aplica. 5. Verificar las acciones implementadas 6. Realizar correcciones de acuerdo a los hallazgos identificados 	Gerente/ Referente de Seguridad del paciente, demás miembros del comité , Área de calidad y Auditoria medica	1/01/22	31/03/22	Adherencia al lavado de Manos Numero de lavado de manos correctos/ Total de colaboradores evaluados *100	90%	Auditorías semestrales de adherencia a la higiene de manos para todos los servicios y documentación de acciones de mejora si aplica.
Falta de socialización del manual de bioseguridad en la institución.	Operatividad el Manual de Bioseguridad en los diferentes servicios que se ofrece en la IPS	<ol style="list-style-type: none"> 1. Actualizar manual de bioseguridad 2. Socializar manual con todos el personales de la IPS 3. Medición semestral de la adherencia al Manual de Bioseguridad en los servicios priorizados y documentación de acciones de mejora si aplica. 4. Crear herramienta para evaluar adherencia al manual de bioseguridad 4. Verificar las acciones implementadas 5. Realizar correcciones de acuerdo a los hallazgos identificados 	Gerente/ Director científico Área de calidad y Auditoria medica	1/01/22	31-06-2022	Adherencia a los criterios de bioseguridad: Numero de colaboradores que cumplen con los criterios del manual de bioseguridad/ Total de colaboradores evaluados *100	100%	Manual de Bioseguridad socializado, y existencia de Normas de Bioseguridad para cada servicio.

REPORTE EN SEGURIDAD DEL PACIENTE