

MEDICIÓN DE LA PERCEPCIÓN DEL CLIENTE INTERNO EN LA IMPLEMENTACIÓN
DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL HOSPITAL MANUEL ELKIN
PATARROYO IPS S.A.S DEL DEPARTAMENTO DEL GUAINÍA.



SULLY DEL CARMEN GUIO VEGA, NEIDY GUTIÉRREZ MARTÍNEZ Y NASLY
DAJHANA RUIZPARRA

CORPORACIÓN UNIVERSITARIA IBEROAMERICANA
FACULTAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES
ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA DE LA CALIDAD EN SALUD
BOGOTÁ

MARZO 25 DE 2021

MEDICIÓN DE LA PERCEPCIÓN DEL CLIENTE INTERNO EN LA IMPLEMENTACIÓN
DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL HOSPITAL MANUEL ELKIN
PATARROYO IPS S.A.S DEL DEPARTAMENTO DEL GUAINÍA.



AUTORES

SULLY DEL CARMEN GUIO VEGA, NEIDY GUTIÉRREZ MARTÍNEZ Y NASLY
DAJHANA RUIZPARRA

DOCENTE ASESOR
LUZ MARY BARRERA

CORPORACIÓN UNIVERSITARIA IBEROAMERICANA
FACULTAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES
ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA DE LA CALIDAD EN SALUD
BOGOTÁ

MARZO 25 DE 2021

Tabla de contenido

Introducción	6
Capítulo 1. Descripción general del proyecto.....	8
1.1 Planteamiento del problema	8
1.2 Objetivos	11
1.2.1 Objetivo General.....	11
1.2.1.1 Objetivos específicos.....	11
1.3 Justificación.....	11
Capítulo 2. Marco de Referencia	13
2.1 Marco Teórico	13
2.1.1 Definición y Tipología del Evento Adverso.....	17
2.1.2 Modelo Explicativo de la Ocurrencia y la Causalidad del Evento Adverso	19
2.1.3 Eventos Adversos Trazadores de la Calidad	21
2.1.4 Marco Conceptual de los Modelos de Gestión en Seguridad del Paciente	24
2.1.5 Modelos de Gestión Integral.....	24
2.1.6 Gestión del Riesgo en Seguridad del Paciente	26
2.2 Marco Conceptual	27
2.3 Marco Normativo de Seguridad del Paciente.....	29
Capítulo 3. Marco Metodológico.....	31
3.1 Tipo de estudio	31
3.2 Población.....	32
3.3 Procedimiento.....	32
3.4 Técnicas para la recolección de la información	32
3.4.1 Lista de Chequeo basada en las líneas estratégicas de Seguridad del Paciente.....	32
3.4.2 Encuesta para medir la percepción de la Cultura de Seguridad del Paciente	33

3.5 Técnicas para el análisis de la información.....	33
3.6 Consideraciones Éticas.....	33
3.6.1 Consentimiento Informado para Registros y Encuestas	33
3.6.1.1 Hoja de Información.....	34
3.6.1.2 Consentimiento informado (Hoja de firmas).....	36
Capítulo 4. Análisis de Resultados	37
4.1 Análisis DOFA de Seguridad del Paciente	39
4.2 Resultados de la encuesta al equipo de salud.....	40
4.2.1 Datos socio profesionales	40
4.2.2 Consolidado de las respuestas a cada pregunta	48
Discusión.....	60
Conclusiones.....	63
Recomendaciones	64
Referencias.....	70
Anexos	76

Índice de Figuras

Figura 1: Flujograma Modelo Conceptual Seguridad del Paciente	19
Figura 2: Modelo de Reason "Queso Suizo"	20
Figura 3: Cargo o profesión según la antigüedad en la institución.....	41
Figura 4: Antigüedad y experiencia en el área actual	42
Figura 5: Área de Trabajo	43
Figura 6: Total de horas semanales laboradas	44
Figura 7: Expectativas y acciones de la dirección / supervisión del área/unidad de trabajo que favorecen la seguridad	49
Figura 8: Aprendizaje organizacional/ mejora continua.....	50
Figura 9: Trabajo en equipo en el área / unidad de trabajo.....	51

Figura 10: Franqueza de la comunicación	52
Figura 11: Retroalimentación y comunicación sobre errores	53
Figura 12: Respuesta no punitiva a los errores	54
Figura 13: Suficiencia de personal.....	54
Figura 14: Apoyo de la gerencia en la seguridad del paciente	55
Figura 15: Coordinación y trabajo en equipo entre áreas / unidades de trabajo	56
Figura 16: Problemas en cambios de turno y transiciones entre áreas /unidades de trabajo	57
Figura 17: Percepción de seguridad.....	58
Figura 18: Frecuencia de eventos notificados.....	59

Índice de Tablas

Tabla 1: Resultados análisis DOFA.....	39
Tabla 2: Antigüedad en la institución según la modalidad de vinculación laboral	41
Tabla 3: Cargo en la institución.....	45
Tabla 4: Tipo de contrato.....	45
Tabla 5: Tiempo de experiencia laboral en el cargo	46
Tabla 6. Calificación promedio por cada dimensión de seguridad.....	47
Tabla 7: Eventos adversos- errores reportados en el último año.	59
Tabla 8: Área de trabajo un grado en general de seguridad del paciente	60

Índice de Anexos

Anexo 1: Lista de chequeo para la evaluación de líneas estratégicas política de seguridad del paciente	76
Anexo 2: Encuesta para medir la percepción de la cultura de la seguridad del paciente	77
Anexo 3: Diagrama de GANTT	49
Anexo 4: Presupuesto	49

Introducción

La seguridad del paciente es un principio fundamental de la atención sanitaria. Hay un cierto grado de peligrosidad inherente a cada paso del proceso de atención de salud (OMS, s.f.). Diferentes estudios a nivel nacional han realizado acercamientos en desarrollo de un modelo de gestión integral de seguridad del paciente, en el estudio realizado tal como señala el Ministerio de Salud (2010) , el principal objetivo es guiar a todas las instituciones cobijadas por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, para que implementen la política institucional de seguridad del paciente, aunque las recomendaciones de esta guía también pueden ser implementadas por las instituciones de salud que están exentas del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad (SOGC) en Colombia, así como cualquier otra institución en el mundo que la considere de utilidad para sus propios procesos de seguridad del paciente.

El departamento del Guainía y el Ministerio de Salud y Protección social junto con la Gobernación del departamento y con el apoyo del Banco Interamericano de Desarrollo (BID), en noviembre de 2015 dio inicio al piloto del Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS), asumiendo el reto de un modelo de salud que permita mejorar el acceso y la calidad de los servicios de salud en lugares apartados de la geografía nacional, basado en el enfoque de salud familiar y comunitaria, en la gestión integral del riesgo (Gaviria, 2015). Con base a lo anterior se hace necesario generar la investigación sobre la medición y percepción del programa de seguridad del paciente en el Hospital Manuel Elkin Patarroyo IPS S.A.S; que permita conocer la efectividad de las diferentes estrategias aplicadas en los distintos servicios y por ello surge la necesidad de cuantificar la adherencia del personal a las prácticas de seguridad del paciente, instauradas por medio de un instrumento avalado y probado en otras instituciones como el cuestionario Hospital Survey on Patient Safety Culture, diseñado por la AHRQ, versión en español. De esta forma, garantizar la prevención de eventos adversos (riesgos), además describir y realizar análisis de las diferentes preguntas resultantes para tratar de entender cuáles son las áreas

con mayor y menor grado de adherencia a la cultura de seguridad del paciente, y de esta manera priorizar las actividades.

Para evaluar la calidad organizacional del cliente interno en el Hospital Manuel Elkin Patarroyo IPS S.A.S del departamento del Guainía, se optará inicialmente por abordar la problemática de la implementación del programa de seguridad del paciente, adicionalmente se reconoce que existe la necesidad por desarrollar acciones que logren brindar un trabajo mancomunado entre el área de calidad y la gestión clínica del comité técnico científico.

Capítulo 1. Descripción general del proyecto

1.1 Planteamiento del problema

El Ministerio de Salud y de la Protección Social de Colombia se encuentra impulsando una Política de Seguridad del Paciente, liderada por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, cuyo objetivo es prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente y mitigar las consecuencias de aquellos eventos que se concreten, para contar con instituciones seguras y competitivas.

La seguridad del paciente se considera una prioridad en la asistencia, actividad cada vez más compleja, que conlleva riesgos y en la que no se ha realizado una evaluación que se adapte a las necesidades de cada institución y logre garantizar la prevención de eventos adversos (riesgos), principalmente debido a que se trata de una actividad en la que se combinan factores inherentes al sistema operacional con las actuaciones humanas; los eventos adversos son el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produce daño y afecta la seguridad del paciente y la competitividad de las empresas.

Desde esta perspectiva y teniendo como justificación que el Hospital Manuel Elkin Patarroyo IPS S.A.S, aumentado su portafolio de servicios ha pasado de una atención de baja complejidad (Servicios Básicos) a una atención de mediana complejidad en la modalidad ambulatoria (Consulta y Procedimientos Especializados); gracias a la implementación del Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) y de las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), se ha mejorado un 70% en la atención de los servicios de salud tanto en su sede principal como en sus centros y puestos de salud orientado a:

“Mejorar la calidad del servicio a la población, mejorar la efectividad (costo beneficio) de las intervenciones y por ende la capacidad resolutoria a todos los niveles, también fortalecer la continuidad asistencial, al favorecer la coordinación entre salud pública, atención primaria, especializada y la comunidad, mejorar el desarrollo profesional, enmarcado en la política de talento humano y aportar a mejorar la eficiencia, la gestión y la organización”. (Bernal, 2013)

Actualmente el (Decreto 1011, 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, la resolución 3100 (2019), las condiciones del Sistema Único de Habilitación de Prestadores de Salud, y la resolución 5095 (2008), que reglamenta los estándares del Sistema Único de Acreditación, le dan preponderancia a los Programas de Seguridad del Paciente en la evaluación de la calidad de la atención, desde las necesidades reales de los usuarios y señala al índice de eventos adversos como el indicador básico de gestión.

El principal problema identificado en el Hospital Manuel Elkin Patarroyo IPS S.A.S es que a pesar que cuentan con lineamientos estratégicos en temas de seguridad del paciente algunos de estos no contienen las consideraciones donde se describan las necesidades de la población que atiende, teniendo en cuenta que el 90% de los habitantes pertenecen a una etnia indígena, por otro lado no existe un seguimiento estricto, ni una verdadera evaluación de los posibles eventos adversos e incidentes donde se tomen medidas pertinentes que aseguren el cumplimiento de lo requerido, se dispone de la documentación requerida (guías y protocolos de seguridad) pero estas no cuentan con una medición de adherencia, se cuenta con estadísticas de incidentes que hayan llevado a un aumento del número de estancias hospitalarias injustificadas pero no se ha cumplido con el análisis correctivo y tampoco con los planes de mejora lo que generaría aumento de costos por procedimientos asistenciales, así también existe falta de compromiso y toma de conciencia de los trabajadores respecto de la importancia de vivir una cultura de seguridad. Lo anterior provoca que los trabajadores y pacientes del Hospital Manuel Elkin Patarroyo IPS S.A.S tengan una baja percepción del

riesgo, existan procesos inseguros, se genere insatisfacción del usuario e incrementen los costos de la no calidad.

Para cumplir con las necesidades y expectativas de los usuarios, la normatividad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en términos de Seguridad del Paciente y lograr los objetivos del Hospital Manuel Elkin Patarroyo IPS S.A.S, resulta necesario la medición de Seguridad del Paciente a partir de marcos conceptuales, estrategias y herramientas validadas con foco en el contexto interno del Hospital Manuel Elkin Patarroyo IPS S.A.S.

Los beneficios esperados de la medición de la Seguridad del Paciente en el Hospital Manuel Elkin Patarroyo IPS S.A.S, serian:

- Mejora en la prevención, vigilancia y gestión de eventos adversos en temas de Seguridad del Paciente.
- Promover una cultura de seguridad del paciente, que garantice atenciones sin riesgo.
- Reducir los costos de la no calidad por aspectos de seguridad.

¿Cuál es la percepción del cliente interno en la implementación del programa de seguridad del paciente en Hospital Manuel Elkin Patarroyo IPS S.A.S del departamento del Guainía?

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo General

Evaluar la percepción del cliente interno en el programa de seguridad del paciente en el Hospital Manuel Elkin Patarroyo IPS S.A.S del departamento del Guainía, aplicando la encuesta HSOPSC de la AHRQ traducida al español.

1.2.1.1 Objetivos específicos

- Identificar el nivel de satisfacción del programa de seguridad del paciente; que percibe el cliente interno en el Hospital Manuel Elkin Patarroyo IPS S.A.S del departamento del Guainía.
- Medir los aspectos mejor evaluados por el cliente interno frente al reporte existente de incidentes en el programa de seguridad del paciente en Hospital Manuel Elkin Patarroyo IPS S.A.S del departamento del Guainía
- Reconocer que factores generan insatisfacción en el programa de seguridad el paciente por parte del cliente interno en Hospital Manuel Elkin Patarroyo IPS S.A.S del departamento del Guainía

1.3 Justificación

La organización Mundial de la Salud ha liderado un programa denominado “Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente”, el cual involucra integralmente a todos los actores (Medico, Enfermera, Personal de Salud, Pacientes y Comunidad) en estrategias que tengan como resultado la seguridad del paciente.

El principio clásico “primum non nocere” que traduce al castellano “lo primero es no hacer daño” la cual se le atribuye al gran filósofo Hipócrates, es en la actualidad más pertinente, ya que la atención sanitaria es hoy considerablemente más compleja. La existencia de múltiples factores que condicionan las decisiones clínicas, el proceso asistencial y el resultado de los cuidados pudiendo causar daño e incluso la muerte del paciente.

En Colombia los lineamientos del Ministerio de Salud y la Protección Social en el marco del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la atención en general y en particular a través del Sistema Único de Habilitación en la resolución 3100 (2019), por la cual se definen los procedimientos de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud busca que las Instituciones Prestadoras de Salud establezcan programas de mejoramiento continuo que brinden seguridad a los pacientes durante su atención médica. Por ello, a través del reporte obligatorio de los indicadores de calidad, monitorizan permanentemente el desempeño de la gestión de la vigilancia de los eventos adversos en las distintas instituciones, así, desde junio de 2008, el Ministerio de Salud y la Protección Social expidió los “Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente”.

Sin embargo, a pesar de todo el marco normativo y la socialización de experiencias sobre la gestión en Seguridad del paciente, los modelos de gestión actuales son: jerarquizados no integrales, burocráticos no funcionales, poco autónomos, carentes de visión integral de los procesos, centrado en normas y no en objetivos, con tendencia a controlar procedimientos, pero no a medir resultados e impactos, y sin enfoque en las necesidades de población que atienden.

La Coordinación Asistencial en el Hospital Manuel Elkin Patarroyo IPS S.A.S en el proceso de medición de resultados de Seguridad del paciente y al cumplir con el reporte obligatorio de los indicadores de gestión establecidos en la Circular única 256 de la Superintendencia Nacional de Salud, identificó debilidades en el reporte de los eventos adversos en la institución debido a que no eran representativos con relación a la población atendida. Al analizar las causas de este subregistro se detectaron varias fallas institucionales que se generaban por no existir cultura de seguridad que disminuya el temor en las personas de ser sancionados al reportar un evento adverso y se incentiven los modelos de análisis y gestión para tener procesos seguros.

Teniendo en cuenta lo anterior surge la necesidad de medir la percepción del cliente interno en la implementación de la Seguridad del Paciente para el Hospital Manuel Elkin Patarroyo IPS S.A.S que oriente a todos sus trabajadores, pacientes y comunidad hacia una cultura corporativa de seguridad mediante actividades efectivas que incentiven el reporte de los eventos adversos entre todo el personal asistencial y administrativo, se analicen sus causas y que promueva estrategias que minimicen los riesgos a los pacientes con implementación de barreras de seguridad durante su atención médica.

Capítulo 2. Marco de Referencia

2.1 Marco Teórico

Diferentes estudios a nivel nacional han realizado acercamientos en desarrollo de un modelo de gestión integral de seguridad del paciente. En el estudio realizado tal como señala (Ministerio de salud, 2010), el principal objetivo es guiar a todas las instituciones cobijadas por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, para que implementen la política institucional de seguridad del paciente, aunque las recomendaciones de esta guía también pueden ser implementadas por las instituciones de salud que están

exentas del SOGC en Colombia, así como cualquier otra institución en el mundo que la considere de utilidad para sus propios procesos de seguridad del paciente.

Así mismo como lo expresa Botero (2020), realizando una investigación basada en el clima de seguridad del paciente en quirófanos en hospitales colombianos: diferencias por profesión y tipo de contrato cuyo objetivo es Medir las dimensiones de SC en quirófanos colombianos según las características del personal quirúrgico.

En su estudio Moya (2017), menciona la seguridad del paciente en atención primaria en salud, una actividad que podría quedar en el olvido cuyo objetivo es intentar establecer, en primer lugar, la relación de la seguridad del paciente y la identificación de riesgos en el escenario de la APS; en segundo lugar, la importancia de conocer los eventos adversos e incidentes y su frecuencia; en tercer lugar, los elementos estructurales para hacer de la seguridad del paciente parte de la cultura organizacional de las instituciones y los beneficios que se logran al incorporar estos conceptos; y finalmente, en cuarto lugar, las características que deben tener los profesionales de la salud que trabajen en APS frente a la seguridad del paciente y la identificación de riesgos asistenciales.

En el estudio realizado por Álvarez & Tabares (2016), se diseñó un programa de seguridad del paciente para la ESE Hospital Antonio Rolan Betancur, una institución de primer nivel de complejidad, ubicada en el municipio de La Pintada en el suroeste antioqueño. La seguridad del paciente es un indicador de calidad que las instituciones de salud, que se implementa mediante los lineamientos impartidos por el Ministerio de Salud y Protección Social. El compromiso de la alta Gerencia a través de una política diseñada para la prevención de eventos adversos y para el aprendizaje organizacional por medio de su gestión: liderada por un comité de seguridad del paciente, que fomente la cultura organizacional y el compromiso por el reporte de funcionarios de la institución proactiva de los riesgos generados a partir de la atención.

Así mismo se plantea en Empresa Social del Estado, en el programa de Seguridad al Paciente de la ESE Hospital San José de La Palma desarrollado por Cortés (2017) y el Centro de Salud San Antonio Yacopí. Cuyo objetivo es proporcionar los lineamientos, para desarrollar la cultura de seguridad del paciente en la ESE Hospital San José de la Palma, involucrado y comprometido a todos los funcionarios, colaboradores, pacientes y sus familias; con el fin de promover la cultura de identidad y seguridad que permita implementar acciones de identificación, prevención y gestión de riesgos relacionados con el proceso de atención asistencial, así como garantizar una prestación de servicios con calidad al paciente.

Según Ramírez, Arenas, Gonzales, Garzón, Galeano & Soto (2011), se realiza una investigación basada en la cultura de seguridad del paciente por personal de enfermería en Bogotá, Colombia cuyo objetivo es describir la cultura de seguridad del paciente, en las dimensiones descritas por el instrumento versión española, Hospital Survey on Patient Safety Culture: condiciones del servicio o unidad, condiciones del hospital, comunicación en el servicio e información específica acerca de actividades en la institución.

En su estudio, López, Puentes & Ramírez (2016), se realiza una investigación basada en medición de la cultura de seguridad del paciente en un hospital público de primer nivel en el municipio de Villeta, cuyo objetivo es describir la cultura de seguridad del paciente en un hospital de primer nivel de Villeta, Cundinamarca, Colombia, del 18 al 29 de enero de 2016, aplicando la encuesta HSOPSC de la AHRQ traducida al español.

Así mismo Burbano, Romero, Romero & Ramos (2018), en su estudio basado en la medición de la percepción de cultura de seguridad del paciente en una IPS de primer nivel en Bogotá, Colombia; cuyo objetivo es determinar la percepción de la cultura de seguridad del paciente en los colaboradores de una IPS de primer nivel, durante un periodo de tiempo comprendido entre marzo - abril del año 2018. A partir de los obtenidos en la encuesta aplicada a los colaboradores de la IPS, es posible concluir lo siguiente: existe una percepción mayormente positiva frente a las dimensiones de trabajo en equipo, colaboración, respeto,

capacitación en protocolos o procedimientos y prácticas de seguridad del paciente. Existe una percepción francamente negativa en cuanto al apoyo de la Gerencia frente a la seguridad del paciente. Se concluye que, con base en las estrategias implementadas posterior a la medición del año 2016, no existe una mejoría significativa en las áreas consideradas como críticas ni en la percepción del personal frente a las acciones punitivas derivadas del reporte de eventos.

Teniendo en cuenta lo anterior en Colombia recientemente a través de la resolución 3100 (2019) sobre los procedimientos y condiciones de habilitación de servicios, expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social, se busca fortalecer los estándares de calidad en la atención de los pacientes por parte de los prestadores de servicios de salud.

El manual, que adopta la resolución, contiene criterios obligatorios que incluye los de seguridad del paciente, entregando herramientas para su implementación mediante los paquetes de instrucciones que han estado presentes en el Sistema (observatorio de calidad) y que hoy se deben utilizar como herramientas de gestión.

Esta obligatoriedad es extensiva para el Hospital Manuel Elkin Patarroyo IPS S.A.S el cual está categorizado como de mediana complejidad, dispone de ocho (8) especialidades como son: cirugía general, medicina interna, anestesiología, Ginecología, medicina familiar, pediatría, ortopedia y radiología, cuenta con los servicios de Urgencias, Hospitalización Adulto, Pediatría, dos salas de cirugía, además cuenta con 23 puestos de salud y 4 centros hospitales que hacen parte de la red de prestación de servicios de Salud. Cuenta con infraestructura adecuada de acuerdo a los componentes de habilitación que exige la normatividad y con el recurso humano suficiente para atender a la población con un alto nivel de calidad.

Es por esto que en la actualidad la entidad está mejorando el Sistema de Gestión de Calidad, fruto de ello se encuentran los servicios habilitados y en miras a cumplir el siguiente

paso de la Acreditación de Servicios de Salud, no obstante, la institución se encuentra en el momento de transformar la prestación de servicios de salud tradicional y conseguir ser una entidad de salud productiva empresarialmente y rentable económicamente.

La Seguridad del paciente es entendida 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 (OPS, 2020)

Por lo que se sustenta fundamentalmente en la prevención de riesgos y de eventos adversos en los procesos de atención, por lo que su conceptualización debe abordarse desde las definiciones y tipificación de los eventos adversos, los modelos explicativos acerca de su ocurrencia y priorizarse en lo que el país ha definido como eventos adversos trazadores. (OPS, 2015)

2.1.1 Definición y Tipología del Evento Adverso

Según Aguirre & Vásquez (2006), el evento adverso puede ocurrir por causas diferentes a un error médico, como consecuencia de la variabilidad biológica de los humanos, fallas en los equipos, en el mantenimiento, en la organización, en la comunicación con el paciente y familiares, accidentes, en la coordinación, en la capacitación del personal, etc. A pesar de lo anterior, el médico es el responsable de prevenirlos, evitarlos, identificarlos con oportunidad y limitar el daño que pudieran producir al paciente, si queremos garantizar una atención médica con calidad, segura y respeto del principio ético de beneficencia.

De acuerdo a estas consideraciones el evento adverso debe entenderse como el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño. Y derivadas de la

situación previa podrían ocurrir dos circunstancias, relativas a que el evento adverso pudiera ser:

- Previsible y prevenible.
- No previsible, no prevenible y por lo tanto inevitable.

Siendo el evento adverso un daño no intencional causado al paciente como un resultado clínico no esperado durante el cuidado asistencial y puede o no estar asociado a error es cualquier lesión no intencional causada por la atención en salud, más que por el proceso de enfermedad, que produce demora en el alta, estancia prolongada o discapacidad, y que puede amenazar la vida o causar la muerte del paciente. Según el Ministerio de Protección social, los eventos adversos son secundarios a la concatenación de diferentes errores en los distintos procesos y que finalmente produce daño al paciente.

Es fundamental la búsqueda de las causas que originaron el evento adverso: el análisis causal, análisis de la ruta causal o de la causa raíz, de tal manera que se puedan definir e identificar las barreras de seguridad y puede tener varios grados de intensidad o de severidad, como son:

- Evento Adverso Grave: Es aquel que ocasiona muerte o incapacidad residual al alta hospitalaria o que requirió intervención quirúrgica.
- Evento Adverso Moderado: Es aquel que ocasiona prolongación de la estancia hospitalaria al menos de un día de duración.
- Evento Adverso Leve: Es aquel que ocasiona lesión o complicación sin prolongación de la estancia hospitalaria. (Ministerio de la Protección Social, 2008)

La Figura 1 muestra de manera pictórica el modelo conceptual en el cual se basa la terminología utilizada en nuestro país con respecto a los eventos adversos y que incluyen las definiciones relacionadas con los diferentes ítems planteados y utilizados en la política de seguridad del paciente del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la atención en salud.

Figura 1: Flujograma Modelo Conceptual Seguridad del Paciente



Nota: Herramientas para promover la estrategia de la seguridad del paciente en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en la Atención en Salud (Ministerio de la Protección Social), p, 36.

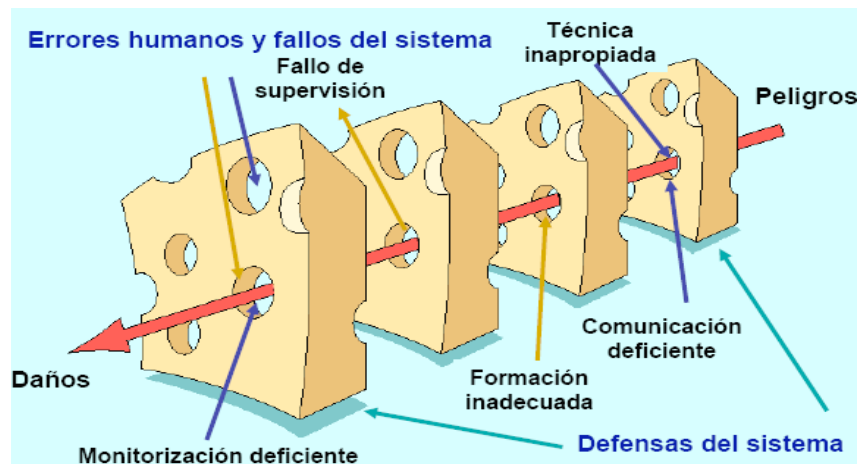
2.1.2 Modelo Explicativo de la Ocurrencia y la Causalidad del Evento Adverso

El mejor modelo explicativo a través del cual entendemos la ocurrencia del evento adverso, es sin lugar a dudas el planteado por el Dr. James Reason, llamado el modelo del Queso Suizo (ver figura 2), en donde para que se produzca un daño, es necesario que se alineen las diferentes fallas en los diferentes procesos, a semejanza de los orificios de un queso: cuando alguno de ellos no lo hace, el daño no se produce. Igualmente se produce una falla en uno de los procesos está puede acentuar las fallas existentes en otros procesos a manera de un efecto dominó (Leuro, 2019).

La idea básica del modelo de Reason es identificar qué aspectos o decisiones de la organización pueden haber sido un factor condicionante en un accidente y cómo la organización puede aprender de un accidente, perfeccionando sus defensas en un ciclo de mejora continua.

El modelo de Reason explica que un accidente es la consecuencia final de una superposición de fallas, desde la última línea de defensa, pasando por el acto inseguro, la condición insegura, la falla de la supervisión, la falla de la asesoría (seguridad) y, finalmente, la falla de la organización (Ministerio de Protección Social, 2008).

Figura 2: Modelo de Reason "Queso Suizo"



Nota: Reproducido del material presentado por Leuro (2019), en el evento adverso: una categoría jurídica relevante para la configuración de la responsabilidad civil por la prestación de los servicios asistenciales en el campo de la salud. propuesta de una metodología para la identificación del evento adverso

Los agujeros en las rodajas de queso representan las debilidades individuales en las partes individuales del sistema, y está variando continuamente en el tamaño y posición en todas las

rodajas. Los agujeros en las rebanadas del queso representan puntos débiles individuales en distintas partes del sistema, y están continuamente variando en tamaño y posición en todas las rebanadas. El sistema produce los fracasos en conjunto cuando todos los agujeros en cada uno de las rodajas alinean momentáneamente, permitiendo "una trayectoria de oportunidad del accidente" (Durán, Figueroa, Montenegro & Zarazo, 2019).

¿Y cuáles son las fallas de la organización? Son aquéllas que se encuentran en los niveles más altos de la organización ("fallas papá") y, si no son identificadas y corregidas, persistirán en los niveles más bajos de la organización ("fallas hijas"). Cualquier esfuerzo que se haga para controlar las "fallas hijas" serán en vano.

Las fallas organizacionales deben buscarse en el liderazgo y administración (ambiente laboral), estructura organizacional, selección y entrenamiento del personal, comunicación (procedimientos), mantenimiento, provisión y calidad de equipos (diseño), planeamiento, presiones de la operación y presiones comerciales (Gamboa & Carvajal, 2010).

De igual modo, al investigar el acto inseguro, no solamente debemos fijarnos en él no sabe, no quiere o no puede; porque muchos errores humanos ocurren sabiendo, queriendo y pudiendo hacer lo correcto. Por ello, debemos identificar si el acto inseguro fue por un descuido, una distracción, una desconcentración, un error al seguir las reglas (equivocación), un error a sabiendas (decidir correr el riesgo) o una violación (dolo). (Gamboa, Et al, 2010)

2.1.3 Eventos Adversos Trazadores de la Calidad

La resolución 1446 (2006), establece como obligatorio para todos los actores del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, la vigilancia de eventos adversos. Esto está incluido dentro de lo que define como el nivel de monitoria interna, el cual está constituido por los indicadores de calidad y de seguimiento a riesgo que se deben evaluar y la

vigilancia del comportamiento de los eventos adversos. En las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud se realiza vigilancia a los 36 eventos adversos trazadores que contempla en su anexo la (Resolución Número 1446, 2006), los cuales se relacionan a continuación:

1. Cirugías o procedimientos cancelados por factores atribuibles al desempeño de la organización o de los profesionales
2. Pacientes con trombosis venosa profunda a quienes no se les realiza control de pruebas de coagulación
3. Ingreso no programado a UCI luego de procedimiento que implica la administración de anestesia
4. Pacientes con neumonías bronco aspirativas en pediatría o UCI neonatal
5. Pacientes con úlceras de posición
6. Distocia inadvertida
7. Shock hipovolémico post - parto
8. Maternas con convulsión intrahospitalaria
9. Cirugía en parte equivocada o en paciente equivocado
10. Pacientes con hipotensión severa en post - quirúrgico
11. Pacientes con infarto en las siguientes 72 horas post – quirúrgico
12. Reingreso al servicio de urgencias por misma causa antes de 72 Horas
13. Reingreso a hospitalización por la misma causa antes de 15 días
14. Entrega equivocada de un neonato
15. Robo intra – institucional de niños
16. Fuga de pacientes psiquiátricos hospitalizados
17. Suicidio de pacientes internados

18. Consumo intra - institucional de psicoactivos
19. Caídas desde su propia altura intra - institucional
20. Retención de cuerpos extraños en pacientes internados
21. Quemaduras por lámparas de fototerapia y para electrocauterio
22. Estancia prolongada por no disponibilidad de insumos o medicamentos
23. Utilización inadecuada de elementos con otra indicación
24. Flebitis en sitios de venopunción
25. Ruptura prematura de membranas sin conducta definida
26. Entrega equivocada de reportes de laboratorio
27. Revisión de reemplazos articulares por inicio tardío de la rehabilitación
28. Luxación post - quirúrgica en reemplazo de cadera
29. Accidentes postransfusionales
30. Asalto sexual en la institución
31. Neumotórax por ventilación mecánica
32. Asfixia perinatal
33. Deterioro del paciente en la clasificación en la escala de Glasgow sin tratamiento
34. Secuelas post - reanimación
35. Pérdida de pertenencias de usuarios
36. Pacientes con diagnóstico que apendicitis que no son atendidos después de 12 horas de realizado el diagnóstico.

2.1.4 Marco Conceptual de los Modelos de Gestión en Seguridad del Paciente

En términos generales los Modelos de gestión son la forma como se organizan y combinan los recursos con el propósito de cumplir las políticas, objetivos y regulaciones. Un modelo de gestión depende de la definición que se dé a las prioridades del sistema, por ejemplo, un sistema para garantizar la seguridad del paciente.

De igual forma un modelo de gestión es una forma sistemática y racional para la toma de decisiones propias de la organización. Modelo de toma de decisiones dentro de la organización. Es decir, la secuencia, ordenada y racional en la cual deben ser planteadas y resueltas sus decisiones, como en los aspectos de Calidad y seguridad (Alzate, Posada, Quintero & Rodríguez, 2016).

Es necesario, entonces, que a las diferentes organizaciones de salud las contemplemos como sistemas complejos, de procesos de toma de decisiones, formados a su vez por un sistema externo y un sistema interno de relaciones que son interdependientes.

2.1.5 Modelos de Gestión Integral

Nuestra visión de un modelo de gestión Integral, parte de una clara definición de valor para la empresa o institución de salud, donde se identifican los planteamientos estratégicos que determinarán la definición del modelo organizativo y de procesos, así como los sistemas de información y la cobertura tecnológica más adecuada, los cuales se encuentran en una interrelación conjunta que nos llevan a tener planes, programas y proyectos efectivos y competitivos.

Analizando sus necesidades, definimos conjuntamente con nuestros usuarios de salud el modelo de gestión que mejor se adapta a sus expectativas y que permite el despliegue en términos de Wventura (2015):

- Organización: Qué estructura organizativa necesita para soportar el modelo, por ejemplo niveles de gestión.
- Procesos: Procesos, integración, flujos de información, procedimientos... necesarios para poder implantar el modelo.
- Arquitectura de la Información: Modelo transaccional y analítico de gestión para disponer de la información necesaria.
- Tecnología: Mapa de Sistemas y Aplicaciones que soportan el modelo de gestión.
- Plan: Cómo llegar a implantar el modelo. Plan de acción y de inversión.

Con estos modelos integrales se espera remplazar el modelo de gestión tradicional que es: jerarquizado, burocrático, poco autónomo, carente de visión integral de los procesos, centrado en normas y no en objetivos, proclive a controlar procedimientos, pero no a medir resultados o impactos, operante sobre mercados cautivos y falta de concentración en el usuario.

El nuevo modelo de Gestión por procesos que se hace necesario debe cumplir con lo siguiente:

- Propiciar el trabajo cooperativo, la interacción de las experiencias individuales y colectivas, la movilización de los distintos saberes que entran en el objetivo de salud.
- Fomentar la autonomía y la responsabilidad de los profesionales y su compromiso con la misión institucional y con los resultados en salud.
- Flexibilizar la planificación, con miras a beneficiar el aprendizaje institucional que se hace en el transcurso de las acciones y dar lugar a la visión de los procesos.

- Las normas rígidas deben ceder lugar a directrices flexibles, basadas en el flujo constante de informaciones sobre la realidad y sobre las acciones institucionales, sus procesos y sus resultados.
- Propiciar mayor participación de los profesionales en la toma de decisiones, ya que éstas no deben quedar sólo en las manos de los administradores.
- Velar por una visión integral de los procesos, con el fin de evitar las “tierras de nadie”.
- Establecer objetivos coherentes en toda la organización.
- Centrar la organización en las demandas y expectativas del usuario, actitud que deben compartir todos sus miembros.

De lo anterior se desprende que las organizaciones de salud, para que puedan tomar decisiones adecuadas y oportunas, deben tener estas características, las que significan un nuevo modelo de desempeño institucional que traspase el modelo tradicional de gestión y evolucione hacia lo que se ha llamado la Gestión por Procesos. Este modelo se enmarca en la Gestión Sistémica y la Administración por Niveles (Wventura, 2015).

2.1.6 Gestión del Riesgo en Seguridad del Paciente

En general existen muchos sistemas de gestión o manejo del riesgo, pero todos ellos tienen dos componentes básicos: La reducción del riesgo (limitar la ocurrencia de los riesgos, ya que no se puede eliminar totalmente su ocurrencia), denominados también Proactivos, en donde se identifican riesgos potenciales. Y la contención del riesgo (limitar sus consecuencias para aquellos casos en que el evento ocurriera), denominados Reactivos, los cuales identifican riesgos reales (OPS, s.f.)

En lo particular la gestión de riesgo es la metodología que incrementa la calidad de la asistencia, mejora la seguridad de los pacientes y de los profesionales sanitarios, propende por disminuir los costos y constituida por actividades destinadas a identificar, evaluar y reducir o eliminar el riesgo de que se produzca un evento adverso. La gestión de cualquier tipo de riesgo se realiza a través de las siguientes fases: Identificación **del riesgo** (se identifican las

fuentes y factores generadores de riesgo en las instituciones), **análisis del riesgo** (todas las actuaciones para valorar la frecuencia, la trascendencia y la evitabilidad del riesgo) y la **elaboración de planes de control** (actuaciones realizadas para eliminar, reducir y mitigar los riesgos, en caso necesario, contrarrestarlos). Es conveniente determinar que la existencia de un programa de gestión de riesgos, facilita beneficios a todos los involucrados en la atención de salud. Para los usuarios, a quienes le aporta una mayor seguridad en la atención recibida, a los profesionales ya que les incrementa la seguridad en sus actuaciones y una mayor satisfacción en su desempeño profesional. A los responsables de la administración y las finanzas y a quienes les proporcionan un mayor rigor en la gestión de sus propias responsabilidades (Puerto, 2011).

La gestión del riesgo expresada desde un enfoque sistémico, plantea que la aparición del evento adverso depende de múltiples factores relacionados con el sistema y permite descubrir, después del análisis del evento adverso, causales asociadas a deficiencias en la comunicación, la ergonomía, la fatiga, la dotación del personal, la supervisión o la formación inadecuada.

2.2 Marco Conceptual

- **Percepción:** Proceso cognitivo de la conciencia que consiste en el reconocimiento, interpretación y significación para la elaboración de juicios en torno a las sensaciones obtenidas del ambiente físico y social, en el que intervienen otros procesos psíquicos entre los que se encuentran el aprendizaje, la memoria y la simbolización (Vargas, 1994).
- **Seguridad del paciente:** 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. (MinSalud, s.f.)

- **Atención En Salud:** Servicios recibidos por los individuos o las poblaciones para promover, mantener, monitorizar o restaurar la salud. (Ministerio de la Protección Social, 2008)
- **Incidente:** 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 (Ministerio de la Protección Social, 2008)
- **Evento adverso:** Hecho inesperado, no relacionado con la historia natural de la enfermedad y que se dio como consecuencia del proceso de atención médica. El daño derivado de medidas adoptadas durante la prestación de asistencia sanitaria que no se deba a una enfermedad o lesión subyacente es conocido como daño asociado a atención sanitaria. (Ministerio de la Protección Social, 2008)
- **Cultura:** Conjunto de valores, creencias, actitudes, conductas, lenguajes, costumbres, metas, políticas y operaciones de los diferentes grupos de trabajo que crea un sentido de identidad y establece vínculos vitales entre los miembros de una organización y su misión. Referida a la salud es el producto de interacciones dinámicas que, a nivel de la atención del paciente, deben integrarse bajo principios éticos y científicos y permear todos los niveles de la organización hospitalaria, para elevar el nivel de la misión institucional (Fajardo, Et al, 2010).
- **Salud:** Estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. (MinSalud, s.f.)

- **Practica segura:** Intervención científica, tecnológica y administrativa en el proceso asistencial con resultado clínico exitoso, que minimiza la probabilidad de ocurrencia de un evento adverso. (Espinal, Yepes & García, 2010)
- **Mejora del sistema:** Resultado de la cultura, los procesos y las estructuras dirigidos a prevenir fallos en el sistema y a mejorar la seguridad y la calidad. (Ministerio de Protección Social, 2008)

2.3 Marco Normativo de Seguridad del Paciente

En la constitución política de la República de Colombia (1991), en el artículo 49, establece que la salud es un derecho fundamental y un servicio público y en desarrollo del mismo, el Congreso de la República de Colombia establece la Ley 100 (1993), a través de la cual creó el Sistema de Seguridad Social Integral, en el libro segundo establece a partir del artículo 152 y siguientes el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

La ley 100 (1993), en su artículo 153 en el numeral 9º indica que el Sistema establecerá mecanismos de control a los servicios para garantizar a los usuarios la Calidad en la atención oportuna, personalizada, humanizada, integral, continua y de acuerdo con los estándares aceptados en procedimientos y práctica profesional.

El decreto 780 (2016), decreto reglamentario único del sector salud y protección social, que compila y simplifica todas las normas reglamentarias preexistentes en el sector de la salud. Esto con el objetivo de racionalizar las normas de carácter reglamentario que rigen en el sector y contar con un instrumento jurídico único. Recopila las disposiciones para el funcionamiento adecuado del Sistema Obligatorio de Calidad en la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SOGCS), orientado al mejorar los resultados

en la atención en salud, centrados en los usuarios a través de la accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad.

En el decreto 1011 (2006), se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que define las normas, requisitos, mecanismos y procesos desarrollados en el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país.

La resolución 3100 (2019), exige en los estándares de habilitación el seguimiento a riesgos institucionales relacionados con procesos de control y seguimiento a los principales riesgos de cada uno de los servicios que ofrece la institución.

En la resolución 5095 (2018), se establecen los estándares de acreditación dirigidos hacia la mejora de los resultados de la atención en salud, centrados en el usuario, que van más allá de la verificación de la existencia de estructura o de la documentación de procesos.

En la Circular externa Administración de la gestión documental (2016), se imparten instrucciones en lo relacionado con el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud y el Sistema de Información para la Calidad.

Resolución 256 (2016), establece a nivel del sistema de información de monitoria interna el seguimiento de los eventos adversos que se vigilan al interior de los actores en la implementación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.

El Ministerio de Protección Social (2008) propone los lineamientos para la Implementación de la Política de Seguridad del Paciente en el 2008 el Ministerio de Salud impulsó una Política de Seguridad del Paciente “Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente en la República de Colombia”.

Según MinSalud. (2010) en la guía técnica “Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud”, con el propósito de brindar a las instituciones recomendaciones técnicas aplicables a prestadores hospitalarios, prestadores ambulatorios, prestadores independientes y entidades administradoras de planes de beneficios en relación con sus propios procesos operativos, administrativos y con su red de prestadores; para incentivar, promover y gestionar la implementación de prácticas seguras de la atención en salud, clasificadas en cuatro grupos que buscan: obtener procesos institucionales seguros, Obtener procesos asistenciales seguros, involucrar los pacientes y sus allegados en su seguridad e incentivar prácticas que mejoren la actuación de los profesionales.

Capítulo 3. Marco Metodológico

Diagnostico: Para el desarrollo de esta investigación se realizó una revisión de la literatura a nivel Nacional (Lineamientos de la Política de Colombia en Seguridad del Paciente). Se utilizan Herramienta validadas para el Análisis de Eventos Adversos y la medición de la cultura de Seguridad del Paciente. Mediante Lista de chequeo, y encuesta para medir la percepción de la Cultura de Seguridad del Paciente original de la *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ), y Finalmente, un análisis DOFA

3.1 Tipo de estudio

El tipo de estudio que se utiliza es un estudio descriptivo cuantitativo de corte transversal y retrospectivo. El presente estudio tiene un enfoque cuantitativo ya que se obtienen datos, y éstos se analizan estadísticamente y se expresan numéricamente La investigación es de nivel descriptivo, ya que se mide la frecuencia, comportamiento y características de un fenómeno o variable de estudio en una población dada y en un mismo corte de tiempo (Hernández, Fernández & Baptista, 2014)

3.2 Población

La Lista de Chequeo de las líneas Estratégicas de la Política Nacional de Seguridad del Paciente, será aplicada a coordinadores administrativos, financieros, asistenciales, sistemas de información y planeación, sistemas de gestión, capacitación. Se tomará en cuenta además la documentación como mapa de procesos y procedimientos, así como entrevistas y observaciones de la planta administrativa y asistencia del Hospital Manuel Elkin Patarroyo I.P.S. S.A.S. Está conformada por 113 trabajadores de planta asistencial y 41 administrativos; para un total de 153.

- **Muestra:** La muestra que se tomó para la aplicación de las encuestas de percepción de Seguridad del paciente en los diferentes servicios de la Institución es de 110 encuestas con un nivel de confianza del 99% y margen de error del 5%. En los diferentes servicios de la Institución.

3.3 Procedimiento

Ver anexo 1 cronograma

3.4 Técnicas para la recolección de la información

La información y los resultados se obtuvieron a través de la revisión sistemática de Políticas de Seguridad del Paciente a nivel nacional; aplicación de listas de chequeo Hospital M.E. Patarroyo IPS S.A.S. Para evidenciar su cumplimiento a los lineamientos de la Política de Seguridad del Paciente del Ministerio de Salud y la Protección Social; análisis DOFA para evidenciar nivel de compromiso con la seguridad del paciente institucional; análisis documental de los eventos adversos en el que se determinaran la causa, tipos y frecuencia; y el análisis de encuestas sobre la percepción de Seguridad del Paciente

3.4.1 Lista de Chequeo basada en las líneas estratégicas de Seguridad del Paciente

Se diseñó una lista de chequeo (Ver anexo 2) a fin de tener el conocimiento de las

diferencias existentes entre lo que tiene el Hospital M.E. Patarroyo IPS S.A.S y lo que debería tener frente a las estrategias de la Política de Seguridad del Paciente en la República de Colombia Ministerio de Salud y la Protección Social.

3.4.2 Encuesta para medir la percepción de la Cultura de Seguridad del Paciente

Se aplicará la encuesta adaptada y validada para Colombia por el Ministerio de Salud y Protección Social, de la original de la *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) de Estados Unidos 4, y que puede ser utilizada para medir aspectos de la cultura de las organizaciones de salud.

Se aplicará a cada uno de los funcionarios tanto del área asistencial como administrativa, para lo cual se preparará la agenda respectiva, en donde se relacionan los diferentes puntos a tratar ordenados secuencialmente por tema, sin que esto sea camisa de fuerza para su desarrollo (Ver anexo 3).

3.5 Técnicas para el análisis de la información

Se utiliza base de datos de Excel

3.6 Consideraciones Éticas

3.6.1 Consentimiento Informado para Registros y Encuestas

Nota: Los Registros y Encuestas requerirán consentimiento informado salvo que: 1) Los datos personales se encuentren anonimizados. 2) El estudio no pueda ser considerado una investigación con seres humanos. 3) Los datos son de acceso público. Dado que se trata de un estudio con mínimo o ningún riesgo para el participante, el CIE puede decidir su revisión expedita.

Título del Estudio, Diseño de un Modelo de Gestión Integral de Seguridad del Paciente en el Hospital Manuel Elkin Patarroyo I.P.S S.A.S. en la ciudad de Inírida departamento del Guainía.

3.6.1.1 Hoja de Información

Se le pide que conteste unas preguntas, donde nos permita recolectar datos sobre la prestación de los servicios y en especial de la atención de “La Seguridad del Paciente” del Hospital Manuel Elkin Patarroyo I.P.S. S.A.S. Institución para la cual usted está laborando. Este tipo de estudios se realiza con el fin de sacar el diagnóstico y saber cómo y de qué manera se están prestando a los usuarios los servicios y atención en salud. Su participación es completamente voluntaria; si no desea hacerlo no tiene inconveniente, su negativa no le traerá ninguna repercusión. Lea toda la información que se le ofrece en este documento y haga todas las preguntas que necesite al investigador que se lo está explicando, antes de tomar una decisión. Neidy Gutiérrez y colaboradoras será quien dirija el estudio y (nombre del patrocinador) será quien lo financie. Tanto los investigadores como (nombre del sitio) no recibirán un pago por llevar adelante esta investigación.

1. ¿Por qué se realiza este estudio? Este estudio se realizará con el objetivo del cumplimiento de un requisito de la Universidad Iberoamericana S.A. con el fin de obtener el título de “Especialistas en la Gerencia de la Calidad en Salud” (surge la necesidad de diseñar un Modelo de Gestión Integral de Seguridad del Paciente para el Hospital Manuel Elkin Patarroyo IPS S.A.S que oriente a todos sus trabajadores, pacientes y comunidad hacia una cultura corporativa de seguridad mediante actividades efectivas que incentiven el reporte de los eventos adversos entre todo el personal asistencial y administrativo, se analicen sus causas y que promueva estrategias que minimicen los riesgos a los pacientes con implementación de barreras de seguridad durante su atención médica. El propósito/objetivo de esta investigación, es implementar un modelo de seguridad del paciente para el Hospital Manuel Elkin Patarroyo I.P.S.

S.A.S. e impulsa la Política de Seguridad del Paciente, la cual es liderada por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, cuyo objetivo es prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y eliminar la ocurrencia de Eventos adversos para contar con instituciones seguras y competitivas.

2. ¿Tendré riesgos por participar? Ud. no tiene riesgo de lesiones físicas si participa en este estudio; el riesgo potencial es que se pierda la confidencialidad de sus datos personales. Sin embargo, se hará el mayor esfuerzo para mantener su información en forma confidencial.
3. ¿Cómo mantendrán la confidencialidad de mis datos personales? ¿Cómo harán para que mi identidad no sea conocida?

Los datos que lo/a identifiquen serán tratados en forma confidencial como lo exige la Ley. El titular de los datos personales tiene la facultad de ejercer el derecho de acceso a los mismos en forma gratuita a intervalos no inferiores a seis meses, salvo que se acredite un interés legítimo al efecto conforme lo establecido en el artículo 14, inciso 3 de la Ley N.º 25.326. La dirección nacional de protección de datos personales, Órgano de Control de la Ley N.º 25.326, tiene la atribución de atender las denuncias y reclamos que se interpongan con relación al incumplimiento de las normas sobre protección de datos personales. Salvo para quienes estén autorizados a acceder a sus datos personales, su hijo/a. no podrá ser identificado/a. En caso de que los resultados de este estudio sean publicados en revistas médicas o presentados en congresos médicos, su identidad no será revelada.

4. ¿Quiénes tendrán acceso a mis datos personales? El equipo de investigación podrá acceder a los datos plasmados en este documento o encuesta y a toda aquella información recabada a los fines de este estudio de investigación. También podrán hacerlo el equipo

de Investigación de la Universidad Iberoamericana con el propósito de análisis y verificación del estudio realizado.

5. ¿Puedo dejar de participar en cualquier momento, aún luego de haber aceptado? Usted es libre de retirar su consentimiento para participar en la investigación en cualquier momento sin que esto lo perjudique en su atención médica posterior; simplemente deberá notificar al investigador de su decisión (oralmente o por escrito: especificar). Si algunas preguntas lo ponen incómodo, dígaselo a la persona que se las está haciendo y puede no contestar alguna de ellas si así lo prefiere. De todas maneras, lo ideal es tratar de dar toda la información requerida para que el estudio se haga en forma correcta. Puede suspender su participación en cualquier momento. Luego de que retire su consentimiento no se podrán obtener datos sobre Ud. y sus respuestas (si es necesario solicitar consentimiento para un seguimiento, especificar), pero toda la información obtenida con anterioridad sí será utilizada.

3.6.1.2 Consentimiento informado (Hoja de firmas)

He leído la hoja de información del Consentimiento Informado, he recibido una explicación satisfactoria sobre los procedimientos del estudio y su finalidad. He quedado satisfecho con la información recibida, la he comprendido y se me han respondido todas mis dudas. Comprendo que mi decisión de participar es voluntaria. Presto mi consentimiento para la recolección de datos/la realización de la encuesta propuesta y conozco mi derecho a retirarlo cuando lo desee, con la única obligación de informar mi decisión a la persona responsable del estudio.

Firma, aclaración, número de documento del sujeto y fecha.

Firma, aclaración, número de documento del representante legal y fecha (cuando se requiera)

Firma, aclaración, número de documento y dirección del testigo, y fecha (cuando aplique)

Firma, aclaración, número de documento de la persona designada para el proceso de CI, función y fecha

Capítulo 4. Análisis de Resultados

Aplicado el instrumento de evaluación de la estrategia de seguridad del paciente teniendo en cuenta la lista de chequeo se encuentra que Hospital Manuel Elkin Patarroyo IPS S.A.S del departamento del Guainía cumple con el 79% de los estándares evaluados, con los hallazgos y consideraciones que se describen a continuación:

El Hospital Manuel Elkin Patarroyo IPS S.AS. del departamento del Guainía tiene disponible una política de seguridad del paciente que se ha documentado formalmente y se ha socializado. Cuenta con un equipo de trabajo formalmente constituido que se ocupe de la seguridad del paciente. Y se evidencia el 75% del empleo sistemático de listas de chequeo como soporte documental de las rondas de seguridad y así mismo sus cronogramas. Existe documentación del proceso de seguimiento a riesgos, que pone como eventos a vigilar: mortalidad general hospitalaria, mortalidad materna, mortalidad perinatal, mortalidad en urgencias, infección intrahospitalaria, complicaciones medicamentosas y promoción y prevención. No se establecen otros eventos de ocurrencia más frecuente y que permitirían

evaluar la calidad del servicio, tales como caída de pacientes, errores en la administración de medicamentos, manejo inadecuado de la información del paciente.

Se reportan los indicadores requeridos por el SOGC según la resolución 256 (2016). Sin embargo, la información no se toma de fuentes completamente confiables porque no hay evidencia de registros sistemáticos de variables tales como tiempos de espera, reingresos, etc. Se deberían vigilar eventos que son indicios de atención insegura tales como: reingreso de pacientes por la misma causa antes de 72 horas, reingresos a hospitalización por la misma causa antes de 15 días, utilización inadecuada de elementos con otra indicación y caída de pacientes en el servicio de Apoyo diagnóstico y complementación terapéutica.

Según la lista de chequeó el 92% responde la existencia del protocolo de lavado de manos institucionalizado. Sin embargo, se evidencia una pobre adherencia por parte del personal, además de insuficientes insumos para su cumplimiento: no hay alcohol glicerinado, toallas desechables en dispensador, controles en el suministro de jabón líquido, etc.

La vigilancia de otros eventos como la prevención de escaras, exposición cruzada, etc., no cuentan con el suficiente desarrollo. No se han adoptado estrategias de gestión o investigación de eventos adversos de acuerdo con los lineamientos del Protocolo de Londres o su equivalente. Consultados los trabajadores, perciben este tipo de investigaciones como algo punitivo y conducente a sanciones. Dado que existe la política de reducir el número de días de estancia del paciente a tres o menos por razones de costos y porque se considera que es el plazo prudente para que se establezcan la mayoría de enfermedades que se atienden en el segundo nivel, se supone que ello juega en favor de la reducción de ciertos eventos adversos. Actividades de capacitación en el manejo del riesgo y evento adverso no se han hecho de manera sistemática por los líderes de área y/o instituciones externas. El personal refiere que practica de manera empírica algunas actividades para evitar eventos adversos, tales como ayudar en los traslados de pacientes con discapacidad física o deterioro cognitivo, pero no hay una estandarización. Así mismo el seguimiento atención e ingreso de las maternas por el difícil acceso al transporte desde su

ubicación geográfica hasta el hospital, esto de evidencia por la falta de recursos que el departamento carece. El personal conoce el procedimiento a seguir en caso de accidente de trabajo.

En conclusión, existe una cultura de riesgo medio y que es transversal en todos los niveles de la organización. Se realiza seguimiento metódico de eventos adversos y se aplican de manera formal los protocolos correspondientes. Existe en general un bajo umbral de exigencia y rigurosidad en todos los procesos. De acuerdo con lo expresado por los entrevistados, existe la percepción que un nivel secundario de atención que no es necesario ser demasiado minuciosos y que ello es más propio de instituciones complejas o de tercer nivel; además refieren que por ser un hospital que se encuentra en una zona de difícil acceso y bajos recursos se presentan mayores dificultades para la prestación de los servicios con calidad.

4.1 Análisis DOFA de Seguridad del Paciente

Este análisis de la lista de chequeo también arroja el nivel de compromiso por parte del Cliente Interno en el cual se expusieron debilidades y fortalezas; con respecto a la implementación de la política de Seguridad del Paciente, obteniéndose los siguientes aportes lo cual se puede evidenciar en la tabla 1.

Tabla 1: Resultados análisis DOFA

<i>Nivel de compromiso por parte de los clientes internos</i>	
Debilidades	Fortalezas
Comunicación no asertiva en algunos niveles de la organización.	Experiencias concretas y evidencia de sus beneficios ejemplo programa Maternidad Segura.
Sistema de Información manual, con datos incompletos o con la omisión de los mismos.	Compromiso y voluntad política de la Alta Gerencia.

Falta homogeneizar y consolidar la cultura de seguridad del paciente.	Liderazgo y plena implicación del Coordinador de Calidad.
Bajo desarrollo o ausencia de sistemas de detección de riesgos de eventos adversos.	Inicio de implementación de la Res. 3100 del 2019 Sistema único de Habilitación con énfasis en Seguridad.
Conductas Punitivas ante ocurrencia de eventos adversos.	Capacitación continuada al Recurso Humano en Calidad.

Nota: Elaboración propia

4.2 Resultados de la encuesta al equipo de salud

Mediante entrega directa en el puesto de trabajo, se recibieron de 107 encuestas de 110 contestadas en el Hospital Manuel Elkin Patarroyo IPS S.AS. del departamento del Guainía, al personal asistencial, personal de apoyo y personal administrativo. El 97 % del personal habitual contestó la encuesta.

El personal se encuentra vinculado mediante las modalidades de contrato nombramiento o carrera administrativa 35 (32%) y de orden de prestación de servicios 53 (49%) y vinculación mediante cooperativas (17%).

4.2.1 Datos socio profesionales

1. Antigüedad en la empresa y área

La encuesta considera cuatro rangos de tiempo que permiten visualizar un panorama general: menos de un año, de uno a cinco, de seis a diez y más de diez.

Se observa un predominio del 55% de personas de uno a cinco años de vinculación y relativamente poco personal con el 20% de seis a diez años. Existe una tendencia a permanecer en la misma área a lo largo del tiempo, con bajos índices de rotación. Aunque ello favorece la

experticia también tiende al aislamiento de cada área por desconocimiento de otros procesos y limita la colaboración entre diferentes áreas.

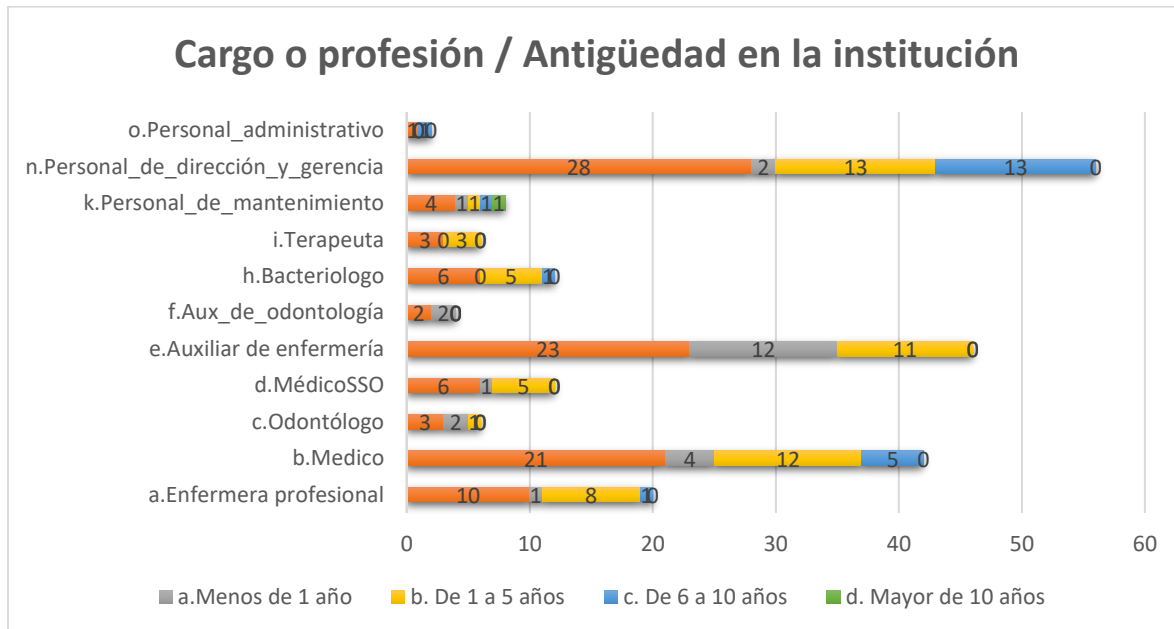
Tabla 2: Antigüedad en la institución según la modalidad de vinculación laboral

Tipo de contrato / antigüedad en la institución	a. Menos de 1 año	b. De 1 a 5 años	c. De 6 a 10 años	d. Mayor de 10 años	
a. Nombrado (carrera adm. o provisional)	7	25	3	0	35
b. Cooperativa	3	7	9	0	19
c. Contrato de Prestación de Servicios	15	27	10	1	53
					107

Nota: Elaboración propia

Estos datos permiten establecer perfiles diferenciales en el momento de tomar medidas futuras.

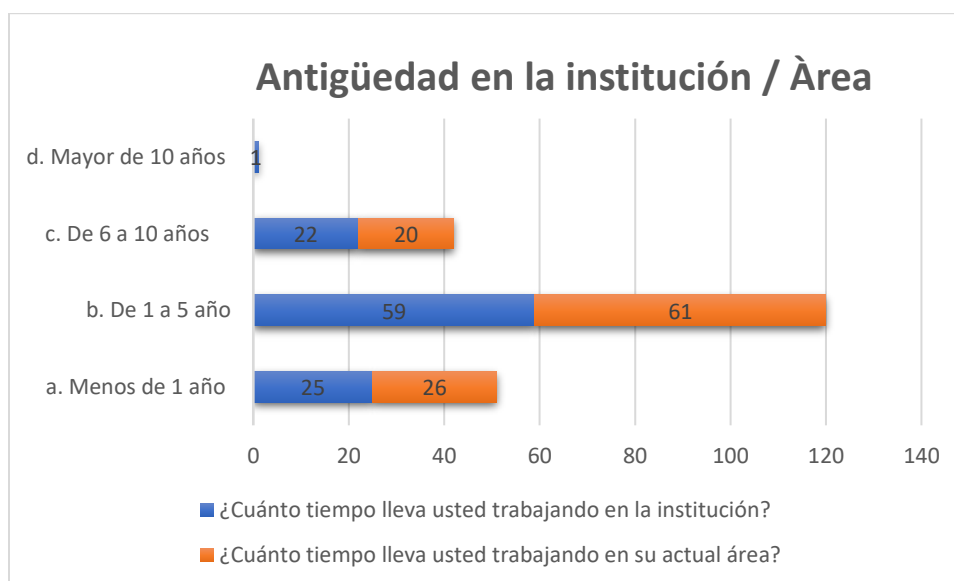
Figura 3: Cargo o profesión según la antigüedad en la institución.



Nota: Elaboración propia.

De acuerdo con el cargo desempeñado, la antigüedad muestra patrones característicos, según se observa en la Figura 3. Se observa que la mayor antigüedad se da entre las auxiliares de enfermería y el personal administrativo, siendo también los grupos más numerosos y diversos en este aspecto. Mientras tanto entre los profesionales de salud predominan aquellos con vinculación inferior a cinco años, jalonado por aquellos en servicio social obligatorio quienes están por un periodo fijo de un año. De acuerdo con el tipo de vinculación, aquellos nombrados tienen una antigüedad de cinco años mientras que los de contrato de prestación de servicios tienen menos de cinco años, según se muestra en la tabla 2. Esto concuerda con los cambios en el tipo de contratación que predominante se han dado en los dos últimos lustros, como política dominante en esta y en la mayoría de instituciones de salud del país.

Figura 4: Antigüedad y experiencia en el área actual



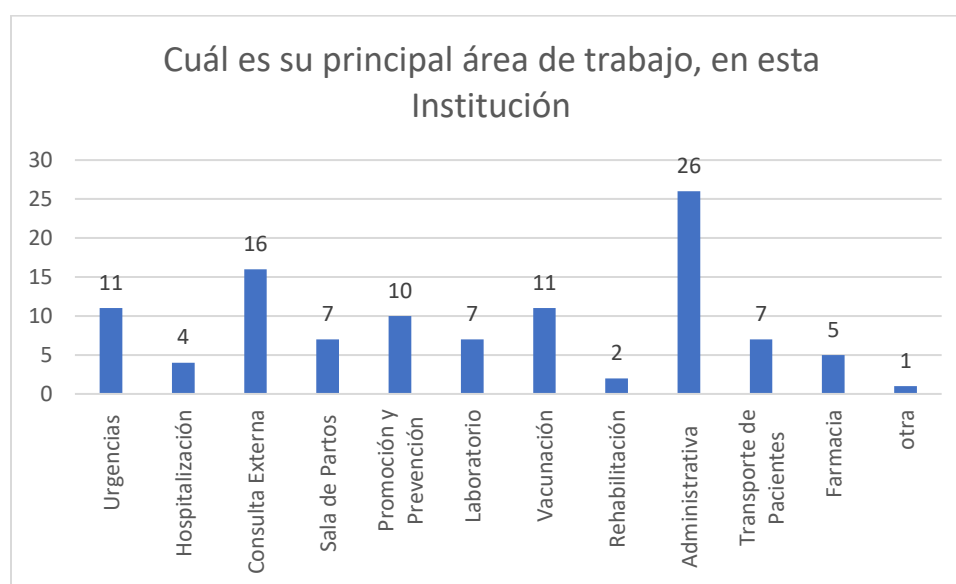
Nota: Elaboración propia.

2. Área de trabajo

La mayor parte del personal declaró laborar principalmente en el área de consulta externa, seguido por urgencias dentro de los asistenciales, según se observa en la gráfica 3. Esto coincide a su vez con las áreas de mayor criticidad en cuanto a volumen de atención y riesgo. El área

administrativa ocupa el segundo lugar dentro del contexto global. El 88 % de los encuestados tienen un trato directo con los pacientes, haciendo más relevante la seguridad en el entorno. La encuesta pregunta por la principal área de trabajo. Sin embargo, la estructura funcional de la entidad hace que una proporción importante de los encuestados trabajen en más de un servicio, rotando entre ellos o cubriendo más de un servicio a la vez. Esto es una constante en los médicos y enfermeras jefes quienes cubren de manera simultánea o alternante los servicios de urgencias, hospitalización y consulta externa. En todo caso se tuvo en cuenta la respuesta de los encuestados y no la asignación interna a un servicio en particular.

Figura 5: Área de Trabajo

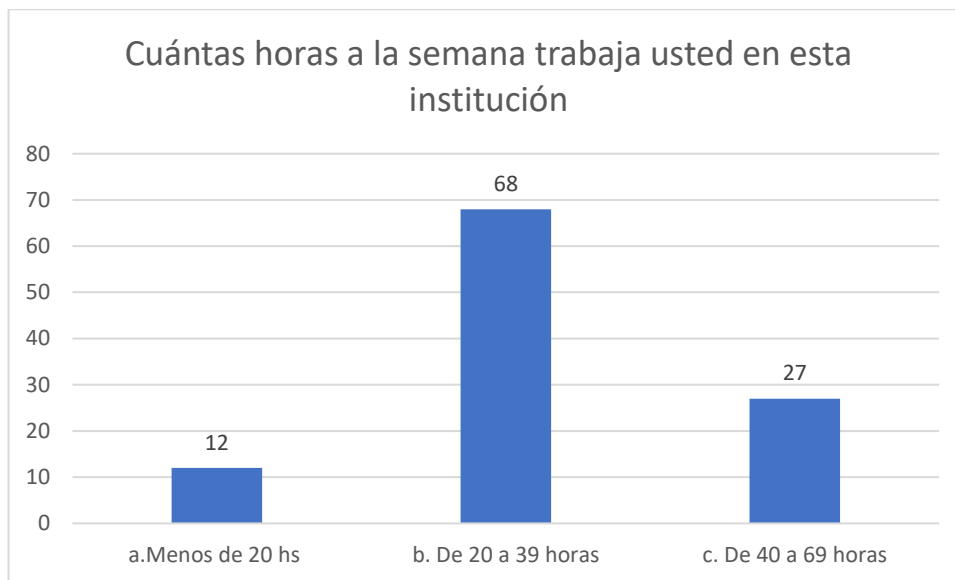


Nota: Elaboración propia

3. Jornada de trabajo

Frente a esta pregunta la mayor parte declaró trabajar un número de horas en la semana que está dentro del rango legal de trabajo para tiempo completo con un 63%. Solo el 12% trabaja menos de 40 h a la semana. No se evidencia sobre carga de trabajo en este aspecto, lo cual favorece la seguridad. Frente a otras instituciones similares, hay poco personal en jornada de medio tiempo. Administrativamente, la entidad no contempla en sus presupuestos el reconocimiento de horas extra.

Figura 6: Total de horas semanales laboradas



Nota: Elaboración propia.

4. Perfil laboral de los encuestados

De acuerdo con su profesión la mayoría corresponde a personal asistencial, predominando el grupo de auxiliares de enfermería. Solo 37% tienen formación de nivel profesional Predomina el nivel asistencial como grupo. Teniendo en cuenta que gran parte del personal asistencial tiene asignadas funciones administrativas

Tabla 3: Cargo en la institución

¿Cuál es su cargo en esta institución?	
Enfermera profesional	10
médico	21
odontólogo	3
Auxiliar de enfermería	23
Aux de odontología	2
Bacteriólogo	6
Terapeuta	3
Personal de mantenimiento	4
Personal de dirección y gerencia	28
Personal administrativo	1

Nota: * No Incluye médico en SSO. Elaboración propia.

De acuerdo con el tipo de contratación encontramos:

Tabla 4: Tipo de contrato

Tipo de contrato	
Nombra do (carrera adm. o provisional)	35
Cooperativa	19
Contrato de Prestación de Servicios	53

Nota: Elaboración propia.

La proporción entre las dos modalidades principales de contratación es equivalente 88 (82%). Del total de 107 encuestados, 92 (85%) declararon tener interacción directa o contacto con los pacientes.

De acuerdo con la antigüedad en la profesión, encontramos que:

Tabla 5: Tiempo de experiencia laboral en el cargo

¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en su actual profesión?	
a. Menos de 1 año	41
b. De 1 a 5 años	58
c. De 6 a 10 años	8

Nota: Elaboración propia.

La mayoría se sitúa en 5 o menos años mientras que hay un repunte en aquellos con más de 10 años. Relativamente pocos tienen experiencia intermedia (6 a 10 años). La mayor parte de aquellos con menos de un año de experiencia corresponde al servicio social obligatorio (médicos, enfermera, bacteriólogo)

5. Dimensiones de la seguridad del paciente

Teniendo en mente que los servicios de salud tienen un alto grado de complejidad, en donde se involucran factores organizacionales, de liderazgo, de actitudes y comportamientos, la encuesta pretende evaluar cada área o dimensión con el fin de focalizar las principales fortalezas y oportunidades y así enfocar con mayor provecho cualquier intervención que se decida hacer.

En conjunto, las doce dimensiones evaluadas en promedio tuvieron una calificación positiva por el 54% de los encuestados. El rango por cada dimensión iba desde el 56% (Aprendizaje organizacional/mejora continua y trabajo en equipo) hasta el 37% (frecuencia de eventos notificados).

En este sentido y empleando el criterio inicial de categorización, si bien ninguna dimensión se destaca como fortaleza tampoco lo hace claramente como oportunidad de mejora (debilidad). En este sentido se infiere que, la seguridad del paciente no se ve comprometida en la

cotidianidad de las labores, tampoco se caracteriza por ser un referente común del personal o una fortaleza de la institución.

Entonces, conforme se evidencia en la tabla 6, las dimensiones de seguridad percibidas como fortalezas corresponden en su orden: (1) trabajo en equipo, (2) Apoyo de la gerencia (3) Aprendizaje organizacional / mejora continua, (4) Percepción de seguridad y Expectativas y acciones de la dirección Problemas en las transiciones, cambios de turno y (5) Franqueza de la comunicación.

Por el contrario, las dimensiones que son percibidas como debilidades (oportunidades de mejora) fueron en su orden: (1) Frecuencia de eventos notificados, con un intervalo de distancia mayor respecto a (2) Retroalimentación y comunicación sobre errores, (3) Suficiencia de personal y (4) respuesta no positiva a los errores. Es decir que aquellos componentes relativos a la actitud de los trabajadores y de los equipos de trabajo son considerados como fortalezas mientras son debilidades aquellos componentes relacionados con el manejo de la información, la calidad de la comunicación y la suficiencia de personal.

Tabla 6. Calificación promedio por cada dimensión de seguridad

Orden	Dimensiones	Debilidades	
		Fortaleza	
A	Expectativas y acciones de la dirección/ supervisión del área/ unidad de trabajo que favorecen la seguridad	52,34%	49,53%
B	Aprendizaje organizacional / mejora continua	53,27%	48,60%
C	Trabajo en equipo en el área / unidad de trabajo.	56,7%	45,79%
D	Franqueza de la comunicación	49,53%	48,06%
E	Retroalimentación y comunicación sobre errores	47,66%	35,51%
F	Respuesta no punitiva a los errores	40,02%	38,31%
G	Suficiencia de personal	44,08%	28%
H	Apoyo de la gerencia en la seguridad del paciente	54%	55,1%
I	Coordinación y trabajo en equipo entre áreas / unidades de trabajo	41,1%	44,8%
J	Problemas en cambios de turno y transiciones entre áreas / unidades de trabajo	42,06%	41,1%
K	Percepción de seguridad	52,34%	49,53%
L	Frecuencia de eventos notificados	37,38%	36,45%

Promedio General	54%	28%
<i>Nota:</i> Elaboración propia		

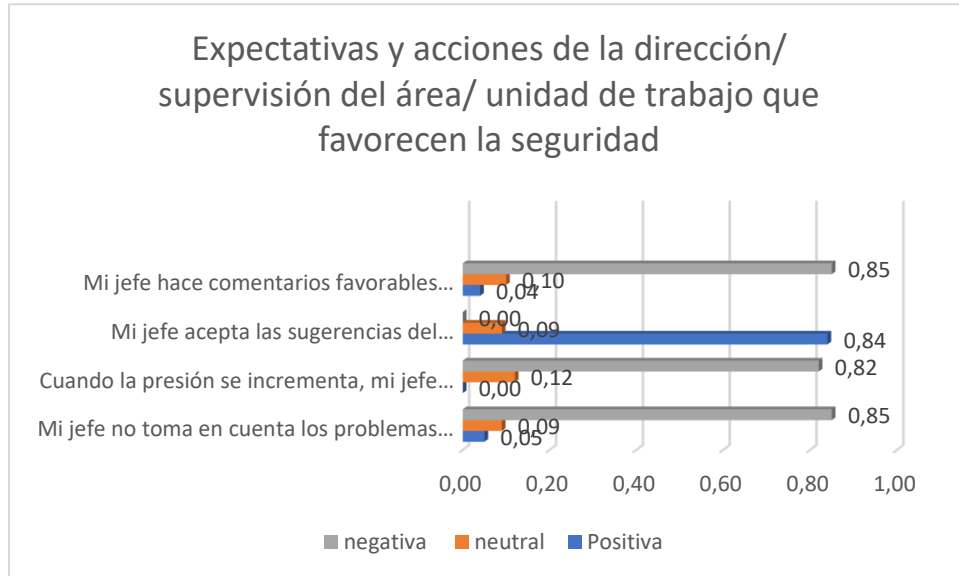
Evaluada cada dimensión por separado encontramos los resultados que se exponen a continuación. De nuevo y como se expuso en un apartado anterior, aquellas preguntas con connotación negativa fueron evaluadas con una escala inversa, es decir que el comportamiento o actitud deseable se considera como positivo y lo perjudicial o no deseable como negativo, independientemente del sentido de la pregunta.

4.2.2 Consolidado de las respuestas a cada pregunta

1. Expectativas y acciones de la dirección/ supervisión del área/ unidad de trabajo que favorecen la seguridad

Se evidencia una percepción de insuficiente interés por parte de los superiores respecto a la seguridad, siendo la respuesta con menor positividad. Comportamientos deseables, como evitar apresuramientos que signifiquen riesgo, aceptación de sugerencias y la retroalimentación positiva si bien presentan una calificación positiva, no es suficiente para considerar seguro el entorno, toda vez que sería deseable un porcentaje mayor al 75% para considerarse una fortaleza.

Figura 7: Expectativas y acciones de la dirección / supervisión del área/unidad de trabajo que favorecen la seguridad

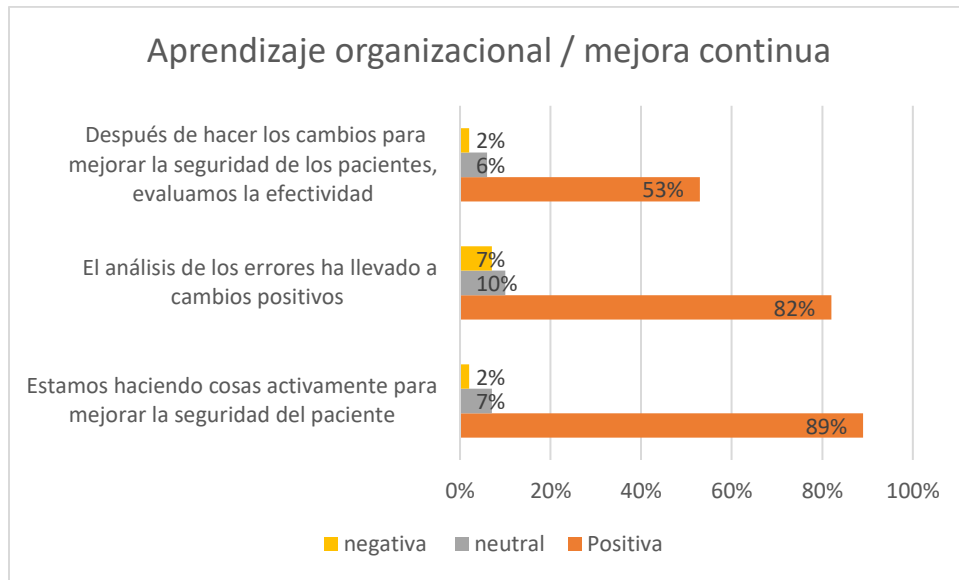


Nota: Elaboración propia

2. Aprendizaje organizacional / mejora continua

Se percibe un ambiente de mejoramiento a partir del aprendizaje por experiencias. Los encuestados reflexionan que el análisis de los errores pasados si lleva a un mejoramiento. En general la evaluación muestra una tendencia positiva, siendo la dimensión con mayores puntuaciones positivas.

Figura 8: Aprendizaje organizacional/ mejora continua

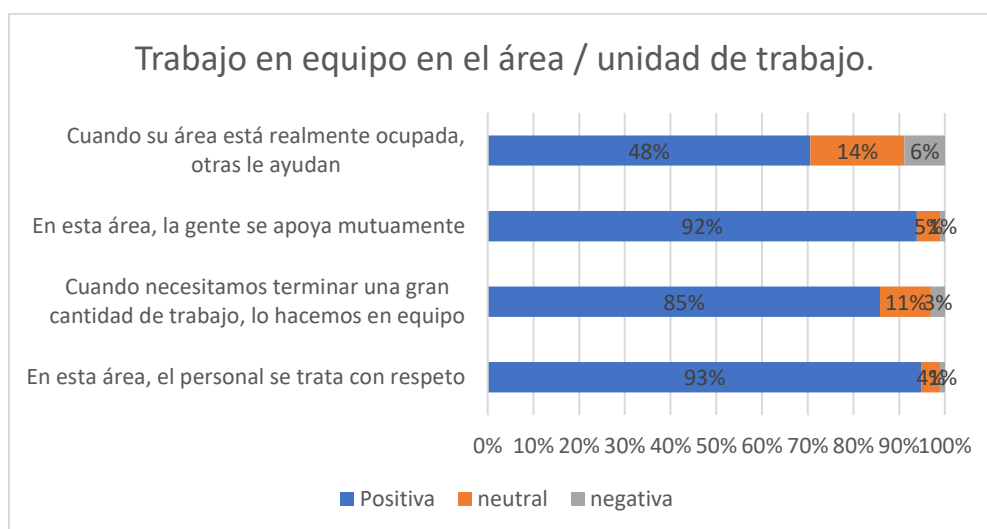


Nota: Elaboración propia

3. Trabajo en equipo en el área / unidad de trabajo

El trabajo en equipo y el clima organizacional muestran una evaluación positiva. La interacción entre distintas áreas no aparece como fortaleza mostrando poca integración a nivel general y es la pregunta con menor calificación en esta dimensión. Dando como respuesta a pobre comunicación asertiva por parte de los profesionales en la notificación de eventos adversos y seguimiento por parte del líder proceso para dar respuesta y plan de mejora oportuna al evento.

Figura 9: Trabajo en equipo en el área / unidad de trabajo

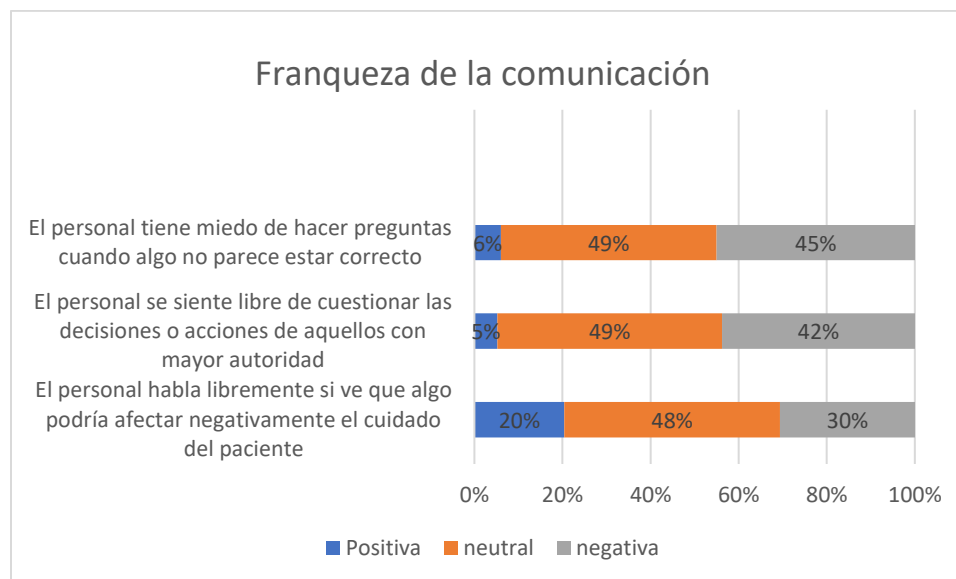


Nota: Elaboración propia

4. Franqueza de la comunicación

Teniendo que cuenta que la comunicación abierta y sin autoritarismos innecesarios es un factor que juega a favor de la seguridad del paciente, se considera que no se percibe como frecuente este comportamiento en una proporción suficiente de los encuestados. En resumen, el porcentaje de respuestas positivas debería ser mayor para evaluar el ambiente como seguro en este aspecto. La valoración negativa es relativamente alta en esta dimensión.

Figura 10: Franqueza de la comunicación

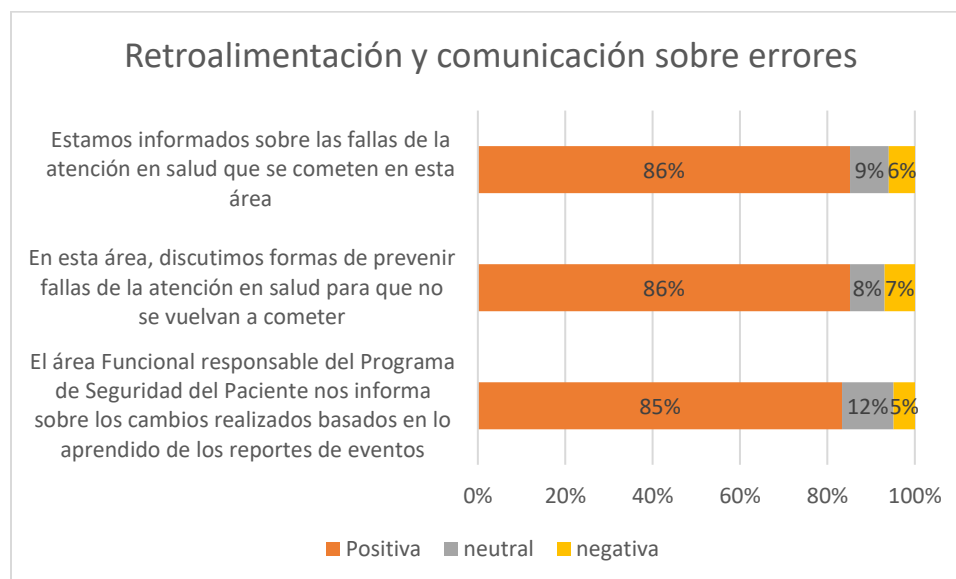


Nota: Elaboración propia

5. Retroalimentación y comunicación sobre errores

Llama la atención que el porcentaje de respuestas de cada una de las preguntas positivas esta con porcentaje mayor al 86% explicando que hay una adecuada implementación y divulgación de la estrategia de seguridad del paciente; pero teniendo en cuenta las respuestas dadas en el desarrollo de la encuesta no se encuentra coherencia a esta dimensión, puesto que los encuestados sintieron temor en dar respuestas asertivas que lleven a mejorar los canales de comunicación y la supervisión oportuna y pro activa de los servicios.

Figura 11: Retroalimentación y comunicación sobre errores

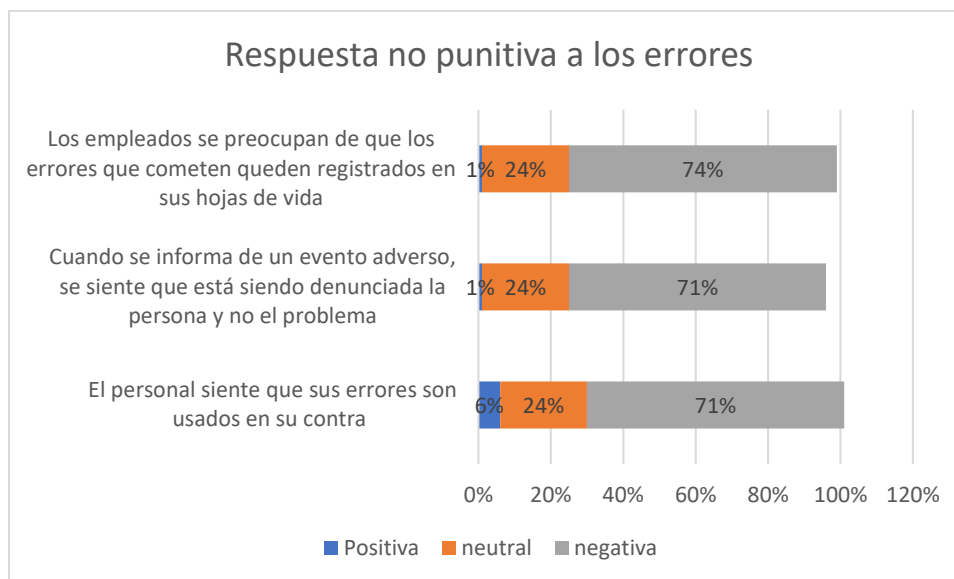


Nota: Elaboración propia

6. Respuesta no punitiva a los errores

Aquí la proporción de respuestas negativas podría evidenciar desconocimiento o falta de sensibilización frente a la posibilidad de ser sancionados por la ocurrencia de eventos adversos. En un entorno donde se valore el aprendizaje continuo debe primar la transparencia por encima del temor a una sanción. Sin embargo, no se evidencia que exista definitivamente un ambiente hostil por la ocurrencia de errores.

Figura 12: Respuesta no punitiva a los errores

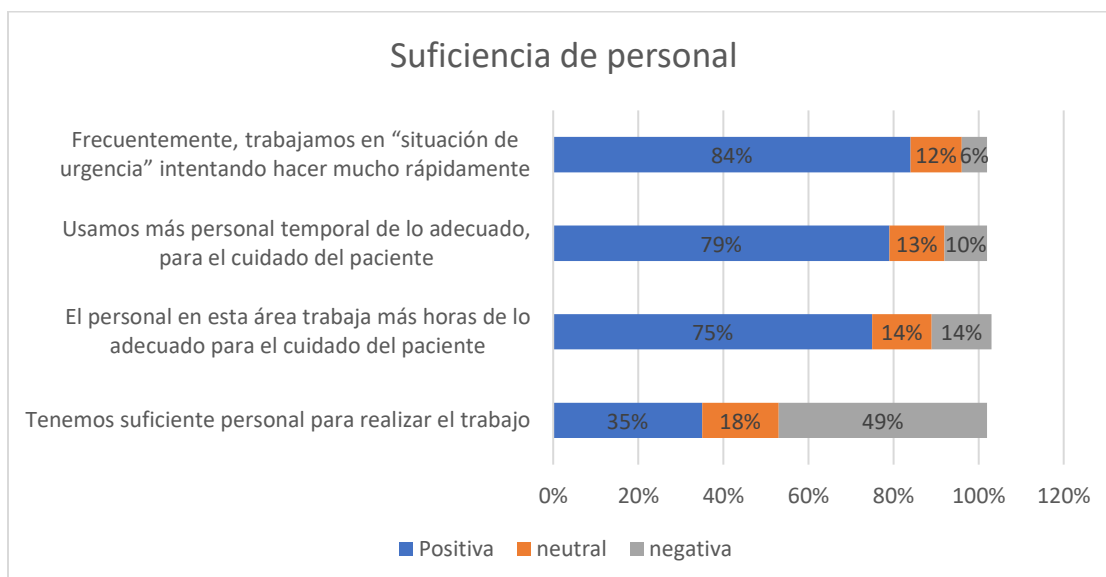


Nota: Elaboración propia

7. Suficiencia de personal

Esta arroja un resultado neutro ya que el 50% de los encuestados responden que hay suficiente personal tanto asistencial como administrativo para el desarrollo y cumplimiento de las actividades de cada servicio de la institución.

Figura 13: Suficiencia de personal

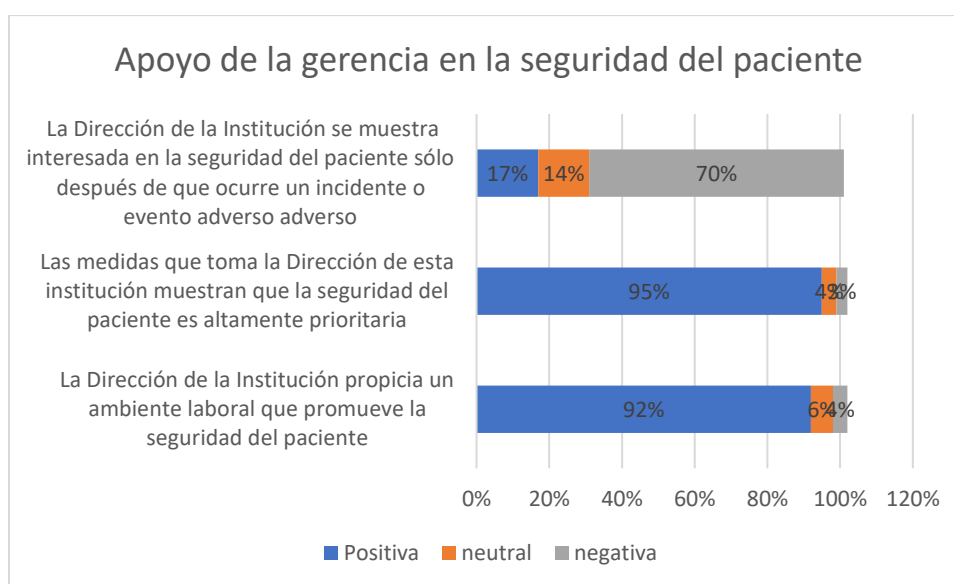


Nota: Elaboración propia

8. Apoyo de la gerencia en la seguridad del paciente

Según las respuestas se evidencia que la alta gerencia tiene un sentido de pertenencia al proceso de seguridad del paciente, puesto que a la pregunta tres con un 95% en la que se plantea como toma de decisiones desde la gerencia estos actúan de forma oportuna para mejorar la calidad de los servicios de salud prestados

Figura 14: Apoyo de la gerencia en la seguridad del paciente

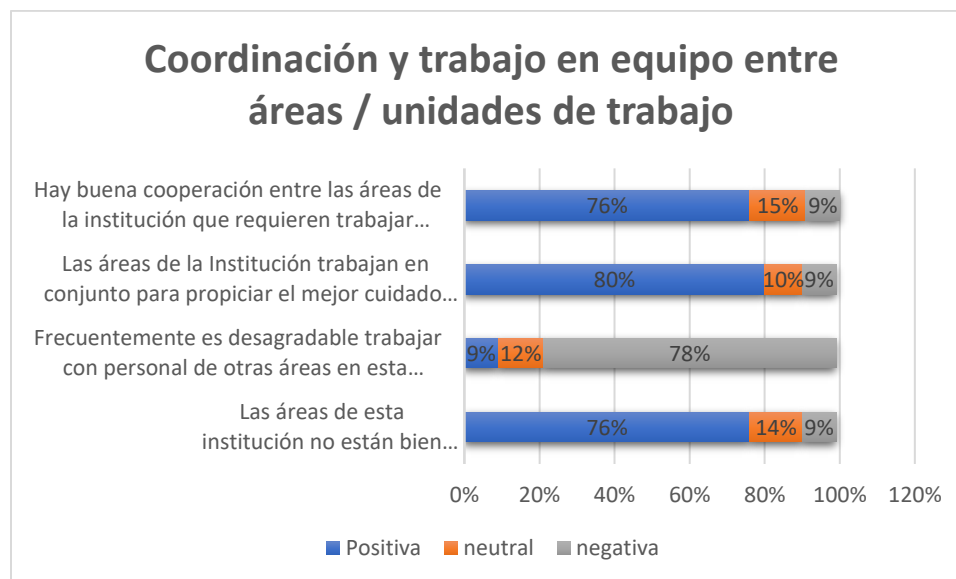


Nota: Elaboración propia

9. Coordinación y trabajo en equipo entre áreas / unidades de trabajo

Los encuestados perciben que existe cierto grado de trabajo en equipo. La cooperación entre áreas es una de las dimensiones con puntuaciones más uniformes dentro de su dimensión y aparece como una fortaleza a nivel general.

Figura 15: Coordinación y trabajo en equipo entre áreas / unidades de trabajo

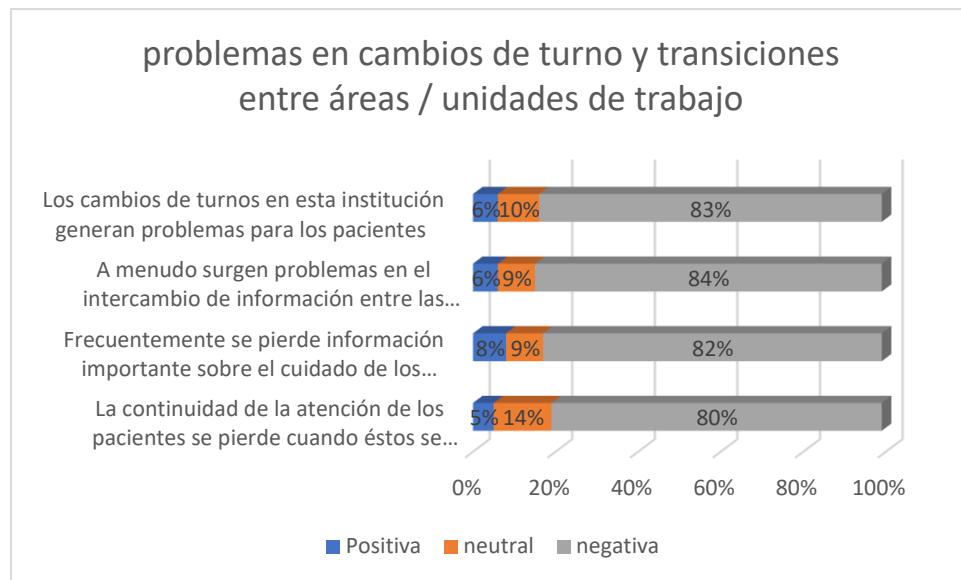


Nota: Elaboración propia

10. Problemas en cambios de turno y transiciones entre áreas / unidades de trabajo

En cualquier institución los cambios de turno conllevan el riesgo de pérdida de información del paciente, que eventualmente pueden comprometer la seguridad. Sin embargo, la mayor parte de los encuestados consideran que este no es el caso en sus áreas de trabajo.

Figura 16: Problemas en cambios de turno y transiciones entre áreas /unidades de trabajo

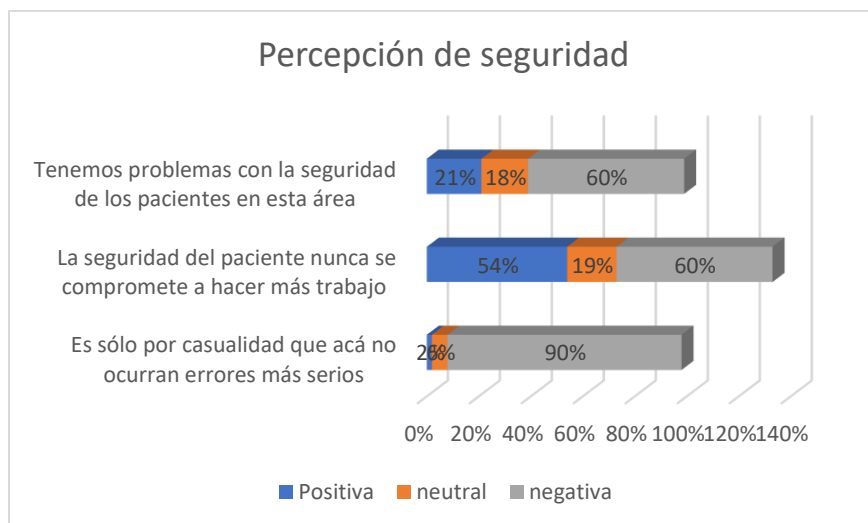


Nota: Elaboración propia

11. Percepción de seguridad

De acuerdo con la tercera pregunta, se puede decir que hay correlación directa entre la carga de trabajo y una disminución en la seguridad del paciente. En promedio la dimensión muestra un bajo desempeño con apenas el 54 % de positividad.

Figura 17: Percepción de seguridad

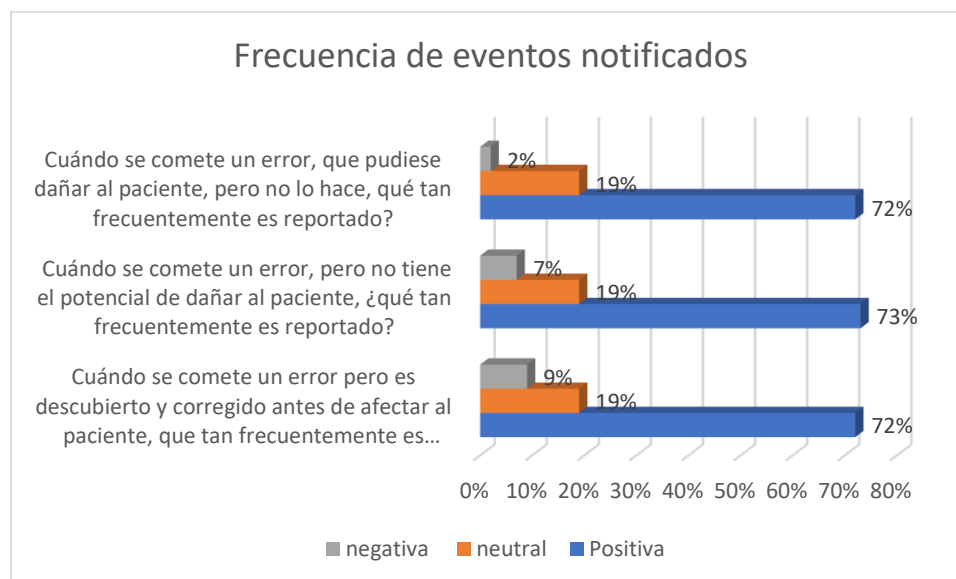


Nota: Elaboración propia

12. Frecuencia de eventos notificados

Aquí se encuentra un alto nivel de reporte de los eventos adversos, pero se logra evidenciar a lo largo de las respuestas analizadas que no hay una cultura del reporte de eventos adversos atribuible a factores tales como el temor a represalias, la falta de sensibilización para hacer la notificación, desidia, etc. Sin embargo, las causas más precisas no se evaluaron de manera independiente. Al parecer hay una tendencia a reportar menos eventos menores o que tuvieron menor potencial lesivo para el paciente.

Figura 18: Frecuencia de eventos notificados



Nota: Elaboración propia

13. Número de eventos reportados.

Como variable cuantitativa, pretende evaluar con mayor grado de precisión tanto la ocurrencia de eventos adversos como el grado de implementación de la estrategia de seguridad del paciente.

Tabla 7: Eventos adversos- errores reportados en el último año.

Eventos adversos – errores reportados en el último año			
En los pasados 12 meses, ¿Cuántos reportes de eventos adversos/ errores/fallas de la atención/indicios de atención insegura ha diligenciado y enviado?	a. Ningún reporte	b. De 1 a 2 reportes	c. De 3 a 5 reportes
numero de respuestas	83	21	3
porcentaje	77%	19%	2%

Nota: Elaboración propia

En concordancia con los resultados de la dimensión anterior (12), observamos que la mayoría no reportó ningún evento adverso. Consistente con la premisa de que el no reporte probablemente implica más una falta de vigilancia que una ausencia real de eventos adversos, ello refleja la insuficiente implementación de la estrategia y el desconocimiento de la importancia del reporte de eventos adversos.

14. Percepción global de seguridad.

Corresponde a la pregunta 48: “Por favor, asíguele a su área/ área de trabajo un grado en general de seguridad del paciente” con opciones de respuesta excelente, muy bueno, aceptable, pobre o malo. El 29% (31 encuestados) calificó la seguridad como muy bueno el 18% (20 encuestados), mientras que para el 37% es aceptable. A manera de resumen general del tema, muestra qué tanta seguridad perciben los encuestados que se ofrece a los pacientes.

Tabla 8: Área de trabajo un grado en general de seguridad del paciente

Por favor, asíguele a su área/ área de trabajo un grado en general de seguridad del paciente	Excelente	Aceptable	Malo	Muy bueno	Pobre
numero de respuestas	20	40	1	31	15
porcentaje	18%	37%	1.9%	29%	14%

Nota: Elaboración propia

Discusión

Al final del proceso se trazó grosso modo un panorama general de la seguridad del paciente en el hospital y se obtuvo información relevante sobre cada una de las doce dimensiones de seguridad del paciente, como base para enfocar futuras intervenciones y estrategias que se deben tener en cuenta para futuras mejoras.

Se concluye que “De acuerdo a su servicio el cual” pretende determinar la cohesión, el comportamiento y la cooperación que existe entre el personal de las áreas y servicios de la organización tendientes a contribuir con la seguridad del paciente. El 52.34% de la población encuestada percibió que el desarrollo de actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente es de gran importancia. hallazgo respaldado en el estudio de Díaz & Parejo (2016), según el cual, La seguridad del paciente es un problema mundial de salud pública que afecta a los países de todo nivel de desarrollo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estableció “una alianza mundial con el fin de promover esfuerzos encaminados a mejorar la seguridad de la atención de los pacientes de todos los Estados”. 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 Calidad de la Atención en Salud.

De acuerdo a la sección su jefe inmediato, en esta sección se identifica la importancia que otorga el jefe inmediato de cada área a la seguridad del paciente según la percepción de los colaboradores. En el trabajo realizado por López & Carrasco (2010), todavía es común que los líderes no apoyen abiertamente la notificación y el análisis de los casos en los que se han observado errores con consecuencias graves para el paciente o que podrían haberse producido. Así mismo, tampoco es muy habitual que los líderes estimulen a los profesionales a monitorizar sus indicadores de complicaciones, a pesar de que disponemos de instrumentos que facilitan el acceso a esta información y ajuste al riesgo. No obstante, es justo considerar que existen iniciativas aisladas, sobre todo promovidas por mandos intermedios (jefes de servicio y supervisores de enfermería), así como del personal de base, que han permitido poner en funcionamiento prometedores sistemas de notificación de incidentes y programas de seguimiento de las complicaciones, así como el estudio de la mortalidad y el análisis de casos.

Teniendo en cuenta la sección con relación a la comunicación entre los colaboradores y jefe inmediato como estrategia para la identificación la prevención de eventos adversos, se demostró según Castañeda & Henao (2015), que un 69.9% de la muestra era informada por los jefes inmediatos sobre los ajustes realizados con base en los reportes de la seguridad del paciente. Al compararse con el estudio realizado 41.1% lo cual muestra una fortaleza asociada con este ítem, pero no cumple con los rangos requeridos para que este ítem cumpla en su

totalidad de acuerdo a los parámetros establecidos por instrumento validado por la AHRQ evaluadas las doce dimensiones de seguridad y en relación con los parámetros de los diseñadores originales de la encuesta, se encuentra que ninguna destaca decididamente como fortaleza (respuestas positivas superiores al 75%) si bien tampoco ninguna entra en rango de debilidad (respuestas negativas de más del 50%), teniendo en cuenta los parámetros establecidos por los diseñadores del instrumento.

A su vez en la sección grado de seguridad del paciente la percepción de la seguridad del área de trabajo se califica como muy buena con un porcentaje de 52.34% que es una fortaleza para el Hospital.

Por otro lado, en el Hospital Manuel Elkin Patarroyo IPS S.A.S del departamento del Guainía. En lo que concierne al apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente, existe una percepción negativa por parte de la muestra encuestada. Un 55.1% de los colaboradores considera que la dirección de la institución facilita un clima laboral enfocado en la seguridad del paciente, con una percepción aún más negativa frente a la cooperación observada entre las diferentes sedes, aunado a una pobre percepción sobre la participación activa de la gerencia o dirección en la seguridad del paciente con un porcentaje del 17%.

Según el estudio realizado en la sección número de incidentes reportados dentro de esta sección se observa que los trabajadores que no realizan ningún tipo de reporte de incidentes o eventos, es elevado, situándose en el 77%. Esta situación se considera un área de mejora puesto que al contrastar la información frente a las demás dimensiones es posible inferir que la ausencia de reportes aún se encuentra influida por errores en la comunicación o un temor infundado en la consecuencia del mismo. A fin de promover la detección temprana de aquellas acciones que se consideren inseguras en el marco de la atención de los pacientes, es necesario mantener una educación continua para que los colaboradores tengan claridad frente a la diferenciación entre incidente y evento adverso, además de incentivar como parte de la cultura de seguridad de la institución el reporte temprano de aquellas circunstancias que puedan derivar en un retraso o en consecuencias para el proceso de atención en salud de los usuarios de en el Hospital Manuel Elkin Patarroyo IPS S.A.S del departamento del Guainía.

Conclusiones

Este es el primer estudio que se realiza para medir la seguridad del paciente en el Hospital Manuel Elkin Patarroyo IPS S.A.S del departamento del Guainía. Mejorar la medición de la percepción de seguridad del paciente es fundamental si las instituciones de salud desean mejorar la calidad y la seguridad de los servicios prestados.

La cultura general de seguridad de atención dentro de un servicio de salud puede reflejar las acciones y así mismos en los resultados de los pacientes. Los hallazgos de esta investigación pueden fomentar nuevas estrategias a nivel institucional para mejorar las prácticas de seguridad del paciente. De acuerdo al análisis establecido por la encuesta aplicada se observa que se hace necesario invertir en las áreas que afectan la medición general de seguridad del paciente, en particular a la presentación de informes de eventos y en la respuesta no punitiva al error si se desea una respuesta eficaz. Se hace necesario el apoyo del gobierno nacional y el ente departamental, fomentando proyectos de telecomunicaciones y bioingeniería médica para así facilitar una comunicación ágil y asertiva para la prestación del servicio de salud con calidad cumpliendo con los estándares habilitación y acreditación según la normatividad vigente.

Existe una percepción mayormente positiva frente a las dimensiones de trabajo en equipo, colaboración, respeto, capacitación en protocolos o procedimientos y prácticas de seguridad del paciente. Existe una percepción francamente negativa en cuanto al apoyo de la gerencia frente a la seguridad del paciente. Se concluye que, con base en las estrategias implementadas posterior a la medición del año 2019, no existe una evidencia ni mejoría significativa en las áreas consideradas como críticas ni en la percepción del personal frente a las acciones punitivas derivadas del reporte de eventos.

Se concluye que la percepción de seguridad del paciente a nivel global se mantiene en aspectos de trabajo en equipo, pero presenta aún debilidades en dimensiones como la franqueza de la comunicación y en el apoyo percibido por parte de los directivos. La población administrativa que participó en el desarrollo del cuestionario tuvo un porcentaje significativo

dentro de la muestra (24.2%), y aunque en ocasiones tienen contacto directo con usuarios, los riesgos y sujetos de este tipo de población son diferentes, situación que puede influir sobre los hallazgos de la encuesta.

Recomendaciones

Se recomienda a la junta administrativa del Hospital Manuel Elkin Patarroyo IPS S.A.S del departamento del Guainía, tomar en cuenta los resultados de esta investigación, para promover cambios dirigidos y coordinados entre la unidad de gestión de la calidad y el área de enfermería, implementando diferentes estrategias en la organización de trabajo a nivel interno de los servicios del hospital, cuyo único objetivo es mejorar la de seguridad del paciente.

Fortalecer la cultura de la seguridad del paciente requiere involucrar a todo el personal en el proceso de aprendizaje, a tal fin se recomienda la utilización de incidentes reales ocurridos o eventos adversos en su propio entorno, en consecuencia, para este propósito se disponga del diagnóstico de la situación de la cultura de seguridad, identificación de las partes interesadas y los recursos necesarios.

Fortalecimiento institucional así mismo el área de calidad sobre la cultura de seguridad del paciente en el proceso de inducción y reinducción de protocolos a de todos los profesionales del Hospital Manuel Elkin Patarroyo IPS S.A.S del departamento del Guainía. teniendo un alcance tanto al cliente interno como externo en la que se debe implementar la cultura punitiva al evento adverso.

Se recomienda continuar la aplicación de la encuesta en un periodo no mayor a 6 meses en muestras de tamaños similares para obtener homogeneidad en la comparación de los resultados y con esto mantener la trazabilidad de la implementación de las estrategias formuladas para las áreas susceptibles de mejora; así mismo se recomienda, fortalecer la gestión clínica del comité técnico científico en la implementación del programa de seguridad del paciente, logrando

el trabajo mancomunado con el área de calidad permitiendo optimizar estrategias en la cultura organizacional, humanización.

Seguir investigando acerca de la seguridad puesto que es un tema álgido, urgente y prioritario para promover una atención de calidad al usuario.

Se recomienda al Hospital Manuel Elkin Patarroyo IPS S.A.S del departamento del Guainía, profundizar el estudio de cultura de seguridad a todo el personal asistencial, puesto que el enfoque de atención segura al paciente debe ser visto de manera conjunta e integral brindando el máximo de satisfacción y bienestar a los pacientes.

Así mismo la comunicación y la retroalimentación son variables relevantes en la seguridad del paciente. Que si bien constituyen una fortaleza en el Hospital Manuel Elkin Patarroyo IPS S.A.S del departamento del Guainía, también conforman una oportunidad de mejora, en consecuencia, se recomienda profundizar en las comunicaciones entre los distintos profesionales del mencionado hospital y en la retroalimentación de los incidentes o eventos adversos como medidas de prevención en la seguridad del paciente.

Partiendo de los hallazgos más relevantes del estudio, se considera prioritario estandarizar y fortalecer el sistema de reporte de los eventos adversos como punto de partida para el mejoramiento del programa de seguridad del paciente. En general se requiere fortalecer la cultura de la información y la adecuada comunicación en todos los niveles. Se requiere montar estrategias que mejoren la franqueza de la comunicación, para salvar barreras como el temor a hacer preguntas incómodas o que cuestionen las acciones de los superiores. En el avance de la estrategia de seguridad se deberán implementar los mecanismos y procesos de gestión del riesgo, capacitación al personal, estudio de casos mediante metodología pertinente (protocolo de Londres).

A partir de los hallazgos observacionales y los resultados de la encuesta, se diseñó un plan de mejora con recomendaciones aplicables por la alta gerencia y las respectivas coordinaciones de área para el desarrollo de la estrategia de seguridad del paciente.

PLAN DE MEJORAMIENTO						
Institución: Hospital Manuel Elkin Patarroyo IPS S.A.S del departamento del Guainía		Fecha de elaboración: febrero/ 2021			Elaborado por: Sully Del Carmen Guio Vega, Neidy Gutiérrez Martínez y Nasly Dajhana RuizParra Especialización en Gerencia de la Calidad de Servicios de Salud – Universidad Iberoamericana	
Acciones de mejora	Justificación	Tarea (s)	Responsable de tarea	Recursos necesarios	Seguimiento	
					Método	Periodicidad
ÁREA DE MEJORA N° 1: Sugerencias del personal frente a la seguridad del paciente						
Implementar un Sistema de sugerencias por parte del personal asistencial en temas de seguridad del paciente	Se requiere recepcionar de manera anónima, por parte del personal asistencial de la institución; las sugerencias en relación a temas que aseguren o expongan al riesgo la seguridad del paciente, lo cual le permitirá direccionar las diferentes acciones encaminadas al mejoramiento continuo.	Establecer buzón de sugerencias para colaboradores en cada coordinación; el cual contenga un distintivo que permita su rápida identificación	Departamento de calidad	Recurso humano Recurso físico (Buzón, formato de reporte) Infraestructura	Implementar un formato único de reporte de sugerencias al personal asistencial facilitando su análisis e interpretación	Mensual
		Realizar cove para dar lectura de las sugerencias según cada área o servicio donde se evidenció la oportunidad de mejora	Departamento de calidad Comité de seguridad del paciente Coordinación de cada área	Recurso humano Material de apoyo Equipo de computo	Proporcionar una lista soporte de reunión o ronda generada donde se certifique la información proporcionada; Así mismo informar al área según las sugerencias recepcionadas estableciendo los ajustes relacionados	Mensual

Medición de la Percepción del Cliente Interno

Estimular el reporte de eventos e incidentes en la institución	Para que el abordaje institucional de la seguridad del paciente se mantenga como una prioridad estratégica, que incluya la respuesta organizacional no punitiva ante la presencia y reporte de eventos adversos o errores, se debe promover la búsqueda activa de estos sin temor a las posibles represalias y castigos, generando así una cultura justa y de seguridad integral en los colaboradores	Fomentar el reporte de los eventos adverso por todos los diferentes medios que se tenga la institución	Comité de seguridad del paciente Departamento de calidad	Recurso humano Tecnologías de la información	En los mecanismos de reporte se encuentra intranet, buzón etc., WhatsApp estableciendo el formato de reporte	Mensual
		Diseñar un plan de estímulos basado en el número de reportes generados por área	Comité de seguridad del paciente Coordinadores de cada área	Recurso humano Recursos tecnológicos Formato de análisis de eventos adversos	Realizar estímulos en las áreas con mayor cantidad de reportes de incidentes, ronda de seguridad con énfasis en las áreas que presenten un mayor número de reporte de eventos adversos	Trimestral

Medición de la Percepción del Cliente Interno

		Establecer proceso educativos de seguridad del paciente en personal reincidente de errores o fallas de la atención	Comité de seguridad del paciente Coordinador de cada área	Recurso humano Recurso tecnológico	capacitación continua al personal reincidente sobre el análisis de eventos adversos e incidentes	Según ocurrencia de errores adversos
ÁREA DE MEJORA N° 2: Compromiso de la dirección frente a la seguridad del paciente						
Fomentar rondas de seguridad que incluyan a personal directivo	A través de las jornadas o rondas de seguridad instauradas en la institución se dan a conocer diversas problemáticas generadas en los servicios relacionadas con la seguridad del paciente	Invitar a los directivos a hacer parte de las rondas de seguridad (uno por mes) para que tomen parte en los procesos de la institución a nivel asistencial	Departamento de calidad Directivos de la institución	Material de apoyo para de rondas de seguridad	Realizar ronda de seguridad del paciente con participación de un directivo de forma mensual, dejando por escrito las observaciones y sugerencias frente a los hallazgos	Mensual
ÁREA DE MEJORA N° 3: Cooperación entre las áreas						
Establecer un canal de comunicación efectiva y asertiva	Una comunicación adecuada se basa en entregar la información correcta, concreta, concisa, clara, completa y a tiempo.	Diseñar una ruta de comunicación efectiva para el intercambio de la información que sea concreta, eficaz y segura	Departamento de calidad	Formatos de comunicación Intranet Videos institucionales	Diseñar una ruta de fácil seguimiento para los colaboradores con el objetivo de transmitir una información clara y precisa	Semestral

Referencias

- Aguirre, H. & Vázquez, F. (2006). El error médico. Eventos adversos. *Medigraphic*, 76(6), pp. 495-503. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc-2006/cc066n.pdf>
- Álvarez, H. & Tabares, E. (2016). *Diseño del programa de seguridad del paciente Hospital Antonio Roldán Betancur*. [Tesis de Especialización, Auditoría en Salud]. Medellín: Universidad de Antioquía. Recuperado de: <http://bibliotecadigital.udea.edu.co/handle/10495/5511>
- Alzate, C., Posada, S., Quintero, I. & Rodríguez, J. (2016). *Diseño del modelo de seguridad del paciente en una ese de primer nivel del suroeste antioqueño*. [Tesis de Especialización, Auditoría en Salud]. Medellín: Universidad CES. Recuperado de: https://repository.ces.edu.co/bitstream/10946/661/2/Diseno_modelo_seguridad_%20paciente.pdf
- Bernal, C. (2013). Modelo Piloto de prestación de servicios de salud en el departamento del Guainía. Recuperado de: Documento de ente territorial.
- Botero, J. (2020). Clima de seguridad del paciente en unidades quirúrgicas de hospitales colombianos: diferencias por profesión y tipo de contratación. *Colombian Journal of Anesthesiology*, 48(2), pp.71-77. <https://doi.org/10.1097/cj9.0000000000000152>.
- Burbano, A., Romero, A., Romero, L. & Ramos, M. (2018). *Medición de la percepción de cultura de seguridad del paciente en una IPS de primer nivel en Bogotá, Colombia*. [Tesis de Especialización]. Bogotá: Universidad Javeriana. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/10554/34736>
- Castañeda, S. & Henao, Y. (2015). *Clima de seguridad del paciente Hospital General de Medellín*. [Tesis de pregrado, Administración en Salud con Énfasis en Gestión de Servicios de Salud]. Medellín: Universidad de Antioquia. Recuperado de: [https://www.google.com/search?q=casta%C3%B1eda-jaramillo%2C+s.%2C+%26+henao-mazo%2C+j.+\(2015\).+clima+de+seguridad+del+paciente.+hospital+general+de+med](https://www.google.com/search?q=casta%C3%B1eda-jaramillo%2C+s.%2C+%26+henao-mazo%2C+j.+(2015).+clima+de+seguridad+del+paciente.+hospital+general+de+med)

el

lin.+trabajo+de+grado.&oq=&aqs=chrome.0.69i59i450l8.198003j0j7&sourceid=chrome&ie=UTF-8#

Congreso de la República de Colombia. (1993, 23 de diciembre). *Ley 100 de 1993 por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones*. Diario Oficial (41.148), pp. 1-132. Recuperado de:
http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0100_1993.html

Constitución Política de la República de Colombia. (1991, 20 de Julio). *Constitución política de Colombia*. Recuperado de:
http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/constitucion_politica_1991.html

Cortés, R. (2017). *La seguridad del paciente en la ESE Hospital San José la Palma: Evaluación del clima de seguridad*. [Tesis de Especialización, Auditoría en Salud]. Bogotá: Universidad Santo Tomás. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/11634/9883>

Díaz, O. & Pareja, E. (2016). *Diseño de programas de seguridad del paciente para la IPS Sumimedical SAS, Medellín*. [Tesis de Especialización, Auditoría en Salud]. Medellín: Universidad CES. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/10946/659>

Durán, M., Figueroa, M., Montenegro, F. & Zarazo, L. (2019). *Adherencia al programa de seguridad del paciente en el personal asistencial del hospital Federico Arbeláez E.S.E del municipio de Cunday, Tolima*. [Tesis de Especialización, Auditoría y Garantía de Calidad en Salud]. Ibagué: Universidad EAN. Recuperado de:
<http://hdl.handle.net/10882/9703>

Espinal, M., Yepes, L. & García, L. (2010). *Seguridad del paciente: Aspectos generales y conceptos básicos*. [Tesis de Especialización, Auditoría en Salud]. Medellín; Universidad CES. Recuperado de:
<https://repository.ces.edu.co/bitstream/10946/1285/1/seguridad%20del%20paciente..pdf>

Fajardo, G., Rodríguez, J., Arboleya, H., Rojano, C., Hernández, F. & Santacruz, J. (2010). Cultura sobre seguridad del paciente en profesionales de la salud. *Cirugía y Cirujanos*, 78(6), pp. 527-532. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/662/66220323010.pdf>

- Gamboa, M. & Carvajal, F. (2010). *Programa de seguridad del paciente, evaluación y seguimiento de eventos adversos en el Hospital Serafin Montaña Cuellar E.S.E de San Luis Tolima*. [Tesis de Especialización, Auditoría y Garantía de la Calidad en Salud]. Ibagué: Universidad EAN. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/10882/526>
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2014). Metodología de la investigación sexta edición. Editorial McGraw Hill. Recuperado de: <https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>
- Leuro, M. (2019). *El evento adverso: Una categoría jurídica relevante para la configuración de la responsabilidad civil por la prestación de los servicios asistenciales en el campo de la salud. Propuesta de una metodología para la identificación del evento adverso*. [Tesis de Maestría, Derecho Médico]. Bogotá: Universidad Externado de Colombia. Recuperado de: <https://bdigital.uexternado.edu.co/handle/001/2212>
- López, P. & Carrasco, I. (2010). Liderazgo en la seguridad del paciente. *Revista de Calidad Asistencial*, 25(2), pp. 55-57. Recuperado de: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-liderazgo-seguridad-del-paciente-S1134282X09000694>
- López, V., Puentes, M. & Ramírez, A. (2016). *Medición de la cultura de seguridad del paciente en un hospital público de primer nivel en el municipio de Villeta*. [Tesis de Maestría, Administración en Salud]. Bogotá: Universidad del Rosario. Recuperado de: <http://repository.urosario.edu.co/handle/10336/12137>
- Ministerio de la Protección Social. (2006, 03 de abril). *Decreto 1011 de 2006 Nivel Nacional 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*. Diario Oficial, (46230). Recuperado de: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO%201011%20DE%202006.pdf
- Ministerio de la Protección Social. (2006, 08 de mayo). *Resolución 1446 de 2006 por la cual se define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoria del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud*. Diario Oficial (46271), pp. 1-11. Recuperado de:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-1446-2015.pdf>

Ministerio de la Protección Social. (2007). Herramientas para promover la estrategia de la Seguridad del Paciente en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. Recuperado de:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/1/Herramientas%20para%20la%20Seguridad%20del%20Paciente.pdf>

Ministerio de la Protección Social. (2008). Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente. Recuperado de:
https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B2n%200112%20de%202012%20-%20Documentos%20de%20apoyo%202.pdf

Ministerio de Salud y de la Protección Social. (2019, 25 de noviembre). *Resolución 3100 de 2019 por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud*. Año CLV (51.149), pp. 1-230. Recuperado de:
https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%203100%20de%202019.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (2016, 05 de febrero). *Resolución 256 de 2016 por la cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema de Información para la Calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud*. Diario Oficial (49.794). Recuperado de:
https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%200256%20de%202016.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (2016, 06 de mayo). *Decreto 780 de 2016 por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social*, pp. 1-671. Recuperado de:
https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Decreto%200780%20de%202016.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (2018, 19 de noviembre). *Resolución 5095 de 2018 por la cual se adopta el “Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia versión 3.1”*. Diario Oficial (50784), pp. 1-81. Recuperado de:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-5095-de-2018.pdf>

MinSalud. (2010). Guía Técnica “Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud”. Recuperado de:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/guia-buenas-practicass-seguridad-paciente2010.pdf>

MinSalud. (2015). Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS). Recuperado de:
<https://www.fucsalud.edu.co/themes/custom/fucs/images/MIAS/anexo4-Resumen-ejecutivo-MIAS-Guainia.pdf>

MinSalud. (s.f.). Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS). Recuperado de:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/05-rias-presentacion.pdf>

MinSalud. (s.f.). Seguridad del paciente. Recuperado de:
<https://acreditacionensalud.org.co/seguridad-del-paciente/#:~:text=%E2%80%9CLa%20seguridad%20del%20paciente%20es,seg%C3%BAn%20los%20Lineamientos%20para%20la>

Moya, O. (2017). La seguridad del paciente en atención primaria en salud ¿Una actividad que podría quedar en el olvido?. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 17(34). Recuperado de: <http://repository.urosario.edu.co/handle/10336/12395>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (s.f.). Seguridad del paciente. Organización Mundial de la Salud. Recuperado de: https://www.who.int/topics/patient_safety/es/

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (s.f.). Calidad y Seguridad del Paciente. Organización Panamericana de la Salud. Recuperado de:
https://www.paho.org/col/index.php?option=com_content&view=article&id=125:calidad-y-seguridad-del-paciente&Itemid=0

- OPS. & OMS. (s.f.). Boletín CONAMED-OPS Órgano de difusión del Centro Colaborador en materia de Calidad y Seguridad del Paciente. Recuperado de:
http://www.conamed.gob.mx/gobmx/boletin/pdf/boletin3/eventos_adversos.pdf
- Puerto, D. (2011). *La gestión del riesgo en salud en Colombia*. [Tesis de Maestría, Administración]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Recuperado de:
<https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/9964>
- Ramírez, O., Arenas, W., González, L., Garzón, J., Galeano, E. & Soto, A. (2011). Cultura de seguridad del paciente por personal de enfermería en Bogotá, Colombia. *Ciencia y Enfermería*, 17(3), pp. 97-111. Recuperado de:
<https://www.redalyc.org/pdf/3704/370441808009.pdf>
- Supersalud. (2016). Circular externa Administración de la gestión documental. Recuperado de:
<https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/CircularesExterna/CIRCULAR%20EXT%20000012.pdf>
- Vargas, L. (1994). Sobre el concepto de percepción. *Alteridades*, 4(8), pp. 47-53.
Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/747/74711353004.pdf>
- Wventura. (2015, 07 de mayo). Modelos de gestión integral y concertación estratégica. *EOI*.
Recuperado de: <https://www.eoi.es/blogs/gestionhospitalaria/2015/05/07/modelos-de-gestion-integral-y-concertacion-estrategica-5/>

Anexos

Anexo 1: Lista de chequeo para la evaluación de líneas estratégicas política de seguridad del paciente

La siguiente lista de verificación pretende evaluar el desarrollo de la política de seguridad institucional. Las opciones de respuesta son Cumple o No cumple. Registre por favor las observaciones pertinentes.

ÍTEM	C	NC	OBSERVACIONES
1. ¿La institución dispone de una política de seguridad implementada, difundida y socializada?			
2. ¿Existe un área o unidad funcional encargada de los procesos de seguridad del paciente?			
3. ¿Existe soporte documental de las rondas de seguridad? ¿Se cumplen los cronogramas?			
4. ¿Se hace un seguimiento a los indicios de atención insegura que pueden causar un evento adverso?			
5. ¿Se registran de manera sistemática los eventos adversos y los incidentes de la atención?			
6. ¿Existe un protocolo para el manejo del paciente y su familia cuando ocurre un evento adverso?			
7. ¿Se hace una selección y análisis de los eventos adversos reportados?			
8. ¿Se establecen sistemáticamente planes de mejoramiento a partir de dichos análisis?			
9. ¿Existe un protocolo de lavado de manos socializado?			
10. ¿Se ha evaluado el clima de seguridad del paciente?			

Codificación de las respuestas: C = Cumple; NC = No cumple.

Anexo 2: Encuesta para medir la percepción de la cultura de la seguridad del paciente

ENCUESTA DE PERCEPCION DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE *					No.
HOSPITAL MANUEL ELKIN PATARROYO IPS S.A.S		Fecha diligen ciamie nto	DD	MM	AA
Estamos interesados en conocer el grado de avances que la Institución tiene frente a seguridad del paciente, por esto lo invitamos a contestar con sinceridad las siguientes preguntas de acuerdo a la percepción que usted tenga en su área de trabajo, en caso de que usted esté en más de un área solo señale una y con base en esta responda el cuestionario. Por favor verifique sus respuestas, pues este es un insumo valioso para el fortalecimiento de nuestra institución.					
° Esta encuesta recoge sus opiniones acerca de temas de seguridad de los pacientes, incidentes y notificación de sucesos o efectos adversos en su IPS, y le llevará unos 10 minutos completarla. ° Sus respuestas son anónimas, si prefiere no contestar alguna pregunta, o si la pregunta no se refiere al trabajo que usted desempeña, puede dejarla en blanco.					
Definiciones: • Un “suceso” es definido como cualquier tipo de error, equivocación, incidente, efecto adverso o actuación fuera de protocolo, sin importar si el resultado daña al paciente o no. • “Seguridad del paciente” se define como el evitar y prevenir lesiones en los pacientes o efectos adversos como resultado de los procesos de cuidados de salud prestados.					
No	Cat ego ría	PREGUNTA	SEÑALE LA RESPUESTA		
1	A	¿Cuál es su principal área de trabajo, en esta Institución?	a. Urgencias__ b. Hospitalización__ c. Consulta Externa__ d. Sala de Partos __e. Promoción y Prevención__f. Laboratorio __ g. Vacunación__ h. Rehabilitación__ i. Administrativa j. Imágenes diagnosticas__ k. Transporte de Pacientes__ l. Farmacia __ m. Otra.		

			Cual				
2		¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en la institución?	a. Menos de 1 año	b. De 1 a 5 años	c. De 6 a 10 años	d. Mayor de 10 años	
3		¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en su actual área?	a. Menos de 1 año	b. De 1 a 5 años	c. De 6 a 10 años	d. Mayor de 10 años	
4		¿Cuántas horas a la semana trabaja usted en esta institución?	a. Menos de 20 hs	b. De 20 a 39 horas	c. De 40 a 69 horas	d. De 70 a 79 hs	e. 80 hs o más
En las siguientes preguntas, señale con una X la opción que usted considera más acertada			Nunca/rara vez	Muy en desacuerdo o en desacuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo, o algunas veces	La mayoría de veces/siempre	De acuerdo/Muy de acuerdo
			1	2	3	4	5
5	B	Mi jefe hace comentarios favorables cuando ve un trabajo hecho de acuerdo con los procedimientos establecidos para la seguridad de los pacientes					
6		Mi jefe acepta las sugerencias del personal para mejorar la seguridad de los pacientes					

7		Cuando la presión se incrementa, mi jefe quiere que trabajemos más rápido, aunque esto requiera saltar pasos importantes					
8		Mi jefe no toma en cuenta los problemas de seguridad del paciente que se repiten una y otra vez					
9	C	Estamos haciendo cosas activamente para mejorar la seguridad del paciente					
10		El análisis de los errores ha llevado a cambios positivos					
11		Después de hacer los cambios para mejorar la seguridad de los pacientes, evaluamos la efectividad					
12	D	Cuando su área está realmente ocupada, otras le ayudan					
13		En esta área, la gente se apoya mutuamente					
14		Cuando necesitamos terminar una gran cantidad de trabajo, lo hacemos en equipo					
15		En esta área, el personal se trata con respeto					
16	E	El personal habla libremente si ve que algo podría afectar negativamente el cuidado del paciente					
17		El personal se siente libre de cuestionar las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad					

18		El personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo no parece estar correcto					
19	F	El área Funcional responsable del Programa de Seguridad del Paciente nos informa sobre los cambios realizados basados en lo aprendido de los reportes de eventos					
20		Estamos informados sobre las fallas de la atención en salud que se cometen en esta área					
21		En esta área, discutimos formas de prevenir fallas de la atención en salud para que no se vuelvan a cometer					
22	G	El personal siente que sus errores son usados en su contra					
23		Cuando se informa de un evento adverso, se siente que está siendo denunciada la persona y no el problema					
24		Los empleados se preocupan de que los errores que cometen queden registrados en sus hojas de vida					

25	H	Tenemos suficiente personal para realizar el trabajo					
26		El personal en esta área trabaja más					

		horas de lo adecuado para el cuidado del paciente					
27		Usamos más personal temporal de lo adecuado, para el cuidado del paciente					
28		Frecuentemente, trabajamos en “situación de urgencia” intentando hacer mucho rápidamente					
29	I	La Dirección de la Institución propicia un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente					
30		Las medidas que toma la Dirección de esta institución muestran que la seguridad del paciente es altamente prioritaria					
31		La Dirección de la Institución se muestra interesada en la seguridad del paciente sólo después de que ocurre un incidente o evento adverso					
32	J	Las áreas de esta institución no están bien coordinadas entre sí					
33		Hay buena cooperación entre las áreas de la institución que requieren trabajar conjuntamente					
34		Frecuentemente es desagradable trabajar con personal de otras áreas en esta institución					

35		Las áreas de la Institución trabajan en conjunto para propiciar el mejor cuidado de los pacientes					
36	K	La continuidad de la atención de los pacientes se pierde cuando éstos se transfieren de un área a otra					
37		Frecuentemente se pierde información importante sobre el cuidado de los pacientes durante los cambios de turno					
38		A menudo surgen problemas en el intercambio de información entre las áreas de esta institución					
39		Los cambios de turnos en esta institución generan problemas para los pacientes					
40	L	Es sólo por casualidad que acá no ocurran errores más serios					
41		La seguridad del paciente nunca se compromete a hacer más trabajo					
42		Tenemos problemas con la seguridad de los pacientes en esta área					
43		Nuestros procedimientos y sistemas son efectivos para la prevención de las fallas de la atención que puedan ocurrir					

44	M	¿Cuándo se comete un error pero es descubierto y corregido antes de afectar al paciente, que tan frecuentemente es reportado?					
45		Cuándo se comete un error, pero no tiene el potencial de dañar al paciente, ¿qué tan frecuentemente es reportado?					
46		¿Cuándo se comete un error, que pudiese dañar al paciente, pero no lo hace, qué tan frecuentemente es reportado?					
47	N	En los pasados 12 meses, ¿Cuántos reportes de eventos adversos/ errores/fallas de la atención/indicios de atención insegura ha diligenciado y enviado?	a. Ning un reporte	b. De 1 a 2 reportes	c. De 3 a 5 reportes	d. De 6 a 10 reportes	e. De 10 reportes o más
48	O	Por favor, asígnele a su área/ área de trabajo un grado en general de seguridad del paciente	Excelente	Muy Bueno	Aceptable	Pobre	Malo
49	P	¿Cuál es su cargo en esta institución?	a.Enfermera profesional_____ _____b.Medico__c.Odontólogo_____ d.MédicoSSO____e.Auxiliar de enfermería __ f.Aux_de_odontología_____ _____g.Auxiliar_odontologia h.Bacteriologo____i.Terapeuta _____j.Personal_psicosocial k.Personal_de_mantenimiento _____l.Líder_de_programa m.Tecnico_rayos_X____ n.Personal_de_dirección_y_gerencia____ o.Personal_administrativo				

50		¿Qué tipo de contrato tiene?	a. Nombrado (carrera adm. o provisional)	b. Cooperativa	c. Contrato de Prestación de Servicios	d. otro. Cual?	
51		En su cargo ¿Tiene usted interacción directa o contacto con pacientes?	a. SI	b. NO			
52		¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en su actual profesión?	a. Menos de 1 año	b. De 1 a 5 años	c. De 6 a 10 años	d. De 11 a 20 años	e. Más de 20 años

* Versión revisada y corregida tomada de la adaptación de la Encuesta de Clima de Seguridad propuesta por el AHRQ y la Unidad de Seguridad del paciente

Por favor, siéntase con libertad para escribir cualquier comentario sobre la seguridad de los pacientes, incidentes, errores o efectos adversos en su centro (puede añadir más páginas si lo necesita)

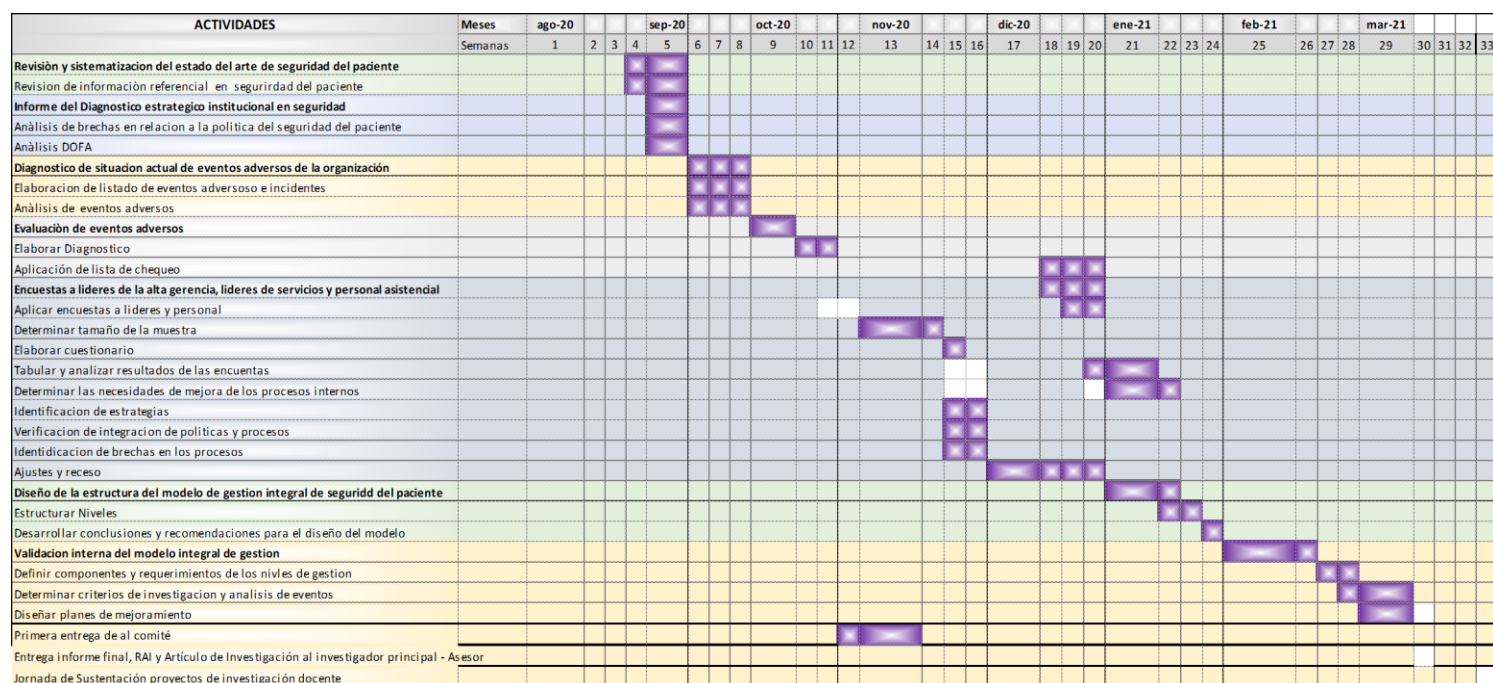
--

--

--

Gracias por completar este cuestionario, Su ayuda será muy útil para saber más sobre la seguridad de los pacientes.

Anexo 3: Diagrama de GANTT



Anexo 4: Presupuesto

Proyecto:		Diseño de un modelo de gestión integral de seguridad del paciente en el Hospital Manuel Elkin Patarroyo IPS S.A.S			
Lider:		Sully vega, Neidy Guitierrez, Nasly Ruiz			
Costos directos		8.500.000			
Reserva para riesgos		500.000			
Costos totales		9.000.000			
Costos Directos					
Tipo	Categoría	Recurso	Descripción	Fuente de Financiamiento	Valor
Recursos Disponibles	Infraestructura	Equipos de computo	PC HP	Recurso personal	600.000
		Equipos	Camara de video	Alquiler	500.000
		Vehiculo	Para traslados a la comunidad		1.000.000
		Servicio de Internet	Mensual		800.000
Recursos necesarios	Personal	Sueldo de profesional	Asesorias		1.800.000
		Sueldo de asistente			800.000
		Analista de datos			500.000
	Gastos de trabajo de campo	Tecnico			300.000
		Gasolina	Para traslados		2.000.000
	Materiales	Papel	500 impresiones	Para traslados	200.000
Total					8.500.000