

**CONOCIMIENTO Y PRÁCTICAS SOBRE EVENTOS ADVERSOS, PERSONAL
ASISTENCIAL, HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS, CARTAGO, VALLE 2017**

**JHENY LORENA FRANCO MARTINEZ
GLORIA CELINA CESPEDES CASTRO
LADY GISSELA OBANDO GALVIS**

**RED ILUMNO
FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÀREA ANDINA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CENTRO DE POSGRADOS
ESPECIALIZACIÓN EN AUDITORÍA EN SALUD
PEREIRA
2017**

**CONOCIMIENTO Y PRÁCTICAS SOBRE EVENTOS ADVERSOS, PERSONAL
ASISTENCIAL, HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS, CARTAGO, VALLE 2017**

**JHENY LORENA FRANCO MARTINEZ
GLORIA CELINA CESPEDES CASTRO
LADY GISSELA OBANDO GALVIS**

**CARMEN LUISA BETANCURPULGARIN
Docente
METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION**

**FUNDACION UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
POSTGRADO AUDITORIA EN SALUD
PEREIRA
2017**

NOTA DE JURADO

<p>NOTA DE ACEPTACION</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
--

FIRMA DEL PRESIDENTE DEL JURADO

FIRMA DEL JURADO

FIRMA DEL JURADO

DEDICATORIA

Este trabajo está dedicado a cada una de las personas que de alguna forma u otra apoyaron nuestro proceso de aprendizaje, contribuyendo de manera económica con el tiempo y el apoyo de cada día.

A cada uno de nuestros padres, esposos e hijos dedicamos el fruto de nuestro trabajo.

AGRADECIMIENTOS

A Dios todo poderoso porque guio nuestros caminos con sabiduría los pensamientos y nuestros actos en busca del bien, la verdad y la necesidad social, de aplicarlo en el desempeño de una misión tan trascendental. Y por haber permitido culminar esta etapa con éxito.

A nuestras familias por su apoyo incondicional, al centro de posgrados de la fundación universitaria del área andina por la colaboración y a todas las personas que nos brindaron un granito de arena perfeccionando nuestras ideas para culminar esta labor tan importante en nuestras vidas profesionales y personales.

LISTA DE CONTENIDOS

1. 1. PROBLEMA.....	12
2. 1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	12
3. 1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	16
4. 2. JUSTIFICACIÓN	17
5. 3. OBJETIVOS.....	20
6. 3.1. OBJETIVO GENERAL.....	20
7. 3.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS:.....	20
8. 3.3. MATRIZ DE OBJETIVOS, CONCEPTOS, VARIABLES E INDICADORES	21
9. 4. MARCO TEÓRICO	24
10.4.1 MARCO DE ANTECEDENTES.....	24
11.4.1.1. MARCO INSTITUCIONAL	27
12.PRINCIPIOS INSTITUCIONALES	27
13.VALORES INSTITUCIONALES.....	27
14.MISIÓN	27
15.VISION	28
16.RECURSO HUMANO	28
17.4.2. MARCO DE REFERENCIA.....	32
18.4.3. MATRIZ DE CONCEPTOS Y VARIABLES	41
19.4.3.1 CARACTERIZACIÓN DEMOGRÁFICA:	41
20.4.3.2 PERSONAL ASISTENCIAL.....	42
21.4.3.3. .CONOCIMIENTOS.....	42
22.4.3.4. PRÁCTICAS DEL PERSONAL ASISTENCIAL:	47
23.4.3.5 PLAN DE MEJORA:	49
24.4.4. GLOSARIO DE TÉRMINOS	49
25.4.5. NORMOGRAMA	52
26.5. METODOLOGÍA	55
27.5.1 TIPO DE ESTUDIO	55
28.5.2 POBLACIÓN Y MUESTRA.....	55
29.5.3. UNIDAD DE ANÁLISIS.....	55
30.5.4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN	55
31.5.5 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	55
32.5.6. VARIABLES VER ANEXO.....	56
33.5.7 PLAN DE ANÁLISIS.....	56
34.5.8. PRESENTACIÓN DE LA INFORMACION.....	56
35.5.9. COMPONENTE BIOÉTICO REVISIÓN DE LA RESOLUCIÓN 008430 DE 1993	57
36.5.10. COMPROMISO MEDIOAMBIENTAL	57
37.5.11. RESPONSABILIDAD SOCIAL	57
38.5.12.POBLACION BENEFICIADA	57
39.5.13. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS	57
40.6. RESULTADOS.....	59

41.6.1 ANALISIS UNIDIMENSIONAL	59
42.6.2 ANALIS BIDEMENSIONAL	64
43.6.4 PRUEBAS ESTADISTICAS Y CONTROL DE SEGOS.....	65
44.6.5. DISCUSION DE RESULTADOS.....	65
45.7. CONCLUSIONES	70
46.8. RECOMENDACIONES	71
47.REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	¡Error! Marcador no definido.
48.ANEXOS	77

LISTA DE TABLAS

Cuadro1. 3.3. Matriz De Objetivos, Conceptos, Variables E Indicadores	21
Cuadro 2.4.5. Normograma	52
Cuadro 3. Distribución del conocimiento y prácticas en el personal asistencial, sobre eventos adversos en el Hospital San Juan de Dios de Cartago, de la vigencia primer trimestre del 2017.	¡Error! Marcador no definido.
Cuadro 4. Cruce de las variables de mayor relevancia según el análisis bidimensional de los conocimientos y prácticas en el personal asistencial, sobre eventos adversos en el Hospital San Juan de Dios de Cartago, de la vigencia primer trimestre del 2017	64

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1 (A) Variables	77
Anexo 2 (B) Instrumento	79
Anexo 3(C) Prueba Piloto	81
Anexo 4 (D)Consentimiento Institucional	83
Anexo 5 (E) Consentimiento Informado	84
Anexo 6 (F-G) Cronograma Y Tabla De Gant.....	85
Anexo 7 (H) Presupuesto.....	86

INTRODUCCIÓN

Los eventos adversos son las lesiones o complicaciones involuntarias que ocurren durante la atención en salud, los cuales son más atribuibles a esta; que a la enfermedad propia y que pueden conducir a la muerte, la incapacidad o al deterioro en el estado de salud del paciente, a la demora del alta, a la prolongación del tiempo de estancia hospitalaria y al incremento de los costos de no-calidad. De igual forma, se pueden presentar situaciones relacionadas con procesos no asistenciales que potencialmente pueden incidir en la ocurrencia de las situaciones antes mencionadas.

Un buen modo de iniciar este abordaje metodológico es precisando y equiparando el concepto central de evento adverso. La literatura es una gran ayuda en este propósito. No hay evento adverso sin daño. Este primer elemento es fácil de determinar cuando el daño es evidente como en el caso de la muerte de una persona o de una incapacidad permanente mayor (daño cerebral, pérdida de un órgano o de una función corporal). Por supuesto, este tipo de daño es el más temido y, generalmente, el más fácil de identificar, sin embargo, existe otro tipo de daño que es preciso contemplar cuando se analiza una situación clínica para enmarcarla como evento adverso de menor gravedad. La temporalidad de un daño o lesión, o la ausencia de secuelas, no descarta la presencia de un evento adverso, las infecciones asociadas a la atención en salud (infecciones intrahospitalarios o asociadas a procedimientos) son un ejemplo de esto.

La Seguridad del Paciente es una prioridad de la atención en las Instituciones, los incidentes y eventos adversos son la luz roja que alerta sobre la existencia de una atención insegura. Estos se presentan en cualquier actividad y son un indicador fundamental de su calidad. En nuestro país existe una sólida decisión por parte del Gobierno, prestador y asegurador de desarrollar políticas que garanticen a los usuarios una atención segura en las instituciones de salud.

El Decreto 3257 de 2008, estableció la independencia del Subsistema Nacional de Calidad, del Sistema Nacional de Competitividad, y el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud (SOGC), pero prevé que estos dos sistemas deben actuar de manera coordinada en donde haya aspectos comunes. La Unidad Sectorial de Normalización en Salud (USN) es el organismo que tiene la función de articular técnicamente a los dos sistemas., fue definido por el Decreto 1011 de 2006 como “una instancia técnica para la investigación, definición, análisis y concertación de normas técnicas y estándares de calidad de la atención de salud” en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud de Colombia.

Esta Unidad Sectorial en trabajo conjunto con representantes de diferentes instituciones de Salud del país con el soporte del equipo técnico de la Dirección General de Calidad de Servicios del Ministerio de la Protección Social y los aportes de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente a través de su programa “Pacientes por la Seguridad del Paciente” creó una guía técnica para orientar a las diferentes instituciones de Salud en la implementación de prácticas seguras en la atención en salud., publicada en marzo de 2010. Como cualquier proceso de cambio, se necesita un liderazgo claro y comprometido con la seguridad y la excelencia, que demuestre de forma permanente que la seguridad de los pacientes es una prioridad para la alta gerencia de la organización. Hay que asegurarse que el tema de seguridad está incorporado en el direccionamiento estratégico y en las acciones y metas anuales.

Este proyecto se presenta debido a una necesidad centrada en la Institución, Hospital San Juan de Dios de Cartago Valle, en donde se aplicará una encuesta validada, para identificar el conocimiento y las prácticas que tiene el personal asistencial sobre el evento adverso; medir dicho conocimiento permite contextualizar a la alta gerencia de la institución, en cuanto al saber ser de su talento humano, frente al abordaje de la seguridad del paciente y el cumplimiento de la política de seguridad del paciente; de igual forma servirá como herramienta para la elaboración de planes de mejora direccionados a contribuir al mejoramiento continuo en la prestación de los servicios de salud, fortaleciendo acciones que garanticen la capacitación y actualización del talento humano, responsable de la prestación de los servicios.

1. PROBLEMA

1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La OMS estima que, a escala mundial, cada año, decenas de millones de pacientes sufren lesiones discapacitantes o mueren como consecuencia de prácticas médicas o atención insegura. Casi uno de cada 10 pacientes sufre algún daño al recibir atención sanitaria en hospitales bien financiados y tecnológicamente adelantados.¹ Los eventos adversos en salud, representan el daño no intencionado o complicación que produce discapacidad al momento de la salida del paciente, la muerte, o una estancia hospitalaria prolongada, y que es fruto del manejo médico más que debido al proceso patológico subyacente del paciente. Dentro de una Institución de Salud la ocurrencia de un evento adverso es un indicador de calidad a la hora de la prestación de los servicios, dentro de la dimensión de seguridad del paciente.²

Para realizar un análisis que permita identificar las causales de los casos presentados, dentro de una institución, se requiere de una cultura de seguridad del paciente, donde se refleje fluidez y accesibilidad a la información, por medio del reporte oportuno y continuo de la ocurrencia de un evento adverso en el desarrollo de los procedimientos derivados de la atención en salud; sin temor a las anotaciones en los expedientes laborales y posibles sanciones. Los profesionales encargados de la atención en salud, deben tener los conocimientos necesarios para prevenir la ocurrencia de eventos adversos, en el desarrollo de sus actividades diarias, y autogenerar responsabilidad frente al tema.³

La causa común detectada en estudios realizados, expresan como un factor predisponente para el evento adverso, la ausencia de conocimientos del personal asistencial; desde la década de los sesenta y noventa se ha venido documentando sobre el análisis de los eventos adversos y se ha demostrado que han ocurrido entre 48.000 y 90.000 muertes por un incidente anverso, por ello es

¹ OMS Organización mundial de la salud [internet] Francia; 2008 [citado 05-07-2016]; 11 disponible. who.int/patientsafety/information_centre/documents/ps_research_brochure_es.pdf.

² Estudio IBEAS Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica [internet] esepaña;2009 [citado 2016-06- 25 8]2009 disponible, ; minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/RESULTADOS%20ESTUDIO%20IBEAS.pdf

³ Verónica, G P. Desempeño del profesional de Enfermería en el área asistencial en una Institución de salud de la ciudad de Pasto – Nariño 2009 – 2010; Revista Unimar [internet]2010 [citado 05-09-2016] disponible www.umariana.edu.co/ojs-editorial/index.php/unimar/article/viewFile/191/168.

importante intervenir sus causas, iniciando con el fortaleciendo conocimientos y actitudes en el personal de salud. Dentro de la revisión se logra identificar al aplicar encuestas al personal asistencial, que el talento humano no cuenta con formación inicial ni continuada, además de ello no realizan correctamente el reporte de los incidentes lo cual impide el estudio epidemiológico de los eventos; que permita su divulgación y retroalimentación interinstitucional.⁴

Según un estudio realizado por el profesor del Instituto de Investigaciones Clínicas de la Universidad Nacional de Colombia, Hernando Gaitán, y por el grupo de Evaluación de Tecnologías y Políticas en Salud, en Colombia la mortalidad asociada a los eventos adversos es cercana al 6%; que la incidencia de eventos adversos en los hospitales estudiados fue del 4.6%. Ésta fue mayor en las especialidades quirúrgicas, con un 6.2%, seguida por medicina interna, con cerca de 3.5%. Aproximadamente, el 60% de los eventos detectados eran prevenibles.⁵

En Colombia, los eventos adversos en hospitales se dan más por fallas del sistema que por negligencia o falta de idoneidad del profesional de la salud, siendo la causa principal deficiencias de los procesos de provisión de servicios, problemas de racionalidad técnico–científica, problemas de comunicación entre los servicios hospitalarios e insuficiencia administrativa.⁶

Se ha venido trabajando en las diferentes instituciones de salud, en el desarrollo de estrategias frente a la ocurrencia del evento adverso, apuntando a impactar en la calidad de los servicios de salud, pero no se encuentran actividades estandarizadas a nivel nacional que fomente la cultura de seguridad del paciente sin la necesidad de que ocurra un evento para analizarlo.⁷

En la ciudad de Pasto, departamento de Nariño, un estudio realizado buscando identificar los conocimientos de enfermería frente al evento adverso, se identifica que el nivel de formación académica del profesional de enfermería se ha considerado adecuado, porque se cuenta con profesionales que han continuado

⁴ Sistemas de registro y notificación de incidentes y eventos adversos Joaquim B, Elisa C, ministerio de sanidad y [internet] [citado 25-09-2016] http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc_sp3.pdf

⁵ <http://historico.unperiodico.unal.edu.co/ediciones/110/10..> Magda .P.T universidad nacional de Colombia. Periódico [internet] [citado 20-01-2017]

⁶ Verónica, G P. Desempeño del profesional de Enfermería en el área asistencial en una Institución de salud de la ciudad de Pasto – Nariño 2009 – 2010; Revista Unimar [internet] 2010 [citado 05-09-2016] disponible www.umariana.edu.co/ojs-editorial/index.php/unimar/article/viewFile/191/168.

⁷ <http://historico.unperiodico.unal.edu.co/ediciones/110/10..> Magda .P.T universidad nacional de Colombia. Periódico [internet] [citado 20-01-2017].

con estudios de pre-grado y postgrado, e igualmente han participado en seminarios nacionales e internacionales, diplomados de actualización, lo cual es favorable para el desempeño en el área donde se encuentran laborando. La experiencia laboral que poseen es alta; en la mayoría superan el año de experiencia y algunos poseen 21 y más años, lo anterior es propicio para brindar atención asistencia a los usuarios de acuerdo a las necesidades de los mismos. Demostrando así que la profesión de enfermería cumple un papel importante y responsable en la atención y el cuidado con calidad.⁸

Actualmente la guía técnica para la seguridad del paciente del ministerio de protección social, busca fortalecer las competencias del talento humano de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, por medio de la creación de la vigilancia epidemiológica de la ocurrencia del evento adverso; de tal modo que el personal no lo vea como una factor predisponente laboral, sino que contribuya al enriquecimientos y actualización de los conocimientos, encaminados al fomento de una cultura personal por garantizar la seguridad del paciente.⁹

En el departamento del Valle del Cauca, la Clínica Valle de Lili, se le han presentado glosas por más de 50.000.000 millones de pesos por Eventos Adversos, dicho departamento se ha acogido satisfactoriamente a la política de seguridad del paciente y cuenta con aplicativo web para el reporte voluntario de los eventos adversos. Estudios realizados en el hospital universitario evidencian que el personal no cuenta con cultura en seguridad del paciente dado a la ausencia de conocimientos en el tema, y los planes de mejoramiento no tienen el respectivo seguimiento para su evaluación y disminución del evento adverso como política de seguridad del paciente institucional y recomienda la capacitación periódica del personal asistencial de la institución; concluyendo que el aprendizaje Organizacional nos permite entrenar y capacitar las personas de una organización obteniendo estándares sobre los cuales se pueda realizar un seguimiento permanente para prevenir que se produzca una nueva brecha entre la calidad esperada y la observada.¹⁰

⁸ (3) Verónica, G P. Desempeño del profesional de Enfermería en el área asistencial en una Institución de salud de la ciudad de Pasto – Nariño 2009 – 2010; Revista Unimar[internet]2010 [citado 05-09-2016] disponible www.umariana.edu.co/ojs-editorial/index.php/unimar/article/viewFile/191/168.

⁹ Seguridad del paciente y la atención segura, Alejandro G.U. Ministro De Salud Y Protección verion [internet][citado 20170118], 101,

0.2 disponible; <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia-buenas-practicas-seguridad-paciente.pdf>

¹⁰ https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Pagina404.aspx?requestUrl=https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/CONCEPTO%20196186-%202010%20GLOSAS%20POR%20EVENTO%20ADVERSO.pdf

Cartago, hace parte del municipio con más eventos adverso asociados a la vacunación en el departamento del cauca, los servicios de vacunación requieren de capacitación y certificación constante, como estrategia ante los eventos adversos dentro de las políticas de seguridad del paciente, y ser instituciones garantes de la prestación de servicios en salud, es por lo tanto obligatorio fomentar conocimientos que permitan identificar un evento adversos y convertirse en herramientas de análisis y generación de planes de acción.¹¹

¹¹Proyecto Seguridad Del Paciente Del Hospital Psiquiátrico Universitario Del Valle E.S.E, repositorio universidad católica de Manizales Richard N.R.M.2013.107[internet] [citado,28-08-2016]disponible <http://repositorio.ucm.edu.co:8080/jspui/bitstream/handle/10839/642/Viviana%20Garzon%20Rodriguez.pdf?sequence=1>

1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿QUE CONOCIMIENTO Y PRÁCTICAS SOBRE EVENTOS ADVERSOS, PERSONAL ASISTENCIAL, HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS, CARTAGO, VALLE 2017?

2. JUSTIFICACIÓN

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud se estima que a alrededor de uno 1 de cada 10 pacientes que reciben atención en salud en el mundo, les ocurre al menos un evento adverso. La necesidad de seguridad es la segunda escala que establece Abraham Maslow dentro de la jerarquía de necesidades, una vez se han suplido las necesidades fisiológicas. La necesidad de sentirnos seguros es una preocupación constante que codiciamos durante toda la vida y la cual debe estar presente permanentemente en nuestro entorno, dado que una vez satisfechas las necesidades fisiológicas, sino hay seguridad, ni amor, ni estimación, lo que primero se satisface antes que cualquier otra necesidad es la seguridad. Si el individuo se siente seguro, estará en un escalón superior de la pirámide de Maslow.¹²

Son necesidades de seguridad la dependencia, protección, estabilidad, ausencia de miedo, ansiedad o caos, necesidad de una estructura, unos límites, un orden, una ley, entre otras. Todas ellas apuntando a la evitación o neutralización de situaciones de peligro. En este sentido, hoy en día las intervenciones para el cuidado de la salud del ser humano, en los ámbitos hospitalarios y ambulatorios, están implicando riesgos a partir de la conjugación compleja de procesos, tecnologías e interacciones humanas, que si bien contribuyen en acciones beneficiosas, también incluyen un abanico de posibilidades de práctica insegura para la ocurrencia de eventos adversos.¹³

Seguridad del paciente es un componente fundamental en la salud ya que tiene como propósito ser segura, es decir, libre de daño. Sin embargo durante su entrega, el talento humano desempeña un papel fundamental para la atención segura, dado que ellos forma parte de un sistema en cadena que ayuda a prevenir los incidentes y lesiones que se pueden generar en un paciente.¹⁴

El seguimiento de eventos adversos se encuentra inmerso como una de las recomendaciones para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud”, por consiguiente la ocurrencia de los mismos aporta una información oportuna e

¹² (4)Causas de ocurrencia de evento adverso relacionado con la atención de enfermería. Universidad nacional de Colombia.Yenny.L.R.R.2014.92 [internet] [citado 2016-09-27] disponible <http://www.bdigital.unal.edu.co/40185/1/539472.2014.pdf>

¹³ Seguridad del paciente, IBEAS OMS, OPS, [internet][citado 07-06-2016] 01, disponible,<https://www.seguridaddelpaciente.es/es/proyectos/participacion-internacional/ibeas/>.

¹⁴ Seguridad del paciente, IBEAS OMS, OPS, [internet][citado 07-06-2016] 01, disponible. <https://www.seguridaddelpaciente.es/es/proyectos/participacion-internacional/ibeas/>

importante a una institución para identificar claramente los procesos prioritarios a los cuales deben enfocar su programa de auditoría y que esta permita lograr la realización de procesos de atención seguros, evitando la generación de nuevos incidentes o en su defecto eventos adversos.¹⁵

Para el 2006, se reportó que los eventos adversos eran la sexta causa muerte en Estados Unidos, por encima de la diabetes, la influenza, la neumonía, la enfermedad renal y el Alzheimer y que la longitud de la estadía hospitalaria y la mortalidad, por eventos adversos asociados a error, contribuyeron a 32.591 muertes por año y a \$US 9.3 billones. Recientemente se reportó que los eventos adversos son la primera causa de morbilidad global en algunos países en vía de desarrollo.¹⁶

La ocurrencia de eventos adversos ha sido documentada en todos los sistemas de prestación de salud del mundo. Existe suficiente evidencia a nivel internacional para hablar de una pandemia universal, algunos países lo consideran incluso un problema de salud pública. Colombia hace parte de los cinco países latinoamericanos, que por medio del estudio IBEAS, con la colaboración de la OMS y la OPS buscan analizar la prevalencia de efectos adversos relacionados con la atención en salud; buscando mejorar los conocimientos demostrando la trascendencia y el impacto de los eventos adversos.¹⁷

Dicho estudio dentro de su aplicabilidad práctica, reconoce que el conocimiento de los efectos adversos y de los factores que contribuyen a su aparición, acompañado de la perseverancia, son el fundamento requerido para mitigar las brechas presentadas en seguridad del paciente, que las mejores instituciones sanitarias no son aquellas que carecen de problemas, son aquellas que detentan de manera oportuna dichas falencias y por consiguiente reaccionan a las mismas buscando herramientas que permitan solución; es primordial la creación de una cultura profesional de considerar los errores como existentes, pero que pueden ser prevenidos a futuro mediante análisis, contar con conocimientos necesarios sobre la magnitud, naturaleza y factores predisponentes y contribuyentes de los eventos adversos, como también, la creación de un ambiente protegido, libre de culpas,

¹⁵ Aibar C., Aranaz J.. ¿Pueden evitarse los sucesos adversos relacionados con la atención hospitalaria?. Anales Sis San Navarra [Internet]. 2003 Ago [citado 2017 Feb 25] ; 26(2): 195-209. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272003000300002&lng=es.

¹⁶ Estudio IBEAS Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica informes, Estudios E Investigación 2009 Ministerio De Sanidad Y Política Social gobierno de españa.168 [internet][citado 5-11-2016] disponible <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/De/Ca/Resultados%20Estudio%20ibeas.Pdf>

¹⁷ Estudio IBEAS Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica Informes, Estudios E Investigación 2009 Ministerio De Sanidad Y Política Social gobierno de españa.168 [internet][citado 5-11-2016] disponible <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/RESULTADOS%20ESTUDIO%20IBEAS.pdf>.

que promueva el reporte sistemático de los eventos adversos; contribuirá a planificar estrategias de monitorización y vigilancia; orientando las políticas y priorizando las actividades dirigidas a su prevención.¹⁸

Lograr una atención en salud más segura requiere de un aprendizaje continuo sobre cómo interaccionan los diferentes componentes del sistema, lo que implica poner en práctica aquellas actuaciones que han demostrado su efectividad para reducir la probabilidad de aparición de fallos y errores, generar mediante la investigación nuevos conocimientos sobre aquellos factores que pueden contribuir a mejorar la Seguridad del Paciente y la Calidad en la asistencia.

La presente investigación, permite dar a conocer el conocimiento y prácticas que tiene el personal asistencial sobre el evento adverso en una institución de salud de mediana complejidad, dado a que su desconocimiento imposibilitaría, el actuar con seguridad durante la atención en salud y el fomentar un ambiente seguro para el paciente y la institución, dado que es una institución identificada como sede reciente del Hospital San Juan de Dios y lleva una duración de un año 2016-2017 en su prestación de servicios.¹⁹

¹⁸ Pagina web hospital sanjuán de dios cali.[internet] [citado 25-8-2016]<http://www.hospitaldesanjuanededios.org.co/>

¹⁹ Paquetes instruccionales 0.2 Guía Técnica “Buenas Prácticas Para La Seguridad Del Paciente En La Atención En Salud” [internet] [citado 23-11-2016] p.94 v.2 disponible; [https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/Biblioteca Digital /RIDE /DE/CA/Evaluar-frecuencia-eventos-adversos.pdf](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/Biblioteca%20Digital/RIDE/DE/CA/Evaluar-frecuencia-eventos-adversos.pdf).

2. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL

Evaluar el conocimiento y prácticas, en el personal asistencial frente al evento adverso en el Hospital San Juan de Dios de Cartago durante el primer trimestre de la vigencia 2017, para proponer un plan de mejora según lo encontrado.

3.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Caracterizar demográficamente el personal Asistencial de la IPS.
- Establecer el conocimiento y prácticas del personal asistencial.
- Diseñar un plan de mejora según los hallazgos encontrados.

3.3. MATRIZ DE OBJETIVOS, CONCEPTOS, VARIABLES E INDICADORES

CUADRO1. 3.3. MATRIZ DE OBJETIVOS, CONCEPTOS, VARIABLES E INDICADORES

OBJETIVOS	CONCEPTOS	DEFINICION	VARIABLES	INDICADORES
Caracterizar demográficamente al Personal Asistencial	Caracterización demográfica	Identificación de las condiciones demográficas del personal; Una población vista como el conjunto de individuos, en un proceso de formación clasificada en variables de estudio.	Genero	%x genero
			Edad	%x edad
			Profesión	% x Profesión
	Personal Asistencial del Hospital San Juan de Dios de Cartago Valle.	Conjunto de personas con unas habilidades y conocimientos especiales para el desarrollo de actividades determinadas y así darle orden al mismo dentro de una Institución que preste servicios de Salud en el Hospital San Juan de Dios de Cartago Valle	Médicos	% x Medico
			Enfermeros	% x Enfermeros
			Bacteriólogos	% x Bacteriólogo
			Auxiliares de Enfermería.	% x Auxiliar de Enfermería
Establecer el conocimiento y prácticas del personal asistencial.	Conocimiento	La experiencia y el aprendizaje permite almacenar conceptos, llevando a cabo un proceso del pensamiento, que se refleja en el desarrollo de las actividades diarias, dentro del campo de salud es de vital importancia ese acumulo de conocimientos específicos, para brindar una	Seguridad del paciente	Frecuencia del conocimiento.
			Evento Adverso	Frecuencia del conocimiento.
			Reacciones Adversas	Frecuencia del conocimiento.

		atención con calidad.	Reporte del EA	Frecuencia del conocimiento.
		La seguridad del paciente garantiza la prestación de los servicios de salud, en la ocurrencia de los eventos adversos que son las acciones no intencionadas en la actividad en salud que le causan daño a un paciente, que según sus causas son matriz de análisis dentro de las políticas de conformación de comités de seguridad del paciente, evidenciando las principales causas dentro de la clasificación de los eventos, para la generación de acciones de mejora como política de calidad en la atención.	Clase de EA	Frecuencia del conocimiento.
			Causa del EA	Frecuencia del conocimiento.
			Conformación del Comité de Seguridad Del Paciente	Frecuencia del conocimiento.
			Estudio de incidencia por áreas	Frecuencia del conocimiento.
			Análisis de EA	Frecuencia del conocimiento.
	Prácticas personal asistencial del	Elemento Esencial en el proceso enseñanza aprendizaje de los profesionales en salud, que cuenta con una trayectoria de experiencias y conocimientos, tanto para el	Uso de Normas de Bioseguridad	Frecuencia del conocimiento.
			Tiempo de Experiencia	Frecuencia del conocimiento.
			Seguimiento Ruta del manejo de EA	Frecuencia del conocimiento.

		<p>manejo de la bioseguridad como actitudes preventivas y de auto cuidado como estrategia de mitigación de los eventos adversos.</p> <p>Además de ello le permite el profesional de salud una guía en la atención de los eventos adverso que conlleven a un proceso de acciones que elimine las causas identificadas evaluando las acciones de manera continua.</p>	<p>Aplicación de Acciones Preventivas de EA</p>	<p>Frecuencia del conocimiento.</p>
<p>Diseñar un plan de mejora según los hallazgos encontrados</p>	<p>Plan de Mejora</p>	<p>Acciones que se deben tomar frente a la identificación de hallazgos durante un estudio realizado el cual genera unas recomendaciones determinadas.</p>	<p>Plan de Mejora</p>	<p>Un plan de Mejora</p>

3. MARCO TEÓRICO

4.1 MARCO DE ANTECEDENTES

Como estamos en un mundo globalizado, siempre buscamos ser competitivos pero con calidad, es decir ser mejor que el otro, con el objetivo de ser reconocido y permanecer en el mercado; además, la calidad no es solo ofrecer un buen producto o servicio, también incluye la buena atención. Toda institución prestadora de servicios de salud está en obligación de garantizar una planificación y organización en todos sus procesos para que estos permitan visualizar los riesgos en los servicios prestados al interior de una entidad, trabajar conjuntamente por la seguridad clínica.

La seguridad del paciente es una dimensión de la calidad, la cual se ha convertido en una prioridad de los sistemas sanitarios en todo el mundo, especialmente desde que diversos estudios epidemiológicos han puesto de manifiesto que la misma atención sanitaria destinada a mejorar la salud de las personas es una fuente importante de daños, el talento humano desempeña un papel fundamental para la atención segura, dado que ellos forman parte de un sistema en cadena que ayuda a prevenir los incidentes y lesiones en un paciente.²⁰

La seguridad del paciente se define en reducir en su mayor parte la ocurrencia de eventos adversos, entendiéndose por evento adverso “el daño no intencionado o complicación que produce discapacidad al momento de la salida del paciente, la muerte, o una estancia hospitalaria prolongada, y que es fruto del manejo médico más que debido al proceso patológico subyacente del paciente”.²¹

La ocurrencia de un evento adverso dentro de la prestación de los servicios de salud, es el indicador principal de calidad de una institución, pero trabajar en el análisis de los mismos demuestra un interés por generar cultura de seguridad del paciente en el ambiente hospitalario; desde la década de los sesenta y noventa se ha venido documentando sobre el análisis de los eventos adversos y se ha demostrado que han ocurrido entre 48.000 y 90.000 muertes por un incidente adverso. Las causas que se evidenciaron en las diferentes investigaciones de un

²⁰ Paquetes instruccionales 0.2 Guía Técnica “Buenas Prácticas Para La Seguridad Del Paciente En La Atención En Salud” [internet] [citado 23-11-2016] p.94v.2 disponible; [://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/Biblioteca Digital/RIDE/DE/CA/Evaluar-frecuencia-eventos-adversos.pdf](http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/Biblioteca%20Digital/RIDE/DE/CA/Evaluar-frecuencia-eventos-adversos.pdf)

²¹ Paquetes instruccionales 0.2 Guía Técnica “Buenas Prácticas Para La Seguridad Del Paciente En La Atención En Salud” [internet] [citado 23-11-2016] p.94v.2 disponible; [://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/Biblioteca Digital/RIDE/DE/CA/Evaluar-frecuencia-eventos-adversos.pdf](http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/Biblioteca%20Digital/RIDE/DE/CA/Evaluar-frecuencia-eventos-adversos.pdf)

evento adverso básicamente son: falta de atención, poca formación académica del talento humano, deficientes insumos ligado a la minimización de gastos institucionales, falta de humanización en los servicios, falta de trabajo en equipo, sobrecarga laboral, fallas en la comunicación del equipo de trabajo.²²

Se encontró en el estudio que el mayor porcentaje de quejas de usuarios es de régimen subsidiado y al sector público como hospitales, dando ocurrencia a los eventos adversos en urgencias, cirugía, hospitalización y odontología, urgencias es donde hay más colapso de población donde se trabaja a presión y por errores del personal se ocasionan los eventos adversos, en cirugía la reutilización de equipos médicos que en algún momento no quedan bien esterilizados, o el manejo de corto punzantes, y la recuperación de postquirúrgicos.²³

Los profesionales de la salud tienen claro que dentro de sus actividades diarias en la asistencia de pacientes se enfrentan a cometer errores que si bien no son de mala fe pueden alterar la salud de los mismos; se ha reportado que principalmente ocurren errores en la administración de medicamentos, complicaciones perioperatorias e infecciones nosocomiales, respectivamente.²⁴

Dentro de los errores en la administración de medicamentos, la población infantil se ha visto muy afectada pues hay que tener en cuenta que las precauciones en su administración son más complejas que en los adultos, teniendo en cuenta que sus órganos son inmaduros y se ven muy afectados el hígado y el riñón dentro de la farmacocinética de los medicamentos; y que la dosificación va ligada a la edad y el peso de cada infante.

Por otro lado las complicaciones preoperatorias, son de gran relevancia pues sus principales errores radican en la administración de anestesia y el manejo de los dispositivos médicos que no tienen la técnica y vigilancia requerida; siendo los dispositivos médicos un factor de riesgo para la ocurrencia de un evento, mostrando así que no solo es responsabilidad de los profesionales con idoneidad laboral sino también de sus herramientas de trabajo.²⁵

²² Estudio IBEAS Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica Informes, Estudios E Investigación 2009 Ministerio De Sanidad Y Política Social gobierno de españa.168 [internet][citado 5-11-2016] disponible <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/RESULTADOS%20ESTUDIO%20IBEAS.pdf>.

²³ Mildrek.G.P.Francisco.F.C.L.ProgramaDeSeguridadDelPaciente,EvaluacionYSeguimientoDeEventos Adversos EnElHospitalSerafinMontañaCuellar E.S.E.DeSan Luis Tolima 2010 [internet][citado 18-09-216] 234disponible <http://repository.ean.edu.co/bitstream/handle/10882/526/GamboaMildrek2010.pdf.txt;sequence=2>

²⁴ Estudio IBEAS Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica Informes, Estudios E Investigación 2009 Ministerio De Sanidad Y Política Social gobierno de españa.168 [internet][citado 5-11-2016] disponible <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/RESULTADOS%20ESTUDIO%20IBEAS.pdf>.

²⁵ Estudio IBEAS Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica Informes, Estudios E Investigación 2009 Ministerio De Sanidad Y Política Social gobierno de españa.168 [internet][citado 5-11-2016] disponible <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/RESULTADOS%20ESTUDIO%20IBEAS.pdf>.

No obstante las infecciones nosocomiales, son un riesgo para la estancia hospitalaria prolongada que al igual que los demás eventos adversos generan gastos económicos ineficaces. Por ello el desarrollo de políticas, lineamientos y estrategias que conlleven a generar una cultura de seguridad del paciente, permitirán controlar la ocurrencia de estos eventos que son responsabilidad de cada institución dentro de su gestión administrativa y gerencial.²⁶

La gestión de los riesgos para la ocurrencia de un evento adverso ampliamente permite identificar y analizar los casos, por medio de metodologías investigativas, que demuestren las causas raíces y permita generar planes de mejoramientos y estrategias de control y mitigación de los eventos adversos, creando alianzas estratégicas intersectoriales e interinstitucionales con entidades aliadas como el INVIMA y la OMS.

En estudios realizados existen muchos planes y estrategias, pero se evidencia la necesidad de crear un sistema de reporte universal de casos, que permita su difusión y conocimientos de estos a las instituciones prestadoras de servicios de salud, incentivando a los comités de seguridad del paciente a realizar investigaciones apoyadas de la parte administrativa lo cual se ha evidenciado que es muy importante contar con este apoyo.

La realización de los reportes adversos que a diario se presentan en las instituciones de salud son indispensables para la fluidez del sistema de información de los reportes, pero hay que generar una ambiente y una cultura laboral que de confianza al profesional a la hora de hacer los reportes y no teman a sanciones o anotaciones, así esta gestión del riesgo para el evento adverso permitirá trabajar en la calidad de la prestación de los servicios de salud.²⁷

De igual manera debemos tomar conciencia de que existen, aceptar que somos falibles y nos podemos equivocar, trabajar en común por el bien de la seguridad del paciente, diseñar sistemas de cuidado tendientes a reducir la probabilidad de los errores, esto se lleva a cabo utilizando herramientas como actividades de evaluación y mejoramiento que proponen los programas de garantía de la calidad para los servicios en instituciones de salud, brindando capacitaciones al personal creando comités de tecnicovigilancia para los equipos médicos, con los estudios de los eventos adversos se gerencia crear se evalúa y hacer un control.

²⁶ Álvarez-Hernández Gerardo, Amaro-Ortega Citlalyn. Costos atribuibles y factores de riesgo de infección nosocomial en un Hospital Pediátrico del Estado de Sonora, 2008. Bol. Med. Hosp. Infant. Mex. [revista en la Internet]. 2010 Abr [citado 2017 Mar 03] ; 67(2): 118-127. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462010000200005&lng=es.

²⁷ Economía, se debe crear una nueva cultura laboral, periódico El espectador [internet] [citado 2016-08-12]21-julio 2012disponible <http://www.elespectador.com/economia/aerocivil-e-invias-los-mejor-rankiados-en-practicas-de-contratacion-articulo-682761>.

4.1.1. MARCO INSTITUCIONAL

PRINCIPIOS INSTITUCIONALES

*Atención humanizada: Acogemos al ser humano como un ser integral; digno de respeto, amor y comprensión.

*Colaboración: Nos brindamos Apoyo Constante para conformar equipos competentes y de alta calidad.

*Comportamiento ético: Asumimos éticamente los principios para obrar correctamente.

VALORES INSTITUCIONALES

*Disciplina: Nuestra guía para ser cada día mejores.

*Tolerancia: Actuamos con respeto hacia las maneras de pensar, actuar y sentir de los demás.

*Honestidad: Obramos guiándonos con la verdad y buscando mejorar constantemente, reconociendo nuestras potencialidades como seres humanos.

*Fe: Confiamos en nosotros y creemos en lo que hacemos como equipo.

*Liderazgo: Promovemos procesos de cambio y desarrollo, comprometiéndonos y siendo proactivos.

MISIÓN

Somos una institución privada sin ánimo de lucro prestadora de servicios de salud de mediana y alta complejidad, con un equipo humano comprometido y altamente calificado. Trabajamos por la satisfacción de nuestros usuarios y sus familias; priorizando la seguridad del paciente, el trato humanizado, el mejoramiento continuo de la calidad y la formación del talento humano en salud para el desarrollo social de nuestra comunidad.

VISION

El hospital de San Juan de Dios de Cartago se propone para el año 2017:

1. Obtener la certificación en el Sistema de Gestión por Procesos Para el año 2017.
2. Obtener la acreditación en los servicios de salud.
3. Contar con una cultura organizacional consolidada, congruente con el direccionamiento estratégico.
4. Desarrollar un grupo empresarial de apoyo a la gestión de la organización.
5. Ser una institución Hospitalaria amigable con el medio ambiente.

SERVICIOS OFERTADOS

***URGENCIAS**

Es un área de atención médica de nivel I, II y III en manos de profesionales generales y especializados las 24 horas. 3 consultorios de atención inicial de urgencias, 1 sala de procedimientos y traslados con tres camillas, 1 sala de reanimación, 1 sala de observación habilitada para la atención de 7 pacientes mujeres y 1 sala de observación habilitada para la atención de 5 hombres, contamos con la disponibilidad de 3 camillas para pasillo.

***CONSULTA EXTERNA**

Es un área de atención médica general y especializada ambulatoria que permite evaluar al paciente para realizarle un diagnóstico y ofrecerle el manejo adecuado preventivo, curativo y de rehabilitación. Asociados con personal de apoyo calificado

***CIRUGIA**

Es un área especializada en la práctica de procedimientos quirúrgicos a pacientes de consulta externa, urgencias y hospitalización. Contamos con siete (7) salas de cirugía.

***HOSPITALIZACIÓN**

Disponemos de 13 camas que están bajo la responsabilidad de un equipo humano y técnico de excelente calidad las 24 horas. En habitaciones con capacidad para 1 paciente, brindando la comodidad y la privacidad del paciente.

RECURSO HUMANO

- El marco contextual de Recurso Humano está dividido en tres grupos por sus diferentes características, expectativas, diferentes responsabilidades y roles

dentro de la institución, los grupos son:

1. Personal Médico:

El trabajo medico es un trabajo individual, su función es el trato directo con el paciente, esta relación incluye dos aspectos básicos: El primero de ellos relacionado con la salud fisiológica del paciente y el segundo relacionado con la parte psicológica (compresión del mal y la forma en que afecta al paciente), esta última perfectamente compatible con el trato y el respeto hacia los pacientes. En lo referente a la salud fisiológica se debe comprender que existen dos factores que inciden en el éxito del tratamiento: El conocimiento del médico para solucionar el problema de salud y el segundo la colaboración del paciente para seguir las recomendaciones del médico.

2. Personal asistencial y técnico :

Los trabajadores que pertenecen a esta tipología son los siguientes:

- Enfermeras
- Auxiliares de Enfermería
- Bacteriólogas
- Terapeuta Respiratoria

- Regente de farmacia

Este grupo de trabajadores se caracteriza por que sus labores son complementarias al trabajo de los médicos, directamente relacionados con el trabajo medico tenemos a Enfermeras jefes y auxiliares de Enfermería, Terapeuta Respiratoria, Los indirectamente relacionados son los que no hacen un trabajo conjunto con los médicos pero su trabajo complementario a pesar de ser considerados como procesos paralelos como son labores relacionadas a exámenes auxiliares, análisis clínicos, etc.

- 3. Personal Administrativo:

Los trabajadores que pertenecen a esta tipología son los siguientes:

- Director General
- Subdirector Administrativo
- Subdirector Médico
- Jefe Recurso Humano
- Jefe Sistemas
- Coordinadores de Área
- Cajeros
- Facturadores
- Auxiliares de Archivo
- Auxiliares de Mantenimiento
- Secretarias
- Central de referencia

Características De La Labor Que Desempeñan:

Este grupo de trabajadores se caracteriza por que sus labores son base de funcionamiento de la institución de salud, en ellos recae el manejo institucional, la visión global de la organización, su dedicación es exclusiva y directa, dentro de este grupo están los que desarrollan labores estratégicas de dirección y planeación, y los que realizan labores operativas, este tipo también se conoce con el nombre de personal de soporte, por ser el equipo de trabajo que da el soporte a todo el funcionamiento de la organización.²⁸



Esta fotografía fue extraída de redes publicitarias.²⁹

²⁸ Pagina web hospital sanjuán de dios cali.[internet][citado25-8-2016]<http://www.hospitaldesanjuandedios.org.co/>

²⁹Eduard.G.Q.El hopitalsanjuandedios abresuspuertasencartago,periodicoweb, cuadraregion 2016 {internet}[citado08-06-2016]http://www.ciudadregion.com/cartago/hospital-san-juan-dios-cartago-abre-sus-puertas-febrero_1453377152



Esta fotografía fue extraída de redes de publicidad.³⁰

³⁰ www.google.com.co/search?q=FOTOGRAFIA+DEL+HOSPITAL+SANJUAN+DE+DIOS+CARTAGO&espv=2&biw=1360&bih=654&tbm=isch&tbo=u&source=univ&sa=X&ved=0ahUKEwip0Nqwj6nNAhWIKCYKHZzbCgYQsAQIGQ#imgrc=w4te7oskdplh2M%3A¹⁷

4.2. MARCO DE REFERENCIA

4.2.1. AMBIENTE VIRTUAL DEL EVENTO ADVERSO

Existen pocos estudios que determinen el conocimiento del personal de salud en cuanto a la ocurrencia del evento adverso, en Brasil proponen la creación de un ambiente virtual de evento adverso, teniendo en cuenta que la tecnología y la educación continua es una herramienta que permite el acceso a la información y el conocimiento; y es un medio utilizado por todas las ciencias del conocimiento. Se ha llegado a concluir que las ocurrencias de los eventos adversos son muy atribuibles a la falta de conocimiento del mismo, y la falta de reporte y análisis. Esta propuesta interactiva, contiene cinco módulos educativos formateados en el programa Microsoft Office PowerPoint 2003® y los ejercicios en el programa Hot Potatoes versión 6.0 para Windows, la autora de esta investigación argumenta que el ser humano procesa la información mediante tratamientos sucesivos de información; incluyendo las transformaciones de la mente; dichos módulos tienen cinco categorías de aprendizaje: ejercicio, practica, tutorial, simulación y resolución de problemas, y se puede trabajar por medio del siguiente link: [http://www.eerp.usp.br/nepien/ eventos adversos](http://www.eerp.usp.br/nepien/ eventos%20adversos).³¹

4.2.2. SISTEMAS DE INFORMACIÓN DEL EVENTO ADVERSO

Muchos Hospitales a nivel mundial han implantado dentro de las políticas de seguridad del paciente, un sistema integral de reporte del evento adverso, sin embargo, no han tenido un impacto de aprendizaje, que mejore los conocimientos de la ocurrencia de los eventos Adversos, contar con una clasificación por parte de la OMS, garantiza el reporte eficaz, por lo cual se convierte en una herramienta básica de aumento en el conocimiento de los eventos adversos permitiendo utilizar la información registrada para la realización de análisis de casos y por ende una continua retroalimentación, que prepara al profesional de salud ante la ocurrencia del evento adverso. Siendo la falta de conocimiento claro en Evento Adverso una causa de no reporte seguido del temor al mismo; hay que buscar fomentar en las diferentes instituciones este reporte como una herramienta de estudio más no como una generación de sanciones. Más bien, hay que analizar las competencias profesionales como: destrezas habilidades y conocimiento, además de identificar actitudes de comunicación y trabajo en equipo; en general buscando sensibilizar al

³¹ (4) Elizabeth VC, Seguridad de los pacientes. Un compromiso de todos para un cuidado de calidad [internet] 2007 [citado 15-07-2016];119, disponible en 007 Fecha de aceptación: 28 de marzo de 2007.

personal en salud, con respecto al problema de los eventos adversos y así tener conocimiento claro de la epidemiología de su ocurrencia.³²

4.2.3. FORMACIÓN PROFESIONAL FRENTE AL EVENTO ADVERSO

La formación profesional implica un compromiso la institución formadora como para el docente, es desde allí donde se le da forma al estudiante, con el objetivo de permitir que forme destrezas, habilidades y conocimientos que le permitan desempeñar su profesión con calidad; teniendo en cuenta que la formación ética y moral del estudiante, lo enfrenta a realizar sus actividades con responsabilidad. En todo este proceso de formación se debe contar con docentes capacitados e idóneos que trasmitan de manera clara los diferentes conocimientos, puesto que al entregar al medio laboral profesionales estos deben ser de alta calidad, ya que la atención en salud amerita una responsabilidad ético-moral, a la hora de garantizar la seguridad de los pacientes en el desarrollo de las atenciones en salud. De allí se genera la necesidad que surge, de incluir en la formación profesional conocimientos frente a la seguridad del paciente y el evento adverso; permitiendo así fomentar una cultura que desarrolle personalidad profesional desde la academia.

4.2.4. POLITICAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

La implantación de políticas y acciones frente a la seguridad de los pacientes en el desarrollo de actividades sanitarias, son herramientas básicas; gestionar los riesgos de la atención en salud, es tanto o aún más importante, teniendo en cuenta que el riesgo es la probabilidad de ocurrencia de un evento adverso; por lo tanto se puede gestionar y se puede concebir como una estrategia que mitigue los riesgos hospitalarios, permitiendo la toma de decisiones, aportando conocimientos de los eventos y sus respectivos análisis y consecuencias. En este contexto los profesionales de la salud deben de contar con una concepción integral de conocimiento y aptitud, no solo impulsados por la normatividad vigente sino por una formación ética y responsable a la hora de enfrenarse a los diferentes factores de riesgo den la actividad profesional. La enfermería en especial es la mayor promotora que gestiona los riesgos de salud es así como la primera enfermera Nightingale, en su diagrama de área polar, identifica condiciones no seguras en los hospitales y demostró que una enfermera bien formada de manera sistemática y con conocimiento integral; puede llegar a garantizar un entorno más seguro para

³² Seguridad del paciente, guía técnica buenas practicas para la seguridad de paciente en la atencion en salud1ministerio de la protección social [interet] [citado2016] disponible <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/1/Gu%C3%ADa%20T%C3%A9cnica%20de%20Buenas%20Pr%C3%A1cticas%20en%20Seguridad%20del%20Paciente.PDF>.

el desarrollo de atenciones en salud; por ende la enfermería es clave en la calidad de los servicios de salud de los pacientes en las instituciones de salud. Demostrado este reconocimiento, la formación de la enfermería en las diferentes instituciones debe asegurar que los pensum curriculares integren competencias, que formen en los profesionales disciplina con propiedad y autonomía, así como la gestión de los riesgos frente a la seguridad del paciente con idoneidad ética. Además de ello incentivar a la investigación que permita identificar y describir, los problemas de seguridad propios de la enfermería y por otro lado desarrollar y evaluar las soluciones dentro del entorno laboral.³³

4.2.5. ESTUDIO DE LOS EVENTOS ADVERSOS

La red pionera en Latinoamérica, en seguridad del paciente; con cinco países aliados: Argentina, Costa Rica, Colombia y Perú, con el apoyo de sus respectivos Ministerios de Salud, apuntan hacia una atención hospitalaria más segura, por medio de un estudio de los eventos adversos, siendo este el primer estudio realizado, a causa de ausencia de estudios previos dando así un primer paso en la seguridad del paciente. Teniendo en cuenta que la falta de seguridad en la atención en salud es considerada hoy en día como un problema de salud pública mundial. Dicho estudio principalmente busca valorar la situación de seguridad del paciente en algunos hospitales latinoamericanos, identificando que más de la mitad de los incidentes, que causaron daño podrían haberse evitado y concluyen en que se necesita investigar para conocer, conocer para actuar y actuar para mejorar la seguridad del paciente.³⁴

4.2.6. CONOCIMIENTO EN COLOMBIA DEL EVENTO ADVERSO

El estudio IBEAS, en Colombia se realizó en diferentes ciudades como: Bogotá, Cali, Cartagena, Medellín, Neiva y Tunja; en Instituciones de Salud Privadas; con el objetivo principal de mejorar el conocimiento en relación con la seguridad del paciente, con base en la aproximación de la magnitud y el impacto de los eventos adversos, buscando involucrar la crítica de los profesionales de la salud fomentando el compromiso de generar informes y registros que se conviertan en herramientas de análisis y conocimiento. Este Estudio nacional busca inspirar

³³ Milos P, Larraín AI. La vinculación ético-jurídica entre la gestión del cuidado y la gestión de riesgos en el contexto de la seguridad del paciente. *Aquichan*. 2015;15(1):141-153. DOI: 10.5294/aqui.2015.15.1.13 [internet][citado 15-12-2016] disponible <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v15n1/v15n1a13.pdf>

³⁴ Estudio IBEAS Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica Informes, Estudios E Investigación 2009 Ministerio De Sanidad Y Política Social gobierno de España.168 [internet][citado 5-11-2016] disponible <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/RESULTADOS%20ESTUDIO%20IBEAS.pdf>

convertirse en un sistema de vigilancia y así dar a conocer la epidemiología de los eventos adversos en cada región, convirtiéndose en base para la elaboración de estrategias preventivas.³⁵ En el Hospital el Tambo Cauca, en una investigación realizada en mayo de 2001, con el objetivo de identificar el conocimiento como gestión a la calidad de la prestación de servicios de salud; siendo este el único referente directo a la presente investigación, nos muestra la importancia de tener personal actualizado y capacitado frente a temas que garanticen la calidad de la atención como lo son los eventos adversos, dado al regular grado identificado en el personal evaluado.³⁶

4.2.7. RESPONSABILIDAD DE LA ENFERMERIA CON EL EVENTO ADVERSO

Como hemos venido referenciando la enfermería cumple un papel muy importante en la seguridad del paciente, pues el cuidado es campo directamente del profesional de enfermería y ha venido trabajando arduamente, buscando la prestación del cuidado con calidad, pues cuenta con raíces humanísticas y éticas en su labor y las personas confían en el cuidado impartido. Podemos plantear que la enfermería es una profesión principalmente, porque cuenta con un cuerpo de conocimiento y habilidades propias que busca constantemente incrementar sus competencias, para mejorar la atención y los cuidados impartidos; pues su objeto de estudio es el cuidado; aceptando la responsabilidad y compromiso de proteger sus pacientes, pues la práctica profesional segura implica: autocontrol y autodeterminación. Por lo tanto, esto implica seleccionar adecuadamente las personas que ingresan a una institución de Salud, identificando en ellos vocación, capacidades u aptitudes, no que busquen un refugio o estatus profesional, dado a que las políticas de seguridad del paciente y la mitigación del evento adverso, exigen impetuosamente talento humano cada vez mejor preparado desde el punto de vista técnico, profesional y humano; en la capacidad de enfrentar y reaccionar en su práctica profesional. Queda claro entonces la necesidad de preparar enfermeros con disciplina científica que se preocupen por brindar cuidados oportunos con cálida pero principalmente libres de riesgo.³⁷

4.2.8. GESTIÓN DEL RIESGO EN EL EVENTO ADVERSO

³⁵ El Estudio Ibeas Y La Política De Seguridad Del Paciente Nueva York Y Utah Y Colorado, Bajo Técnicas De Consenso. Disponible[internet][citado11-082016]disponible<https://www.google.com.co/search?q=visita%20odontologica%20co%20Archivos%20normas%20seguridad%20del%20paciente%20estudio%20ibeas%20psp>

³⁶ María. Y. A. Diana. C. I. M., Conocimiento De Los Trabajadores De La Salud Sobre Eventos Adversos Como Proceso De Mejoramiento De Calidad. Hospital Del Tambo Cauca, Abril – Mayo 2011,82{Internet}[Citado28-06-2016] disponible<http://repository.ean.edu.co/bitstream/handle/10882/535/anaconamaria2011.pdf?sequence=1>

³⁷ Helga Constanza Cerón G. la enfermera frente a los eventos adversos: una responsabilidad ética y moral. Revista digital editorial unimar.51. [internet][citado08-08-2016]. Disponible <http://www.umariana.edu.co/RevistaUnimar/index.php/revista-unimar-no-51/720-la-enfermera-frente-a-los-eventos-adversos-una-responsabilidad-etica-y-moral>.

La seguridad del paciente se constituye entonces, es una prioridad para la gestión de la calidad de la prestación de servicios de salud y los cuidados que se brindan, por cual una reflexión válida, nos lleva a dimensionar la magnitud de los eventos adversos para así buscar estrategias preventivas y avanzar en las acciones que encaminen a una practicas cada vez más seguras. Entendido así no solo los encargados de brindar cuidados, son los responsables de la seguridad del paciente, son responsables también las instituciones formadoras del talento humano, las Instituciones Prestadoras de Servicios de salud y la misma comunidad; es un compromiso de todos puesto hoy somos prestadores de servicios mañana podremos ser pacientes.

El en desarrollo de la prestación de servicios de salud de cualquier Institución Prestadora, siempre estará presente el riesgo de ocurrir un evento adverso, dado a la conjugación compleja de procesos tecnológicos y la interacción humana que como pueden llegar a ser beneficiosas, también pueden llegar a ser peligrosas. En diferentes investigaciones se ha identificado dentro las causas principales de la ocurrencia del evento adverso, la falta de conocimiento y desmotivación del personal encargado de la prestación de los servicios por reportar temiendo a una sanción , hasta en los países tercermundistas, entonces como no documentar y fomentar el reporte de eventos adversos, que permitan el análisis y el aumento de conocimiento sobre el tema, permitiendo ser una base de consulta para las instituciones que velan por una cultura de seguridad del paciente, como política de calidad.

4.2.9. DESEMPEÑO Y DESTREZAS EN UCI ANTE EL EVENTO ADVERSO

Dentro de una institución de salud de alta complejidad, el servicio que permite dar un indicador de calidad es la UCI, esta área permite la investigación del factor humano y es fácil medir conocimientos, capacidad adaptativa y reactiva, ante situaciones graves y complejas. La toma de decisiones dentro del servicio es clave; puesto que allí se puede identificar la rapidez y la exactitud de los profesionales que deben ordenar la mejor opción en pro de sacar de una crisis una situación determinada, por ende, el profesional debe estar constituido con la suficiente madurez psicológica y sobre todo de un arsenal de conocimientos y habilidades. La gestión del conocimiento dentro de una institución que preste servicios de salud, da pie a la transferencia de los mismos a los demás por medio de las experiencias vividas en el desarrollo de la actividad profesional y el profesional que se desempeña en la UCI, es portador de muchas experiencias y conocimiento; la principal herramienta de la gestión del conocimiento de los eventos adversos en salud es el aprendizaje organizativo dado a que por medio de sus miembros y procesos de capacitación constante, permiten transmitir conocimientos y experiencias, que desplazarían notablemente la rutina asistencial

en pro de mejorar la prestación de los servicios de salud, alimentando el conocimiento profesional.³⁸

4.2.10. LOS SERVICIOS DE URGENCIAS COMO MAYOR RIESGO PARA EL EVENTO ADVERSO

Por otra parte, los Servicios de Urgencias han sido catalogados como uno de los servicios más peligrosos, pues según el estudio ENEAS (Estudio Nacional Ligado a las Hospitalizaciones. España), un 9.8% de los eventos adversos del periodo prehospitalario ocurren en el servicio de Urgencias, que luego requieren de una hospitalización sin necesidad. Identificándose como causa principal de estos eventos las condiciones de trabajo entre ellas la presión, la falta de trabajo en equipo y errores de comunicación y se estima que el 95% de los eventos adversos no se reportan por el miedo a sanciones y desconocimiento y ausencia de una cultura de seguridad del paciente. El talento humano del servicio de urgencias de una institución, requiere de profesionales preparados que garanticen la prestación de los servicios con calidad, la preparación del personal de urgencias en los últimos años ha permitido mejorar la atención dentro de los servicios; es tan importante la formación como la disposición de los profesionales y por ser un servicio de constante presión, es en donde más se identifica el Síndrome de Burnout en su personal que afecta directamente el desempeño de los mismos, otro factor humano es la ausencia de conocimientos claros que permitan desenvolverse ante una situación determinada como lo es un evento adverso; de allí la importancia de mantener una formación continua dentro de la cultura de seguridad del paciente, fomentando el reporte oportuno confidencial, como herramienta de análisis de investigación para aportar al conocimientos de los mecanismos del error.³⁹

4.2.11. ACTITUD DEL PERSONAL DE SALUD AL REPORTE DE LOS EVENTOS ADVERSOS

Un estudio sobre las Actitudes del personal en la vigilancia de Eventos adversos intrahospitalarios en Colombia en el 2009, evidencio que los profesionales de salud son muy renuentes a facilitar el trabajo investigativo por miedo a que se

³⁸ Diana Carolina Bernal Ruiz Natalia Garzón Zea, Eventos Adversos Durante La Atención De Enfermería En Unidades De Cuidados Intensivos bogota 2008biblioteca virtual universidad javeriana[internet][citado 2016]disponible <http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/enfermeria/tesis44.pdf>.

³⁹ M. Chanovas Borràs, I. Campodarve, S. Tomás Vecina Servicio De Urgencias. Hospital Verge De La Cinta. Tortosa. Servicio De Urgencias. Hospital Universitario Del Mar. Barcelona. Servicio De Urgencias. Hospital Mútua De Terrassa. monografías emergencias 2007;3:7-13[internet] [citado 15-09-2016]disponible http://www.noble-arp.com/src/img_up/28072010.1.pdf

encuentren fallas en los procesos de atención y se les genere llamados de atención o pérdida del trabajo, pues el objetivo de esta trabajo fue explorar la actitud y reacciones del personal de las instituciones en cuanto a la detección y evaluación de los Eventos Adversos, también se demostró la intención del personal en minimizar algunas situaciones para que no se informaran como un evento adverso, dado a que el evento no ocasiono complicaciones evidentes, una vez identificada esta situación se vieron en la tarea de sensibilizar al personal, de manera individual persona a persona y mejoro notablemente la situación se pudo continuar trabajando mejor con más colaboración del personal , tanto así que al principio las auxiliares no facilitaban las historias clínicas y luego ellas misma colaboraron en su revisión, y empezaron a reportar los casos encontrados; pues el personal entendió que los hallazgos del estudio no alteraban su desempeño laboral, sino que se busca el error sistémico y así apoyar las instituciones implementando recomendaciones. Dentro de todo el proceso de evaluación se notó más resistencia en personal de enfermería que en el médico, pero al final este fue el apoyo para el desarrollo de la investigación que al final logro crear una cultura de notificación y seguimiento del evento adverso, llegando a ser base de auditoría de control interno de las instituciones. Por lo anterior se demuestra que se requiere de una confianza mutua y trabajo conjunto entre el personal asistencial y la gerencia para mantener una cultura de seguridad del paciente, y la confianza se adquiere por medio del conocimiento.⁴⁰

4.2.12. INCONFORMIDAD DE LOS USUARIOS VICTIMAS DE EVENTOS ADVERSOS

La mayoría de las quejas por ser víctimas de un evento adverso, presentadas son originadas por el régimen subsidiado al sector público, en servicios de urgencias, odontología, cirugía, donde los usuarios siempre desean una atención inmediata, es por esto que el principal motivo de queja es por atención inadecuada. Se evidencia que existen deficiencias significativas en la calidad de la atención médica que se otorga a este grupo vulnerable, lo cual debe motivar el fortalecimiento de acciones dirigidas al personal de salud que puedan prevenir y solucionar las causas que conllevan a esta problemática. De allí la importancia en contar con personal idóneo y capacitada para el manejo de ocurrencia de un evento adverso y no fomentar la inseguridad que perciben los usuarios.

⁴⁰ Hernando G-D, Pió I. G –S y Javier E, Actitudes del personal en la vigilancia de eventos adversos intrahospitalarios en Colombia rev. salud pública. 11 (5): 745-753, 2009[citado 2016]disponible http://scholar.googleusercontent.com/scholar?q=cache:57Ym9vFSF_wJ:scholar.google.com/+importacia+de+conocer+sobre+eventos+adversos+seguridad+OR+del+OR+paciente&hl=es&as_sdt=0,5.

4.2.13. REUTILIZACIÓN DE INSUMOS MÉDICOS UN RIESGO PARA LA SALUD

Existe una polémica sobre los dispositivos médicos, si se deben o no reutilizar, la necesidad de las empresas de salud por reducir los costos llegan a realizar un proceso a un equipo médico para reutilizar lo ,sin tener en cuenta que muchos de estos han sido fabricados para uso personal; los dispositivos médicos por su impacto en la prestación de los servicios de salud y su influencia en el gasto asistencial, llevaron a varias empresas a reutilizar los dispositivos, el tema tiene implicaciones legales éticas sociales como la accesibilidad a los servicios por parte de los pacientes.

Teniendo en cuenta las practicas seguras, es responsabilidad de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, garantizar la seguridad de sus pacientes, en este caso los dispositivos médicos como herramientas de trabajo para la solución de problemas y alteraciones de salud, deben contar con las medidas de bioseguridad y la tecno vigilancia necesarias para el desempeño de actividades y procedimientos en salud, sin exponer a riesgos y peligros la integridad de los usuarios por mejorar los ingresos económicos de la Institución.⁴¹

4.2.14. EL PACIENTE Y EL DERECHO A CONOCER SOBRE EL EVENTO ADVERSO EN QUE SE VIO AFECTADO

En muchos de los países desarrollados y subdesarrollados, en todas las instituciones de salud tanto públicos y privados se presentan los eventos adversos de una forma habitual. En la mayoría de los casos los pacientes se encuentran hospitalizados tras la generación del mismo, donde probablemente se genera la complicación grave de este y se determina en ocasiones que pudo ser evitable.

Todo paciente que sufre un evento adverso al igual que sus familiares tienen derecho a saber qué, cómo, cuándo, por qué ocurrió y el plan de mejoramiento que se adopta para evitar que este se repita. En algunas ocasiones cuando el evento adverso es evitable y depende del personal de salud a cargo, no se genera una disculpa de manera abierta y honesta ante lo sucedido. A la vista de los resultados obtenidos en el artículo citado, nos damos cuenta que algo no estamos haciendo bien en el proceso de informar al paciente y su familia tras un evento adverso; lo que conlleva a presentar brechas sobre la forma en que se planifica, organiza y asegura la manera de abordar el paciente y presentar la explicación pertinente frente a lo sucedido.⁴²

⁴¹ Marcela M.L.R, Lida V.R.H. *incidencia de eventos adversos en el rehusó de dispositivos médicos*. Revista CES Salud Pública/ 2010 ISSN 2145-9932 Facultad de Medicina, Universidad CES. [internet][citada 2017]diponible http://revistas.ces.edu.co/index.php/ces_salud_publica/article/view/2574.

⁴² Jose J.M.Susana.L. Seguridad del paciente Gestión y organización Eventos adversos Pacientes Recibido el 6 de febrero de 2015 Aceptado el 17 de abril de 2016 revista gaceta sanitaria.citado[2016]diponible. <http://ac.els->

4.2.15. SEGURIDAD DEL PACIENTE

La seguridad del paciente es uno de los temas más relevantes en la calidad de la atención en salud, por lo que genera una gran responsabilidad en el personal que tiene contacto directo en el manejo integral de un paciente, ya sea en el ámbito hospitalario o bien en consulta externa; la atención en salud ofrecida de forma insegura tiene como resultado el aumento de la morbilidad y mortalidad evitables. El estudio cualitativo de este artículo a través del método hermenéutico dialéctico, con base en la premisa de que los conocimientos profundos sobre los individuos solo son posibles con una descripción de la experiencia humana, busca ver la realidad como un todo integrado, siendo solo posible cuando el que comprende pone en juego sus propios preconceptos. Como objetivo se tuvo conocer los aspectos significativos que surgieron de las enfermeras acerca de la experiencia de haber sido responsables de un evento adverso en salud. En la prestación de los servicios de salud los profesionales de enfermería atribuyen la recarga laboral y seguido a esto la falta de recurso humano que genera la ausencia de descanso, como las variables más relevantes en la incidencia del evento adverso; el recurso humano dentro de su percepción, evidencia que las instituciones buscan mejorar y mantener la calidad de la atención garantizando accesibilidad en salud mas no en la calidad de la atención brindada al paciente, por lo que genera el trabajo deficiente en el personal de salud y en su momento la ocurrencia de eventos adversos; en algunos casos con complicaciones importantes para el usuario y habitualmente prevenibles.⁴³

4.2.16. INCIDENCIA Y EVITABILIDAD DE EVENTOS ADVERSOS EN PACIENTES

La frecuencia de los eventos adversos varía dependiendo del servicio donde son medidos. El objetivo es determinar la incidencia, evitabilidad, clasificación e impacto de los Eventos Adversos en el ambiente hospitalario en Colombia con el propósito de determinar su posible importancia como problema de salud pública en el nivel local.⁴⁴

cdn.com/S0213911115000709/1-s2.0-S0213911115000709-main.pdf?_tid=c5448612-0088-11e7-b5d9-00000aab0f01&acdnat=1488597488_6f37c14cf58c18dcb4dab216ca1b5913

⁴³ Ferreira-Umpiérrez Augusto Hernán, Chiminelli-Tomás Virginia. Aspectos significativos surgidos de la experiencia de haber sido responsable de un evento adverso en salud. Aquichán [Internet]. 2014 Sep [cited 2017 Mar 03]; 14(3): 294-302. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972014000300002&lng=en. <http://dx.doi.org/10.5294/aqui.2014.14.3.2>.

⁴⁴ Hernando G-D , Javier E-S. Incidencia y Evitabilidad de Eventos Adversos en Pacientes Hospitalizados en tres Instituciones Hospitalarias en Colombia, 2006Rev. salud pública. 10 (2):215-226, 2008[internet] [citado2016] disponible<http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v10n2/v10n2a02.pdf>.

4.3. MATRIZ DE CONCEPTOS Y VARIABLES

4.3.1 CARACTERIZACIÓN DEMOGRÁFICA:

4.3.1.1. GENERO DESDE LA DEMOGRAFÍA:

Una población es definida como el conjunto de individuos, en un proceso de formación por lo cual cada individuo tiene diferentes funciones según el entorno en que se desarrolle, para poder estudiar su desarrollo en el tiempo y su comportamiento dichas funciones se clasifican en variables. El género entonces se refiere a los conceptos sociales de las funciones, comportamientos, actividades y atributos que cada sociedad considera apropiados para los hombres y las mujeres. Las diferentes funciones y comportamientos pueden generar desigualdades de género, es decir, diferencias entre los hombres y las mujeres que favorecen sistemáticamente a uno de los dos grupos.⁴⁵ Pero se refleja más la desigualdad y la subordinación en las mujeres a través del tiempo y en las diferentes culturas; producto del funcionamiento de la sociedad. En la antigüedad el género lo determinaba la masculinidad representada en la agresividad del individuo y la actitud sumisa a la feminidad, lo que posteriormente marca una desigualdad y maltrato de un género a otro.⁴⁶

4.3.1.2 EDAD DESDE LA DEMOGRAFIA

El nacimiento de un individuo es un acontecimiento que le da inicio a un espacio de tiempo, para el desarrollo de sus funciones en un entorno determinado; que le permitirá alcanzar habilidades, según su desarrollo biológico, en etapas de vida marcando así una funcionalidad específica para cada una de ellas, dentro de una sociedad que lo obliga a adquirir conocimientos y desarrollar habilidades, que le permitan contribuir al desarrollo de la sociedad.⁴⁷

⁴⁵ Teresita De Barbieri sOBRE LA CATEGORIA GENERO. UNA INTRODUCCION TEORICO-METODOLOGICA Debates en Sociología. N°8 1993 [internet] [citado 2016] 25. disponible. <http://revistas.pucp.edu.pe/index.php/debatesensociologia/article/viewFile/6680/6784>.

⁴⁶ Judith Butler El género en disputa El feminismo y la subversión de la identidad prefacio 1999.159 [internet] [citado 2016] disponible http://www.lauragonzalez.com/TC/El_genero_en_disputa_Buttler.pdf.

⁴⁷ De conceptos.com [internet] [citado 2016] disponible <http://deconceptos.com/ciencias-naturales/edad>

4.3.1.3. PROFESIÓN- CARGO

Labor que un individuo realiza de manera responsable sistemática con el objetivo de **enseñar o adquirir buenos hábitos**; abarcando todas aquellas reglas de comportamiento que elabora y las medidas que ocupa para cerciorar que dichas reglas se cumplan. Puesto que está representando una capacidad intelectual y académica que garantiza el desarrollo de una actividad específica encaminada a favorecer una situación determinada; siendo así las profesiones como disciplinas emergen desde la especialización en determinadas áreas de las ciencias y tecnologías, permitiendo ordenar ideas colectivas de las personas que se dedican a una profesión.

4.3.2 PERSONAL ASISTENCIAL

Para del desarrollo de diferentes tareas en el campo profesional; se debe de contar con un conjunto de personas con unas habilidades y conocimientos en común, para el desarrollo de actividades determinadas y así darle orden al mismo dentro de una Institución que preste servicios de Salud. Algunos estudios han concluido que el proceso hospitalario es posiblemente el único en donde se desarrolla con vistosa notoriedad el desenvolvimiento del factor humano en su conjunto, es decir, el proceso de por si exige la participación concatenada de todo el equipo de salud, desde los puestos auxiliares hasta los puestos de alta especialización. Entre ellos Auxiliares de Enfermería, Enfermeras, Médicos, Bacteriólogos, Instrumentadores quirúrgicos y Especialistas.⁴⁸

4.3.3. CONOCIMIENTOS

La experiencia y el aprendizaje permite almacenar conceptos, llevando a cabo un proceso del pensamiento, que se refleja en el desarrollo de las actividades diarias, dentro del campo de salud en de vital importancia ese acumulo de conocimientos específicos, para brindar una atención con calidad.

4.3.3.1. SEGURIDAD DEL PACIENTE

⁴⁸ La Selección de Personal Asistencial en el Sector Privado de Servicios de Salud [internet]{citado2016] disponible en <http://www.monografias.com/trabajos97/seleccion-personal-asistencial-sector-privado-servicios-salud/seleccion-personal-asistencial-sector-privado-servicios-salud.shtml#ixzz4aKEfmiMi>

La atención con calidad se ve reflejada en la seguridad del paciente, la cual debe ser garantizada en la prestación de servicios de salud en una institución, por medio de un 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.

4.3.3.2. EVENTO ADVERSO

El resultado de una atención en salud que de manera no intencional produce daño, se le denomina Evento Adverso. Los eventos adversos pueden ser prevenibles y no prevenibles: el prevenible Resultado no deseado, no intencional, que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado; teniendo en cuenta la búsqueda activa de incidentes y eventos adversos como una política de seguridad del paciente, las instituciones prestadoras de salud deben garantizar la estancia hospitalaria de pacientes, visitantes y personal asistencial; puesto que según estudios realizados en el mundo mueren más personas por la ocurrencia de estos eventos que en accidente aéreos.⁴⁹

4.3.3.3. REACCIONES ADVERSAS:

Una de las principales funciones del personal de enfermería, es la administración de medicamentos. Dada la responsabilidad y frecuencia con que se realiza, representa una actividad que enfrenta un riesgo legal permanente, relacionado con los errores que se pueden presentar en la práctica. Las reacciones adversas en la administración de medicamentos tienen que ver directamente, a cualquier respuesta nociva y no intencionada, a dosis normales.

Los incidentes de enfermería que son reportados más frecuentes, en la literatura tienen que ver con la administración de medicamentos; exaltando la ausencia de conocimientos y experiencia; constituyendo así un gran porcentaje de los eventos adversos en salud, con la gran controversia que pudrían ser prevenibles, mediante la implementación y el uso de protocolos como instrumentos para las buenas prácticas de administración. La farmacovigilancia es una herramienta, estratégica que permite medir el rendimiento de identificación de las reacciones adversas en la administración de los medicamentos.

⁴⁹ Ministerio de la Protección Social Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente [internet] [citado 2016] 52. disponible https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/LINEAMIENTOS_IMPLEMENTACION_POLITICA_SEGURIDAD_DEL_PACIENTE.pdf

4.3.3.4. REPORTE DEL EVENTO ADVERSO:

Dentro de las políticas de seguridad del paciente, se encuentra la estrategia del reporte del evento adverso, como instrumento de permanente análisis institucional, para el desarrollo de planes que conlleven a garantizar la seguridad del paciente, por medio de fichas de reporte con la información necesaria para el análisis de los eventos, en un periodo determinado. Dentro de las instituciones de servicios de salud, la generación de una cultura en seguridad del paciente fomenta actitudes voluntarias y responsables en el desarrollo de actividades y prácticas, esta cultura garantiza un reporte oportuno, sin temor a sanciones y represarías dentro de la institución. La ficha o formato, puede ser diseñada y ajustada según las necesidades de cada institución, con la información necesaria que aporte a la realización de análisis e implementación de estrategias.⁵⁰

4.3.3.5 CLASE DE EVENTO ADVERSO:

Como hemos venido hablando los eventos adversos son los daños o lesiones no intencionados causados a un paciente en el desarrollo de actividades en salud, pero también se tiene por evento adverso al daño o lesión a paciente, visitantes y personal asistencial, por ellos definimos los eventos adversos en dos clases.⁵¹

4.3.3.6. EVENTOS ADVERSOS NO EVITABLES:

Lesiones o daños no intencionales causado por la intervención asistencial ejecutada sin error, no por la patología de base. Ocurre cuando, por ejemplo, se administra un medicamento o se aplica una tecnología en dosis y forma adecuada, para la patología adecuada.

4.3.3.7. EVENTOS ADVERSOS EVITABLES:

Lesiones o daños no intencional causado por la intervención asistencial ejecutada con error, no por la patología de base. Mirando el error desde el punto de vista en

⁵⁰ Astolfo Franco, M.D. La seguridad clínica de los pacientes: entendiendo el problema Colombia Médica Vol. 36 Nº 2, 2005 (Abril-Junio)4 [internet][citado2017] disponible <http://www.scielo.org.co/pdf/cm/v36n2/v36n2a10.pdf>

⁵¹ Sergio Luengas Amaya. Seguridad del paciente con ceptos y análisis de eventos adversos. Centro de Gestión de gestión hospitalaria | víasalud | número 48 | Julio de 2009.16 [internet][citado2016] disponible. <http://www.cgh.org.co/imagenes/calidad1.pdf>.

la ejecución de un plan equivocado para el logro de un resultado esperado, cometidos por omisión o acciones conscientes e inconscientes.⁵²

4.3.3.8. CAUSA DEL EVENTO ADVERSO:

Comprender las causas directas e indirectas de la ocurrencia del evento adverso, es necesario, para mejorar la seguridad del paciente y transformar la evidencia en cuidados seguros, medir los daños e identificar posibles soluciones. En general frente al tema de seguridad del paciente, las causas se han agrupado de diferentes maneras: causas organizacionales, por insumos, de la persona, etc; y por medio del protocolo de Londres se identifican las causas directas en análisis del evento adverso, que para dado caso se analizan causas diferentes⁽⁵³⁾: Falta de atención, poca formación académica del talento humano, deficientes insumos ligado a la minimización de gastos institucionales, falta de humanización en los servicios, falta de trabajo en equipo, sobrecarga laboral, fallas en la comunicación del equipo de trabajo.

Existen Factores Predisponentes al Evento Adverso del Personal Asistencial, dentro de las instituciones de salud generado, por el miedo ocasionado al cometer un error, y que este genere una sanción, lo cual no permite un reporte oportuno de la ocurrencia de los eventos adversos; todo esto debido a la ausencia de conocimientos necesarios sobre el programa de seguridad del paciente y el fomento de una cultura institucional.



(Imagen 2. Tomado del curso de formación sobre seguridad del paciente del proyecto Bacteriemia Zero) 53

En epidemiología, la causalidad se define como el estudio de la relación etiológica entre una exposición, las causas o factores que influyen en el proceso salud-enfermedad de la población requieren una investigación adecuada para prevenir la aparición de efectos no deseados y control.

⁵² WHO, 2009 Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente Versión 1.1 Enero de 2009. 160 [internet] [citado 2016] disponible. http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf.

⁵³ <https://williamcastro.files.wordpress.com/2015/04/queso-suizo1.jpg>

4.3.3.9 COMITÉ DE SEGURIDAD DEL PACIENTE:

El Comité para la Seguridad del Paciente es una instancia de carácter de asesor técnico científico dentro de una la institución de salud , cuya finalidad principal es sensibilizar y capacitar al personal de la IPS en seguridad del paciente, analizar las situaciones adversas que se presenten en los usuarios durante la atención en salud, retroalimentar los resultados y gestionar los recursos necesarios para asegurar la calidad de la prestación del servicio mediante la adopción de medidas de prevención y control de los incidentes y los eventos adversos prevenibles.⁵⁴

Debe estar conformado por:

- El Gerente de la IPS
- Un médico
- Un enfermero
- Un profesional especialista en Auditoria de Servicios de Salud
- Un secretario (a) quien será el que elabore las actas, convoque.

4.3.3.10 ESTUDIO DE INCIDENCIA POR ÁREAS:

Para conocer la ocurrencia de problemas nuevos, en una población o muestra de un estudio investigativo, los estudios de incidencia permiten al equipo investigativo descubrir casos nuevos, en determinado periodo por medio de una vigilancia y seguimiento a lo largo del tiempo. Para evaluar los conocimientos dentro de una institución de salud sobre los eventos adversos, es necesario desarrollar estudios claros con causas ya definidas.

4.3.3.11 ANÁLISIS DE EVENTO ADVERSO:

El análisis del evento adverso es un proceso que permite analizar la causa efecto de los eventos adversos en salud. El protocolo de Londres es una versión revisada y actualizada de un documento previo conocido como “Protocolo para Investigación y Análisis de Incidentes Clínicos”. Este nuevo modelo facilita realizar entrevistas disminuyendo el miedo a represarías, revelando una serie de acontecimientos que condujeron a un evento adverso.

Por tratarse de un proceso de reflexión sistemático y bien estructurado tiene mucha más probabilidad de éxito que aquellos métodos basados en tormenta de

⁵⁴ Ministerio de protección Social Lineamientos Para La Construcción De Una Política De Seguridad Del Paciente/20/[internet][citadpo2016]disponiblehttp://boyaca.gov.co/SecSalud/images/Documentos/LINEAMIENTOS%20SEGURIDAD%20DEL%20PACIENTE.pdf.

ideas casual o en sospechas basadas en valoraciones rápidas de expertos. No reemplaza la experiencia clínica, ni desconoce la importancia de las reflexiones individuales de los clínicos. Por el contrario, las utiliza al máximo, en el momento y de la forma adecuada.



4.3.4. PRÁCTICAS DEL PERSONAL ASISTENCIAL:

4.3.4.1. USO DE NORMAS DE BIOSEGURIDAD:

Las normas de bioseguridad están destinadas a reducir el riesgo de transmisión de microorganismos de fuentes reconocidas o no reconocidas de infección en servicios de salud que tenga contacto con sangre y fluidos corporales, debemos entender la bioseguridad como una doctrina de comportamiento encaminada a lograr actitudes y conductas que disminuyan el riesgo del trabajador de la salud de adquirir infecciones en el medio laboral. Compromete también a todas aquellas otras personas que se encuentran en el ambiente asistencial.⁵⁶

Las medidas deben involucrar a todos los pacientes de todos los servicios, independientemente de conocer su condición de salud. Todo el personal debe seguir las precauciones estándares rutinariamente para prevenir la exposición de la piel y de las membranas mucosas, en todas las situaciones que puedan dar

⁵⁵ <http://calidadensalud.minsalud.gov.co:81/Portals/0/ProtocoloLondres.png>

⁵⁶ J.M. Aranaz Seguridad del paciente y calidad asistencial 2011;26:331-2 - DOI: 10.1016/j.cali.2011.10.001 Editorial revista de calidad asistencial [internet] [citado 2016] disponible <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-seguridad-del-paciente-calidad-asistencial-S1134282X11001606?redirectNew=true>

origen a accidentes, estando o no previsto el contacto con sangre o cualquier otro fluido corporal del paciente. Estas precauciones, deben ser aplicadas para todas las personas, independientemente de presentar o no patologías.

4.3.4.2. TIEMPO DE EXPERIENCIA:

El desarrollo de actividades a través del tiempo garantiza una experiencia laboral donde se adquieren conocimientos y experiencias, en la realización de prácticas diarias. Llegando a adquirir un conjunto de actitudes y actitudes en el medio laboral requeridas para diferentes disciplinas. En el desarrollo de los procesos asistenciales de salud contar con experiencia en el campo laboral, garantiza la prestación de los servicios de salud.

El talento humano además de contar con experiencia laboral, debe tener una continua capacitación y actualización de los conocimientos, que le permitan actualizar sus capacidades de respuesta frente a la actividad profesional, y así garantizar la seguridad de los pacientes, en la atención en salud.

4.3.4.3. SEGUIMIENTO RUTA DEL MANEJO DE EVENTO ADVERSO:

La política de seguridad del paciente tiene como objetivo principal, buscar e identificar eventos adversos, para analizarlos y generar planes de acción para garantizar la seguridad del paciente. En cada institución prestadora de servicios de salud, una de las actividades encaminadas a la disminución de la ocurrencia de los eventos adversos, es el seguimientos de la ruta para el manejo de la seguridad del paciente, siendo esta una guía, que permite orientar a los prestadores de cuidados y servicios, el cómo actuar frente a una situación de riesgo; aspecto que posteriormente servirá de material de análisis de cauda efecto.

4.3.4.4. APLICACIÓN DE ACCIONES PREVENTIVAS DE EVENTO ADVERSO:

Los eventos adversos en salud sean prevenibles o no prevenibles, son analizados por herramientas que conllevan a la elaboración de acciones preventivas para la mitigación de la ocurrencia de los eventos adverso, y eliminar las causas que lo producen; y así gestionar los riesgos para la ocurrencia del evento adversos como actividad dentro de las políticas de seguridad del paciente. Una acción preventiva construye un sistema para identificar causas, conlleva a una evaluación para ver que se puede hacer para eliminar el problema y realiza un seguimiento para asegurarse que la medida haya sido eficaz; dando apoyo a la mejora continua en la gestión de la calidad de la prestación de servicios en salud.

4.3.5 PLAN DE MEJORA:

Acciones que se deben tomar frente a la identificación de hallazgos durante un estudio realizado el cual genera unas recomendaciones determinadas.

4.4. GLOSARIO DE TÉRMINOS

***Ambiente virtual:** es el medio en el cual se realizan simulaciones de actividades que encontramos en él, la vida cotidiana, esto lo hacemos con el propósito de llevarlas a un ambiente controlado y analizarlas con mayor profundidad.

***Antídoto:** es una Sustancia o medicamento que sirve para neutralizar o contrarrestar los efectos de un veneno o de un agente tóxico, se identifica la sustancia química causante de la intoxicación y se administra el antídoto adecuado.

***Auditoria:** Es una actividad continua y completa que permite la revisión de documentos, siempre que aquella tenga por objeto la emisión de un informe que pueda tener efectos frente a terceros.

***Autocontrol:** Es la capacidad o cualidad que puede tener una persona para ejercer control sobre sí mismo. Este puede tener lados positivos como negativos si es llevado a extremos.

***Autodeterminación:** Es la autonomía o independencia de una persona, un grupo, una comunidad. Al tener autodeterminación, se tiene la capacidad o facultad para tomar decisiones por cuenta propia, sin tener que pedir permiso o rendir cuentas.

***Calidad:** La calidad tiene que estar definida en términos de satisfacción del cliente, calidad es traducir las necesidades futuras de los usuarios en características medibles.

***Direccionamiento estratégico:** Es un instrumento metodológico que permite establecer logros esperados e indicadores para controlar e identificar los procesos dentro de una organización y que estos tengan concordancia con la misión, la visión, y los objetivos implementados por la misma.

***Disciplina:** Es la capacidad que puede ser desarrollada por cualquier persona y que implica poner en práctica una actuación ordenada y perseverante, en orden a obtener un bien o fin determinado.

***Dispositivos médicos:** Son productos destinados por el fabricante para el examen de muestras derivadas del cuerpo humano, usados solos o en combinación para el examen in vitro de muestras.

***Enfermería:** Es la atención autónoma a personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o no, y en todas circunstancias, que integra la promoción de la salud y la prevención de enfermedades.

***Entorno seguro:** Es aquel que satisface las necesidades básicas de una persona, que permite disminuir los factores de riesgo que se puedan presentar durante su atención.

***Epidemiología:** Es una rama de la medicina que estudia el desarrollo epidémico y la incidencia de las enfermedades e infecciones presentadas en algún momento a una población en sí.

***Estándares de calidad:** Es aquello que sirve como referencia, modelo o norma que reúne los requisitos mínimos en busca de la excelencia dentro de una organización institucional.

***Evento adverso:** Es el daño no intencionado o complicación que produce discapacidad al momento de la salida del paciente, la muerte, o una estancia hospitalaria prolongada, que es fruto del manejo médico más que debido al proceso patológico subyacente del paciente.

***Guías:** Son un conjunto de recomendaciones basadas en una revisión sistemática de la evidencia que se tenga frente un estudio, que orienta o dirige algo hacia un objetivo.

***Incidentes:** Es un acontecimiento no deseado, es el daño no intencionado a una persona ya sea en calidad de paciente operador o medio ambiente.

***IPS:** Institución Prestadora de Salud, desde la ley 100 se entiende a estas como los centros especializados, hospitales o clínicas que prestan el servicio de salud, independientemente de si pertenecen al Estado o a entidades privadas.

***Método hermenéutico dialéctico:** Significa expresar o enunciar un pensamiento, descifrar e interpretar un mensaje o texto. Es la ciencia y el arte de la interpretación.

***Morbilidad:** Es un concepto epidemiológico que muestra el porcentaje de personas que se ven afectadas por algún tipo de enfermedad en relación con la población.

***Mortalidad:** Es la cantidad de personas que mueren en un lugar y en un período de tiempo determinados en relación con el total de la población.

***Política de calidad:** Es un breve documento no mayor a una hoja que se integra en un manual de calidad y que demuestra el compromiso de la dirección de implantar un sistema de gestión de la calidad orientado a la atención del cliente y a la mejora continua.

***Protocolos:** Es un conjunto de recomendaciones establecidas para llevar a cabo un procedimiento, es el que describe el paso a paso de cómo desarrollarlo este es modificable.

***Protocolo de Londres:** es una metodología de análisis multicausal para investigar los eventos adversos centinela, permite identificar en cada caso cuales han sido los factores contribuyentes a la ocurrencia del evento adverso y encontrar las acciones que deben ser implementadas para favorecer el aprendizaje organizacional.

***Régimen subsidiado:** Clasificación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud de los individuos, y su núcleo familiar, que reciben los servicios gracias a una vinculación subsidiada con recursos fiscales o de solidaridad.

***Salud:** La salud es un estado completo de bienestar físico y mental, y no solamente la ausencia de enfermedades. OMS 1946

***Salud pública:** Es la disciplina encargada de la protección y mejora de la salud de los seres humanos. Tiene como objetivo mejorar la salud, con estrategias de promoción, prevención desde una perspectiva multidisciplinaria y colectiva.

***Seguridad del paciente:** Conjunto 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.

***Servicios de salud:** Según la constitución de 1991 son aquellos servicios garantizados por el Estado en el marco del derecho a la salud que incluyen la atención primaria, secundaria y terciaria, la prevención y la promoción de buenos hábitos saludables.

***Talento humano:** Es la capacidad de una persona que entiende y comprende de manera inteligente la forma de resolver en determinada ocupación, asumiendo sus habilidades, destrezas, experiencias y aptitudes propias.

***Tecnología:** Conjunto de conocimientos y técnicas que, aplicados de forma lógica y ordenada, permiten al ser humano modificar su entorno material o virtual para satisfacer sus necesidades.

***Visión:** Hace referencia a lo que la empresa quiere crear, es la imagen futura de una organización, esta es creada por la persona que dirige la misma, una vez se tiene establecida la visión todas las acciones de la organización se fijan a este punto.

4.5. NORMOGRAMA

CUADRO 2. 4.5. NORMOGRAMA

NORMA	FECHA	DESCRIPCIÓN
Constitución política	Dic -23 -1991	Asegura a los colombianos la vida, la convivencia, el trabajo, la justicia, la igualdad, el conocimiento, la libertad y la paz, dentro de un marco jurídico, democrático y participativo que garantice un orden político, económico y social justo, y comprometido a impulsar la integración de la comunidad latinoamericana, decreta, sanciona y promulga la siguiente. ⁽⁷⁴⁾
Ley 100	Dic -23 -1993	Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral en salud y se dictan otras disposiciones ⁽⁷⁵⁾
Decreto 2309	Oct-15-2002	Por el cual se define el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención de salud de sistema general de seguridad social en salud. ⁽⁷⁶⁾
Decreto 1011	Abril -06-2006	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. ⁽⁷⁷⁾

Política de Seguridad del Paciente	11 de junio de 2008	La seguridad del paciente es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención en salud o de mitigar sus consecuencias. ⁽⁷⁸⁾
Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente	Noviembre de 2008	Su objetivo es prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y de ser posible eliminar la ocurrencia de Eventos adversos para contar con instituciones seguras y competitivas internacionalmente. ⁽⁷⁹⁾
Paquetes Instruccionales de Seguridad de Paciente y la atención segura	04-12-2014	El presente paquete instruccional de la seguridad del paciente y la atención segura responde a ese propósito muestra los componentes fundamentales de todo programa institucional de seguridad del paciente y las actividades clínicas relacionadas; las cuales implementadas de manera sistémica, rigurosa y constante, deben llevar a la disminución, al mínimo posible de eventos adversos. ⁸²
Resolución 123	2012	Es un manual de estándares para la acreditación de

		instituciones prestadoras de servicios de salud presenta los lineamientos que guiarán el proceso de acreditación para las instituciones hospitalarias y ambulatorias en Colombia y los estándares de acreditación correspondientes. ⁸¹
Resolución 00002003	número 28 Mayo 2014	Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud. ⁸⁰

5. METODOLOGÍA

La investigación se realiza con el fin de identificar los conocimientos y prácticas que se tienen frente al evento adverso en el personal asistencial en el hospital San Juan de Dios de Cartago durante el primer trimestre del año 2017.

5.1 TIPO DE ESTUDIO

Investigación cuantitativa- descriptiva.

5.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

55 unidades funcionales pertenecientes a personal asistencial que incluye médicos generales, enfermeros jefes, auxiliares de enfermería, Instrumentadores quirúrgicos, bacteriólogas, auxiliares de laboratorio y Tecnólogos en Atención Prehospitalaria del hospital San Juan de dios de Cartago Valle durante primer trimestre del año 2017.

5.3. UNIDAD DE ANÁLISIS

Cada uno de los funcionarios asistenciales del hospital.

5.4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Cada uno de los profesionales de la salud que hagan parte de los procesos asistenciales en el Hospital San Juan de dios de Cartago Valle.
Todos los servicios del Hospital san Juan de Dios Cartago Valle, excepto el servicio de cirugía.

5.5 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

En esta investigación no se aplican criterios de exclusión

5.6. VARIABLES: Ver Anexo (a)

5.7 PLAN DE ANÁLISIS

Se Solicitó formalmente el permiso a la institución para realizar dicha investigación sobre los conocimientos de Evento adverso en el personal asistencial del Hospital San Juan de dios de Cartago

5.7.1 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Se diseñó una encuesta y lista de chequeo fundamentada en la operacionalización de variables, validada por prueba de expertos tanto al instrumento como al instructivo. Se asignó una calificación tanto al conocimiento como a las practicas sobre evento adverso de las unidades de análisis encuestadas de bueno- regular o malo; de acuerdo a lo identificado. Ver Anexo **(b)**.

5.7.2. VALIDEZ DE LOS INSTRUMENTOS

Prueba de validez realizada con expertos y prueba piloto. Ver Anexo **(c)**.

5.7.3 TABULACIÓN DE LOS DATOS

Se crea un formulario en EpiInfo 7.02 programa estadístico de uso básico en epidemiología.

5.7.4 ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

La información se analizará con estadística descriptiva, medidas de tendencia central y dispersión, pruebas estadísticas valor de P e intervalos de confianza al 95%.

5.8. PRESENTACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Los resultados se presentaran en cuadros con porcentajes de frecuencia, representación porcentual, valor p e intervalos de confianza al 95%,

5.9. COMPONENTE BIOÉTICO REVISIÓN DE LA RESOLUCIÓN 008430 DE 1993

En Fundamentación a la Resolución 8430 de 1993, el equipo investigador encontró que esta investigación tiene un riesgo inferior al mínimo, por ser una actividad académica se aplica consentimiento institucional. Ver anexo **(d)**. Y se aplicará consentimiento informado y entendido a cada unidad de análisis ver anexo **(e)**.

5.10. COMPROMISO MEDIOAMBIENTAL

El equipo investigador se compromete a responsabilizarse de las acciones medioambientales relacionadas con el estudio, hacer uso de la información en medio magnético y evitar en lo posible el uso de papel.

5.11. RESPONSABILIDAD SOCIAL

La responsabilidad social brindar a la comunidad donde vamos a trabajar los elementos teórico y práctico para mejorar la calidad del evento adverso lo que redundaría a la calidad de la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

5.12. POBLACIÓN BENEFICIADA

Personal asistencial, administrativo del Hospital San Juan de Dios Cartago y las estudiantes autoras de la presente investigación.

5.13. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

Tabla de Gantt con todas las actividades y presupuesto. Ver Anexo **(f)**

5.13.1. CRONOGRAMA DE TABLA DE GANTT Ver Anexo (g)

5.14.2. PRESUPUESTO Ver Anexo (h)

5.15. DIFUSIÓN DE RESULTADOS

Los resultados de la investigación serán entregados en medio magnético al gerente del Hospital San Juan de Dios Cartago Valle y serán socializados en un evento académico en el mes de marzo de 2017 en la fundación universitaria del área andina.

6. RESULTADOS

Se realizó un trabajo de investigación en el Hospital San Juan de Dios de Cartago con el personal asistencial, frente al conocimiento y las prácticas que se tienen en cuanto a evento Adverso; institución de mediana complejidad, que lleva prestando sus servicios hace un año a la población del norte del Valle.

6.1 ANÁLISIS UNIDIMENSIONAL

6.1.1 Variables socio demográficas.

CUADRO 3. DISTRIBUCIÓN DE LAS VARIABLES SOCIO DEMOGRÁFICAS EN LA POBLACIÓN ASISTENCIAL DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE CARTAGO VALLE, DE LA VIGENCIA DURANTE EL PRIMER TRIMESTRE 2017.

VARIABLE	CATEGORIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE%	IC95%
Genero	Femenino	40	80	66,28-9,97
	Masculino	10	20	10,03-3,72
TOTAL		50	100	
Edad	18 a 28 años	31	62	47,17-5,35
	29 a 39 años	12	24	13,06-8,17
	>39 años	7	14	5,82-26,74
TOTAL		50	100	
Unidad Funcional	Urgencias	26	52	37,42-6,34
	Hospitalización 1	10	20	10,03-3,72
	Hospitalización 2	5	10	3,33-21,81
	Cirugía	2	4	0,49-13,71
	Laboratorio	5	10	3,33-21,81
	Consulta externa	2	4	0,49-13,71
TOTAL		50	100	
Profesión	Médico General	6	12	4,53-24,31
	Enfermero	13	26	14,63-40,34
	Bacteriólogo	3	6	1,25-16,55
	Auxiliar de Enfermería	28	56	41,25-70,1
TOTAL		50	100	

Del personal asistencial que labora en el Hospital San Juan de Dios de Cartago, 4 de cada 5 trabajadores se identificaron dentro del género femenino, dicha población oscila entre los 18 y 28 años de edad, se logró identificar que un alto porcentaje de la población asistencial se encuentra asignada al servicio de urgencias siendo esta aproximadamente la mitad de la población encuestada, con una mínima representación en los servicios de consulta externa, cirugía y laboratorio. Considerando que el servicio de urgencias genera más demanda de talento humano por el flujo de pacientes, por lo cual, existe mayor riesgo de ocurrencia de eventos adversos.

En cuanto a la profesión que desempeña la población encuestada se evidencio un porcentaje mayor de auxiliares de enfermería distribuido en las diferentes unidades funcionales; contando con un profesional en enfermería por cada dos auxiliares de los que labora en cada servicio.

6.1.2. Establecer el conocimiento y prácticas del personal asistencial.

Cuadro 2. Distribución del conocimiento y prácticas en el personal asistencial, sobre eventos adversos en el Hospital San Juan de Dios de Cartago, de la vigencia primer trimestre del 2017.

CUADRO 4. DISTRIBUCIÓN DEL CONOCIMIENTO Y PRÁCTICAS EN EL PERSONAL ASISTENCIAL, SOBRE EVENTOS ADVERSOS EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE CARTAGO, DE LA VIGENCIA PRIMER TRIMESTRE DEL 2017.

VARIABLE	CATEGORIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE	IC95%
De acuerdo al programa de seguridad del paciente en el Hospital San Juan de Dios de Cartago, en su servicio las rondas de seguridad del paciente se deben realizar.	Una vez al mes	2	4	4,00-0,49
	Todos los días	48	96	100,0-8,29
TOTAL		50	100	
El comité de seguridad del paciente está conformado por.	El Gerente de la IPS o su representante quien será el que precederá el comité, un integrante del cuerpo médico, un integrante del grupo de enfermería quien actuara como secretario durante el comité, un profesional de auditoría en salud.	36	72	57,51-83,77
	Representante de los usuarios, trabajadora social y auxiliar de enfermería.	1	2	0,05-10,65
	Integrantes de todos los comités de la Institución.	13	26	14,63-0,34
TOTAL		50	100	

De acuerdo al protocolo de bioseguridad de la institución seleccione la aseveración correcta.	El tiempo de duración para el lavado de manos clínico es de 30 segundos.	17	34	21,21-48,77
	Higienización de manos entre paciente y paciente y lavado cada 5	33	66	51,23-78,79
TOTAL		50	100	
Cuáles son las tres características para definir un evento adverso	Atención en salud que de manera intencional produjo daño.	44	88	75,69-95,47
	Atención en salud que de manera no intencional produjo daño.	6	12	4,53-24,31
TOTAL		50	100	
Las causas más frecuentes relacionadas con la presentación de un evento adverso en una institución de salud son	Relacionadas con el ser humano.	37	74	59,66-85,37
	Relacionadas con la infraestructura.	1	2	0,05-10,65
	Relacionadas con la supervisión.	1	2	0,05-10,65
	Relacionadas con Decisiones y directrices organizacionales.	11	22	11,53-35,96
TOTAL		50	100	

Cuando usted identifica un evento adverso y no realiza dicho reporte, no lo hace por.	Talento humano necesario en los servicios, competencia laboral.	5	10	3,33-21,81
	Miedo ocasionado al cometer un error, generación de sanciones, ausencia de conocimientos necesarios sobre el programa de seguridad del paciente y no fomento de una cultura institucional.	35	70	55,39-82,14
	Comunicación asertiva y trabajo en equipo.	10	20	10,03-33,72
TOTAL		50	100	
El modelo que es utilizado en el Hospital San Juan de Dios de Cartago, para el análisis de evento adverso es.	Protocolo de Londres.	28	56	41,25-70,01
	PAME Institucional.	18	36	22,92-50,81
	Espina de Pescado.	1	2	0,05-10,65
	Lluvia de ideas	3	6	1,25-16,55
TOTAL		50	100	
Conoce usted la política de seguridad del paciente que tiene la institución.	SI	36	72	57,51-83,77
	NO	14	28	16,26-42,49
TOTAL		50	100	
Le ha sido socializada la política de seguridad del paciente.	SI	35	70	55,39-82,14
	NO	15	30	17,86-44,61
TOTAL		50	100	

Respecto al estudio de las principales prácticas seguras se identifica que el personal asistencial tiene conocimiento sobre la teoría de estas, demostrando adherencia en la práctica del lavado de manos como norma de bioseguridad que garantiza la seguridad del paciente y del personal asistencial, se encontraron resultados buenos, ya que la tercera parte de las unidades de análisis conoce sobre la realización de las rondas de seguridad, tienen claro quiénes son los integrantes del comité de seguridad del paciente, y que las causas más frecuentes de un evento adverso son relacionadas con el ser humano.

Se identificó que de cada 10 unidades de análisis a 7 le han socializado el protocolo y tienen conocimiento sobre la política de seguridad del paciente. Se encuentra un mal conocimiento de las características para que se presente un evento adverso ya que de cada 10 unidades de análisis 9 respondieron de forma incorrecta, demostrando que una séptima parte de la población aún tienen miedo de reportar los eventos adversos, y que la mitad de la población no tiene claro el modelo para el análisis del evento adverso en la institución.

6.1.3. Diseño de un plan de mejora según los hallazgos encontrados, Ver Anexo (i)

6.2 ANÁLISIS BIDIMENSIONAL

Cuadro 3. Cruce de las variables de mayor relevancia según el análisis bidimensional de los conocimientos y prácticas en el personal asistencial, sobre eventos adversos en el Hospital San Juan de Dios de Cartago, de la vigencia primer trimestre del 2017.

CUADRO 5. CRUCE DE LAS VARIABLES DE MAYOR RELEVANCIA SEGÚN EL ANÁLISIS BIDIMENSIONAL DE LOS CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS EN EL PERSONAL ASISTENCIAL, SOBRE EVENTOS ADVERSOS EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE CARTAGO, DE LA VIGENCIA PRIMER TRIMESTRE DEL 2017

Variable 1	Variable 2	Valor P
V1.1 Edad	V2.1 De acuerdo al programa de seguridad del paciente en el Hospital San Juan de Dios de Cartago, en su servicio las rondas de seguridad del paciente se deben realizar.	0,0017
V1.2 Unidad Funcional Profesión	V 2.2 De acuerdo al programa de seguridad del paciente en el Hospital San Juan de Dios de Cartago, en su servicio las rondas de seguridad del paciente se deben realizar.	0,0021
		0,0226

	V 2.3De acuerdo al protocolo de bioseguridad de la institución seleccione la aseveración correcta.	
	V2.4El modelo que es utilizado en el Hospital San Juan de Dios de Cartago, para el análisis de evento adverso es.	0,0003
	V2.5Conoce usted la política de seguridad del paciente que tiene la institución.	0,0084
	V2.6Le ha sido socializada la política de seguridad del paciente.	0,0274
	V2.7 El modelo que es utilizado en el Hospital San Juan de Dios de Cartago, para el análisis de evento adverso es.	0, 057
	V2.8 Conoce usted la política de seguridad del paciente que tiene la institución.	0,0409
	V2.9Le ha sido socializada la política de seguridad del paciente.	0,0064

Dentro del cruce de variables se encontró mayor relevancia, entre las variables: V1/V2.1, V.1.2/V2.3, V4, V5, V6, V7, V8, V9., entre las cuales se presume una posible relación estadística.

6.4 PRUEBAS ESTADÍSTICAS Y CONTROL DE SESGOS.

Se presentaron sesgos de información que se trató de controlar a través de auditoría del proceso de recolección y tabulación de datos. La prueba estadística aplicada fue el valor de p.

6.5. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En este estudio dirigido al personal asistencial del Hospital San Juan de Dios del Municipio de Cartago, para caracterizar la población demográficamente, evaluar el conocimiento y prácticas y establecer un plan de mejora según los hallazgos encontrados; el equipo investigativo arduamente, realizó una búsqueda y revisión

de literatura en las principales bases de datos científicas disponibles en la web, sobre el conocimiento y prácticas del personal asistencial en eventos adversos. Sin embargo se evidenció que es poca la literatura disponible en esta materia, lo que hace altamente importante la publicación de esta investigación.

En este trabajo el género predominante en el área asistencial encuestada fue el femenino, entre los 18 y 28 años de edad, con un porcentaje mayor de auxiliares de enfermería distribuido en las diferentes unidades funcionales, especialmente en el servicio de urgencias unido a otras profesiones asignadas a este servicio, similar al trabajo realizado en el hospital del Tambo, Departamento de Cauca sobre el conocimiento de los trabajadores en eventos adversos en donde en el área asistencial encuestada en el género femenino cuenta con un porcentaje de 56% y 44%, frente al rango de edad relevante fue de 27 a 32 años.⁽²⁴⁾

Se logró identificar que un alto porcentaje de la población asistencial se encontró asignada al servicio de urgencias siendo esta aproximadamente la mitad de la población encuestada, con una mínima representación en los servicios de consulta externa, cirugía y laboratorio. Considerando así, que el servicio de urgencias genera más demanda de talento humano por el flujo de pacientes, por lo cual, existe mayor riesgo de ocurrencia de eventos adversos; acertando con el estudio ENEAS-2005 (Estudio Nacional Ligado a las Hospitalizaciones. España), que un 9.8% de los eventos adversos del periodo pre hospitalario ocurren en el servicio de Urgencias, que posteriormente requieren de una hospitalización sin necesidad y donde una de las causas identificadas principales fue la ausencia de conocimiento sobre el evento adverso y falta de cultura del reporte.⁽²⁷⁾

Es relevante la importancia de contar con conocimiento actualizado frente al tema del evento adverso, teniendo en cuenta que el talento humano del hospital San Juan de Dios de Cartago, que tiene contacto directo con los usuarios en su mayor parte es el personal de enfermería con una representación de 82% frente a otras profesiones. La enfermería en especial es la mayor promotora que gestiona los riesgos de salud, es así como la primera enfermera Nightingale, en su diagrama de área polar, identifica condiciones no seguras en los hospitales y demuestra que una enfermera bien formada de manera sistemática y con conocimiento integral; puede llegar a garantizar un entorno más seguro para el desarrollo de atenciones en salud; por ende la enfermería es clave en la calidad de los servicios de salud de los pacientes en las instituciones de salud. Por otra parte, las experiencias de Florence Nightingale, afirman que se disminuyeron las tasas de mortalidad de los pacientes atendidos en el Barrack Hospital del 32% al 2%, ó las experiencias de Semmelweis en Viena con similares resultados. Aunque en ambos casos las altas tasas de mortalidad eran atribuibles a la atención en salud brindada, no encarnaban ninguna intención de hacer daño sino el desconocimiento de los eventos adversos y de la existencia de unos factores de riesgo; una vez

detectados e intervenidos, permiten incrementar la efectividad de la atención en salud.⁽²¹⁾

Relacionado con el conocimiento en cuanto al talento humano asistencial, de la institución, es regular principalmente frente al concepto de evento adverso y sus características representado en un 88%; lo cual se ve reflejado en el miedo a la cultura del reporte representado en un alto porcentaje de los profesionales en general 70%, concordando con la consulta realizada al informe español , sistemas de registro y notificación de incidentes y eventos adversos, realizado por el ministerio de sanidad y consumo; en donde identifican que aproximadamente el 95% de todos los eventos adversos no se documentan, es decir quedan ocultos, no sólo por la falta de la conciencia del error relacionado con el conocimiento adquirido, sino también de la buena voluntad para documentarlo y, sobre todo, del clima de la organización y de la confianza que hayan transmitido los líderes para entender la notificación como una oportunidad para mejorar la seguridad y no como un mecanismo para la culpabilizarían o la punición.⁽⁸⁾ Es por lo tanto responsable del fomento de una buena cultura de seguridad del paciente, la alta gerencia de la institución, creando estrategias que motiven al reporte voluntario garantizando así, el análisis de los eventos adversos y sus respectivas acciones de mejoramiento; acciones que contemplen la actualización y la capacitación continua del personal asistencial.

La cultura de seguridad del paciente, apunta al mejoramiento de la calidad de atención en salud, haciendo parte de la política de seguridad del paciente, que cada institución de salud implementa, según lo evaluado e identificado por los investigadores a través de los instrumentos aplicados como: (lista de Chequeo y encuesta), se consideró bueno que el 70% del personal identificara la política de seguridad del paciente y se adhieran a los protocolos que garantizan la atención segura; lo que demuestra que la institución cuenta con talento humano necesario e idóneo para garantizar el cumplimiento de la política de seguridad del paciente, que apoya esta política y la implementa como estrategia para la garantía de la atención en salud con calidad. En este sentido, cobra importancia la reflexión permanente sobre el conocimiento, valores, normas, actitudes y aptitudes como un entramado de factores requeridos para el logro de la excelencia en el ejercicio de la profesión y que lleva implícito el hacer el bien y evitar el error, como lo reconocemos en la revisión del artículo Seguridad de los pacientes. Un compromiso de todos para un cuidado de calidad, autora: Elizabeth Villarreal Cantillo.⁽²⁵⁾

Para tener un referente con respecto a la implementación de la política de seguridad del paciente en la institución investigada, se conformó un grupo focal integrado por: gerente, subdirector administrativo, coordinadores entre otros. Personal encargado de velar por el cumplimiento y aplicabilidad de la política de seguridad del paciente; se observó el alto compromiso por parte del área administrativa en la alta gerencia frente a este tema; pues ven la política de

seguridad como indicador de calidad de la atención en salud, así como también, consideran que es una prioridad dentro de la plataforma estratégica.

Demuestran apoyo desde sus experticias, relatan con claridad como cada uno aporta dentro de esta política por medio de capacitaciones, adquisición de elementos de bioseguridad, incentivos al talento humano para la generación del reporte que conlleva a la elaboración de planes de mejora, se da educación al usuario sobre derechos y deberes. Esto demuestra lo importante que es la política en la institución siendo ya este un pilar para la adherencia del personal del hospital. Se resalta la importancia de involucrar a los usuarios, permitiendo que conozcan la política, además de ello que se les informe cuando son parte de un evento adverso como derecho en salud. Todo paciente que sufre un evento adverso al igual que sus familiares tienen derecho a saber qué, cómo, cuándo, por qué ocurrió y el plan de acción que se adopta para evitar que este se repita; similar con lo revisado en el artículo Algo no estamos haciendo bien cuando informamos a los/las pacientes tras un evento adverso, autor José Joaquín Mira, Susana Lorenzo; que resalta esta acción como una estrategia de mejoramiento de la prestación de los servicios de salud.⁽³¹⁾

Este grupo focal fue de gran importancia y aporte a esta investigación, reconociendo que no es ajena para ellos la seguridad del paciente y que en cierta forma se considera vital generar una cultura de aprendizaje no punitiva y centrada en la mejora continua.

En el sistema de registro y notificación de incidentes y eventos adversos de los países europeos se demuestra que han ocurrido entre 48.000 y 90.000 muertes por un incidente adverso en el mundo ⁽⁸⁾y en Colombia la mortalidad asociada a los eventos adversos es cercana al 6%; que la incidencia de eventos adversos en los hospitales estudiados fue del 4.6%. Ésta fue mayor en las especialidades quirúrgicas, con un 6.2%, seguida por medicina interna, con cerca de 3.5%. Aproximadamente, el 60% de los eventos detectados eran prevenibles publicada en el periódico de la universidad nacional de Colombia

El hospital San Juan de Dios de Cartago, por medio de este estudio adquiere una herramienta para implementar acciones de mejora, fortalecer las actitudes, aptitudes de ser, saber y ser, de su talento humano frente la ocurrencia de eventos adversos, lo cual dinamizará la política de seguridad del paciente como acción de mejoramiento de la calidad en salud, además la institución podrá presentar indicadores positivos frente al tema; evidenciándose una cultura de seguridad en la atención.

Durante la realización de este proyecto se encontró las limitantes en el personal asistencial que labora en el servicio de cirugía ya que fueron discrepantes a la hora de conocer el objetivo de la encuesta, hay barreras en lo que respecta a la toma de decisión de hacer las cosas, ya que estas son tomadas solo con el visto bueno de coordinadora de servicio, lo que genera que cualquier entidad externa que realice estudios de investigación a fin de establecer acciones de mejora para la institución se verán expuestos a sesgos en la información recolectada. Los logros encontrados en la institución es que esta cuenta con un comité de seguridad del paciente lo que genera cultura en el personal asistencial, afianzando cada día sus conocimientos frente al tema.

El grupo investigador, logro asumir nuevos retos en cuanto a creatividad, de análisis, escritos en los resultados de su experiencia investigativa, argumentar hipótesis y enfrentar el reto de proponer procesos de manera más analítica y razonadamente, lo que permite que este proyecto sirva como herramienta a otro grupo investigador, para involucrar a los usuarios en el ámbito de la política de seguridad del paciente dado a que pocos estudios en Colombia permiten ser referenciados.

7. CONCLUSIONES

El equipo investigador pudo concluir:

- El género predominante fue el sexo femenino, la edad más relevante oscila entre los 18 y 28 años de edad respectivamente.
- El servicio de urgencias contiene la mayor asignación de talento humano, predominando los auxiliares de enfermería.
- El conocimiento en cuanto a eventos adversos del personal de salud, fue relativamente regular.
- El personal asistencial tienen claro que hay una política de seguridad del paciente implementada en la institución,
- En cuanto a las prácticas del personal asistencial; aplicando la lista de chequeo se evidenció adherencia a los protocolos establecidos por la institución.
- Los integrantes del grupo focal de la alta gerencia de la institución, demuestran interés por la implementación de la política de seguridad del paciente.
- Se observó que la no el reporte de eventos adversos son indicador de la calidad en la atención en salud.
- El conocimiento en el personal asistencial es regular principalmente frente al concepto de evento adverso, sus características identificación y cultura de reporte de eventos adversos.

8. RECOMENDACIONES

Las investigadoras recomiendan a:

- A la alta Gerencia del Hospital San Juan de Dios de Cartago Valle.
- Realizar capacitaciones y evaluaciones periódicas al personal de la salud en cuanto a conocimientos sobre el Eventos Adversos y la política de seguridad del paciente.
- Implementar estrategias que pueden emplearse para disminuir la aparición de eventos adversos como prevenir la aparición del error.
- Reconocer los errores es el primer paso para cambiar y organizar sistemas de atención más seguros.
- La mayor oportunidad para el mejoramiento se encuentra en centrarse en la organización del sistema de salud en vez de las características de los individuos pues la responsabilidad es de todos.
- Se deben promover diferentes estrategias y actividades internas para mejorar los conocimientos sobre el evento adverso.
- Brindar confianza y ética profesional en el momento de un reporte de eventos adversos.
- Diseñar un cronograma continuo de capacitación y actualización al talento humano, estimular el reporte oportuno y análisis de eventos adversos e intervenciones en riesgos específicos.
- Crear cultura de seguridad del paciente involucrando a los usuarios, ofreciendo educación sobre la política fortaleciendo el auto cuidado dentro de la estancia hospitalaria, permitiendo así garantizar la calidad del servicio.

BIBLIOGRAFIA.

1. http://www.who.int/patientsafety/information_centre/documents/ps_research_brochure_es.pdf
2. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/RESULTADOS%20ESTUDIO%20IBEAS.pdf>
3. <http://historico.unperiodico.unal.edu.co/ediciones/110/10.html>
4. <http://www.umariana.edu.co/ojs-editorial/index.php/unimar/article/viewFile/191/168>
5. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/CONCEPTO%20196186-2010%20GLOSAS%20POR%20EVENTO%20ADVERSO.pdf
6. <http://repositorio.ucm.edu.co:8080/jspui/bitstream/handle/10839/642/Viviana%20Garzon%20Rodriguez.pdf?sequence=1>
7. [file:///C:/Users/valeria/Downloads/DialnetCausasDeQuejasYPosiblesEventosAdversosEnAdultosMay-3393103%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/valeria/Downloads/DialnetCausasDeQuejasYPosiblesEventosAdversosEnAdultosMay-3393103%20(1).pdf)
8. <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opscsp3.pdf>
9. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia-buenas-practicas-seguridad-paciente.pdf>
10. <http://www.bdigital.unal.edu.co/40185/1/539472.2014.pdf>
11. <http://www.seguridaddelpaciente.es/es/proyectos/participacion-internacional/ibeas/>
12. https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/LINEAMIENTOS_IMPLEMENTACION_POLITICA_SEGURIDAD_DEL_PACIENTE.pdf
13. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Evaluar-frecuencia-eventos-adversos.pdf>
14. http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1137-66272003000300002&script=sci_arttext&tlng=pt
15. <http://www.hospitaldesanjuanededios.org.co/>
16. http://www.ciudadregion.com/cartago/hospital-san-juan-dios-cartago-abre-sus-puertas-febrero_1453377152

17. www.google.com.co/search?q=FOTOGRAFIA+DEL+HOSPITAL+SANJUAN+D+E+DIOS+CARTAGO&espv=2&biw=1360&bih=654&tbm=isch&tbo=u&source=univ&sa=X&ved=0ahUKEwip0Nqwj6nNAhWIKCYKHZzbCgYQsAQIGQ#imgrc=w4te7oskdplh2M%3A
18. <file:///C:/Users/APS/Downloads/4429-6709-1-PB.pdf>
19. <http://www.dgdi-conamed.salud.gob.mx/ojs-named/index.php/revconamed/article/view/300>
20. http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03192011000100003&script=sci_artte
21. <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v15n1/v15n1a13.pdf>
22. http://www.who.int/patientsafety/research/ibeas_report_es.pdf
23. <http://www.visitaodontologica.co/ARCHIVOS/ARCHIVOS-NORMAS/SEGURIDAD%20DEL%20PACIENTE/D%20ESTUDIO%20IBEAS%20Y%20LA%20PSP.pdf>
24. http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03192006000300007&script=sci_arttext
24. <http://repository.ean.edu.co/bitstream/handle/10882/535/anaconamaria2011.pdf?sequence=1>
25. <http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v23n1/v23n1a11.pdf>
26. http://www.scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S021056912011000100002&script=sci_arttext&tlng=e
27. http://www.noble-arp.com/src/img_up/28072010.1.pdf
28. http://scholar.googleusercontent.com/scholar?q=cache:57Ym9vFSF_wJ:scholar.google.com/+importacia+de+conocer+sobre+eventos+adversos+seguridad+OR+d+el+OR+paciente&hl=es&as_sdt=0,5
29. [file:///C:/Users/valeria/Downloads/Dialnet-CausasDeQuejasYPosiblesEventosAdversosEnAdultosMay-3393103%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/valeria/Downloads/Dialnet-CausasDeQuejasYPosiblesEventosAdversosEnAdultosMay-3393103%20(1).pdf)
30. <https://www.google.com.co/search?q=INCIDENCIA+DE+EVENTOS+ADVERSOS+EN+EL+REUSO+DE+DISPOSITIVOS+MEDICOS&og=INCIDENCIA+DE+EVENTOS+ADVERSOS+EN+EL+REUSO+DE+DISPOSITIVOS+MEDICOS&aqs=chrome..69j57.431j0j7&sourceid=chrome&ie=UTF-8>
31. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911115000709>
32. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972014000300002
33. <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v10n2/v10n2a02.pdf>
34. <https://apuntesdedemografia.com/2010/07/04/edad-exacta-y-edad-cumplida/>
35. <http://www.cholonautas.edu.pe/modulo/upload/jelincap6.pdf>

36. <http://revistas.pucp.edu.pe/index.php/debatesensociologia/article/viewFile/6680/6784>
37. [http://www.lauragonzalez.com/TC/El genero en disputa Buttler.pdf](http://www.lauragonzalez.com/TC/El%20genero%20en%20disputa%20Buttler.pdf)
38. <http://deconceptos.com/ciencias-naturales/edad>
39. <http://www.wordreference.com/definicion/edad>
40. <https://apuntesdedemografia.com/2010/07/04/edad-exacta-y-edad-cumplida/>
41. <http://conceptodefinicion.de/disciplina/>
42. <http://www.pensarlopensado.com/2012/05/la-profesion-y-la-disciplina-en-la.html>
43. <http://www.monografias.com/trabajos97/seleccion-personal-asistencial-sector-privado-servicios-salud/seleccion-personal-asistencial-sector-privado-servicios-salud.shtml#ixzz4BaO1Fw00>
44. <http://www.revistas.usb.edu.co/index.php/GuillermoOckham/article/view/487>
45. http://www.who.int/topics/patient_safety/es/
46. [https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/LINEAMIENTOS IMPLEMENTACION POLITICA SEGURIDAD DEL PACIENTE.pdf](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/LINEAMIENTOS%20IMPLEMENTACION%20POLITICA%20SEGURIDAD%20DEL%20PACIENTE.pdf)
47. <http://historico.unperiodico.unal.edu.co/ediciones/110/10.html>
[https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/LINEAMIENTOS IMPLEMENTACION POLITICA SEGURIDAD DEL PACIENTE.pdf](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/LINEAMIENTOS%20IMPLEMENTACION%20POLITICA%20SEGURIDAD%20DEL%20PACIENTE.pdf)
48. <http://www.mapfre.es/salud/es/cinformativo/reacciones-alergicas-farmacos-edicamentos.shtml>
<https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/enfermeria/ve-43/enfermeria4301-quiamedicamentos/#sthash.5pRXTqNf.dpuf>
<http://www.icf.uab.cat/pem/docs/cap8.pdf>
49. <https://www.invima.gov.co/images/pdf/tecnovigilancia/reporte-incidente/FOREIA001.pdf>
<http://www.scielo.org.co/pdf/cm/v36n2/v36n2a10.pdf>
50. <http://www.cqh.org.co/imagenes/calidad1.pdf>
51. <http://www.cqh.org.co/imagenes/calidad1.pdf>
52. http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf
53. <http://www.who.int/patientsafety/research/Sesion4.pdf>
file:///C:/Users/APS/Downloads/Dialnet-IncidenciaDeEventosAdversosAsociadosADispositivosM-3409636%20(3).pdf
54. <https://williamcastro.files.wordpress.com/2015/04/queso-suizo1.jpg>
55. <http://calidadensalud.minsalud.gov.co:81/Portals/0/ProtocoloLondres.png>
56. <http://boyaca.gov.co/SecSalud/images/Documentos/LINEAMIENTOS%20SEGURIDAD%20DEL%20PACIENTE.pdf>

57. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/1/Gu%C3%ADa%20T%C3%A9cnica%20de%20Buenas%20Pr%C3%A1cticas%20en%20Seguridad%20del%20Paciente.PDF>

58. <http://escuela.med.puc.cl/recursos/recepidem/epiDesc2.htm>
<http://temasdeenfermeria.com.ar/2012/03/estudios-de-incidencia-en-investigacion-epidemiologica/>
<http://www.scielosp.org/pdf/spm/v42n2/2383.p>

59. http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662005000300010&script=sci_arttext

60. http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S0325-00752004000500014&script=sci_arttext

61. http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0121-45002011000200015&script=sci_abstract

62. http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-71992007001200010&script=sci_arttext&tlng=pt

63. <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-seguridad-del-paciente-calidad-asistencial-90038278>

64. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972014000300002

65. http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1137-66272012000100003&script=sci_arttext&tlng=pt

66. http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1137-66272015000200004&script=sci_arttext

67. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911115000709>

68. http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412013000100013&script=sci_arttext&tlng=pt

69. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412014000200010

70. http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752004000500014

71. [TIVOS+MEDICOS&aq=INCIDENCIA+DE+EVENTOS+ADVERSOS+EN+EL+REUSO+DE+DISPOSITIVOS+MEDICOS&aqs=chrome..69i57.431j0j7&sourceid=chrome&ie=UTF-8](http://www.tivosmedicos.com/?q=INCIDENCIA+DE+EVENTOS+ADVERSOS+EN+EL+REUSO+DE+DISPOSITIVOS+MEDICOS&aqs=chrome..69i57.431j0j7&sourceid=chrome&ie=UTF-8)

72. <file:///C:/Users/PC/Downloads/Dialnet-CausasDeQuejasYPosiblesEventosAdversosEnAdultosMay393103.pdf>

73. <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v10n2/v10n2a02.pdf>

74. http://www.procuraduria.gov.co/guiamp/media/file/Macroproceso%20Disciplinario/Constitucion_Politica_de_Colombia.htm

75. <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=5248>

76. http://www.saludcolombia.com/actual/htmlnormas/Dec2309_02.htm

77. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%202003%20de%202014.pdf

78. <https://www.minsalud.gov.co/salud/PServicios/Paginas/Seguridad-del-Paciente.aspx>

79. https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/LINEAMIENTOS_IMPLEMENTACION_POLITICA_SEGURIDAD_DEL_PACIENTE.pdf

80. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%202003%20de%202014.pdf

81. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/manual-acreditacion-salud-ambulatorio-hospitalario.pdf>

82. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia-buenas-practicas-seguridad-paciente.pdf>

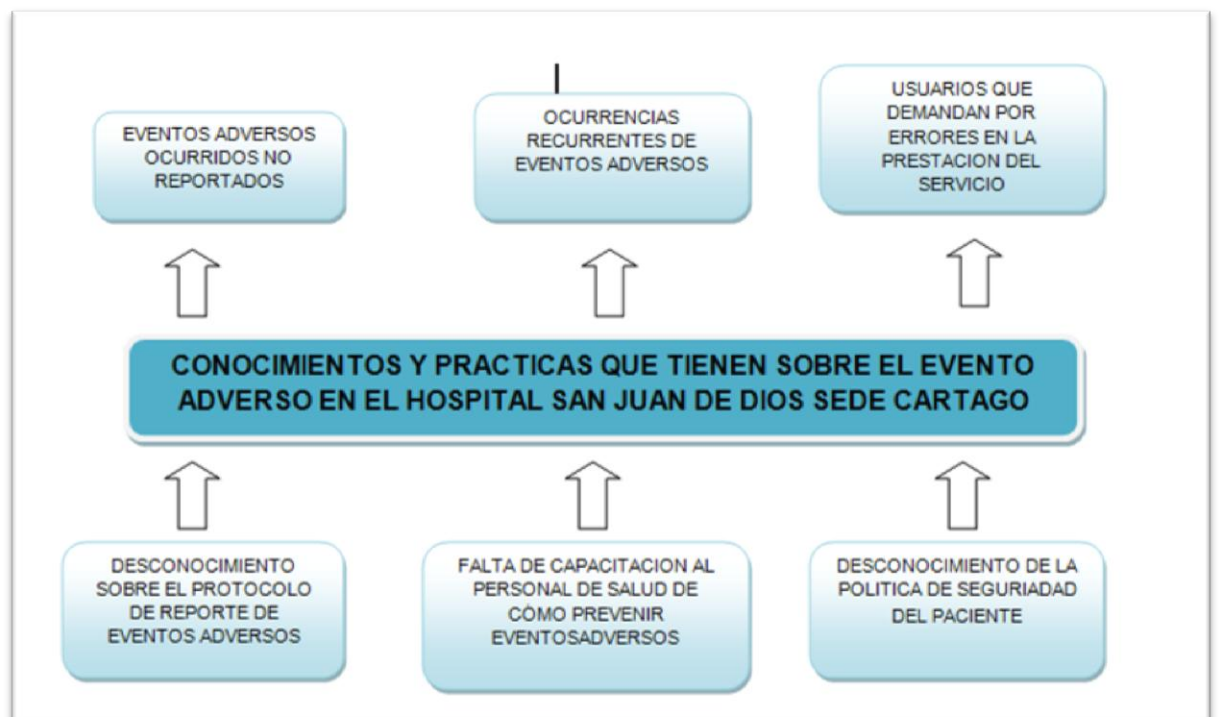
ANEXOS

1. Anexo (a) 2. VARIABLES

ANEXO 1 (A) VARIABLES

Variables	Definición	Nivel de medición	Fuente	Indicador	Pregunta
Genero		Nominal	primaria	%x genero	Masculino-femenino?
Edad	Edad cronológica tiempo transcurrido desde el evento de nacimiento o de la persona hasta el momento de su constatación	ordinal	Primaria	%x edad	Edad??
Unidad funcional o servicio		Nominal	Primaria	% x área	Servicio??
Médicos		Nominal	Primaria	% x medico	
Enfermeros		Nominal	Primaria	% x enfermeros	
Bacteriólogos		Nominal	Primaria	% x Bacteriólogo	
Auxiliares de Enfermería.		Nominal	Primaria	% x Auxiliar de Enfermería	
Seguridad del paciente		Nominal	Primaria	Frecuencia del conocimiento.	
Evento Adverso		Nominal	Primaria	Frecuencia del conocimiento.	
Reacciones Adversas		Nominal	primaria	Frecuencia del conocimiento.	
Reporte del EA		Nominal	Primaria	Frecuencia del conocimiento.	
Clase de EA		Nominal	Primaria	Frecuencia del	

				conocimiento.	
Causa del EA		Nominal	Primaria	Frecuencia del conocimiento.	
Conformación del Comité de Seguridad Del Paciente		Nominal	Primaria	Frecuencia del conocimiento.	
Factores predisponentes al EV del Personal Asistencial		nominal	Primaria	Frecuencia del conocimiento.	
Análisis de EA		Nominal	Primaria	Frecuencia del conocimiento.	
Uso de Normas de Bioseguridad		Nominal	Primaria		
Tiempo de Experiencia		Nominal	Primaria	Frecuencia del conocimiento.	
Seguimiento Ruta del manejo de EA		Nominal	Primaria	Frecuencia del conocimiento.	
Aplicación de Acciones Preventivas de EA		Nominal	Primaria	Frecuencia del conocimiento.	
				Frecuencia del conocimiento.	



2. Anexo (b) Instrumento

ANEXO 2 (B) INSTRUMENTO

Encuestado # <input type="text"/>	FECHA <input type="text"/>	HORA <input type="text"/>
--------------------------------------	-------------------------------	------------------------------

Por favor conteste el presente cuestionario según su criterio:

1- Marque con una x el género al que pertenece: <input type="radio"/> FEMENINO <input type="radio"/> MASCULINO <input type="radio"/> OTRO GÉNERO	2- Marque con una x su edad entre los siguientes rangos: <input type="radio"/> 18- 28 Años <input type="radio"/> 29-39 Años <input type="radio"/> >39 Años
--	---

3- Marque con una x la unidad funcional donde realiza sus funciones: <input type="radio"/> Urgencias: <input type="radio"/> Cirugía: <input type="radio"/> Hospitalización 1: <input type="radio"/> Laboratorio: <input type="radio"/> Hospitalización 2: <input type="radio"/> Consulta externa:	4- Marque con una x el cargo que desempeña en el hospital San Juan de Dios de Cartago: <input type="radio"/> Médico Especialista <input type="radio"/> Médico General <input type="radio"/> Enfermero <input type="radio"/> Instrumentador Quirúrgico <input type="radio"/> Bacteriólogo <input type="radio"/> Auxiliar de Enfermería
--	--

Señale la respuesta correcta:

5- hacen parte de las principales prácticas seguras en el programa de seguridad del paciente del hospital San Juan De Dios de Cartago: <input type="radio"/> a- Ubicar al paciente en cualquier habitación de los servicios. <input type="radio"/> b- Reutilizar insumos médicos y cambiar catéter venoso cada 8 días. <input type="radio"/> c- Ingresar 3 acompañantes por paciente e ingresar alimentos a cualquier hora del día. <input type="radio"/> d- Lavar Manos administrar medicamentos de forma segura identificar de manera adecuada a los pacientes barandas Elevadas.

6- De acuerdo al programa de seguridad del paciente en el Hospital San Juan de Dios de Cartago, en su servicio las rondas de seguridad del paciente se deben realizar: <input type="radio"/> a- Una vez al mes: <input type="radio"/> b- Todos los días: <input type="radio"/> c- Cada 15 días: <input type="radio"/> d- No se realizan:

7- El comité de seguridad del paciente está conformado por: <input type="radio"/> a- El Gerente de la IPS o su representante un integrante del cuerpo médico un integrante del grupo de enfermería y un auditor en salud. <input type="radio"/> b- Alcalde Municipal Secretaria de salud un médico y una enfermera: <input type="radio"/> c- Representante de los usuarios trabajadora social y auxiliar de enfermería <input type="radio"/> d- Integrantes de todos los comités de la institución
--

8- De acuerdo al protocolo de bioseguridad de la institución seleccione la aseveración correcta: <input type="radio"/> a- El tiempo de duración para el lavado de manos clínico es de 30 segundos. <input type="radio"/> b- Para el correcto de lavado de manos se puede usar reloj de pulsera. <input type="radio"/> c- Se debe hacer lavado de manos solo al ingreso y egreso de la institución. <input type="radio"/> d- Higienización de manos entre paciente y paciente y lavado cada 5.

9- Cúles son las tres características para definir un evento adverso:

- a- Atención en salud que de manera intencional produjo daño.
- b- Atención en salud que de manera no intencional produjo daño.
- c- Atención en salud que de manera no intencional no produjo daño.

10- Las causas más frecuentes relacionadas con la presentación de un evento adverso en una institución de salud son:

- a- Relacionadas con el ser humano.
- b- Relacionadas con la infraestructura.
- c- Relacionadas con la supervisión.
- d- Relacionadas con Decisiones y directrices organizacionales.

11- Cuando usted identifica un evento adverso y no realiza dicho reporte, no lo hace por:

- a- Talento humano idóneo cultura organizacional y apoyo gerencial.
- b- Talento humano necesario en los servicios competencia laboral.
- c- Miedo ocasionado al cometer un error generación de sanciones ausencia de conocimientos sobre seguridad del paciente.
- d- Comunicación asertiva y trabajo en equipo.

12- El modelo que es utilizado en el Hospital San Juan de Dios de Cartago, para el análisis de evento adverso es:

- a- Protocolo de Londres.
- b- PAME Institucional.
- c- Espina de Pescado.
- d- Lluvia de ideas.

13- Conoce usted la política de seguridad del paciente que tiene la institución?

- SI
- NO

14- Le ha sido socializada la política de seguridad del paciente?

- SI
- NO

3. Anexo (c)
Prueba piloto
ANEXO 3(c) PRUEBA PILOTO

**CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS QUE TIENE EL PERSONAL ASISTENCIAL
SOBRE EVENTOS ADVERSOS HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS
CARTAGO VALLE
PRIMER TRIMESTRE DE 2017**

Encuestado # FECHA HORA

Por favor conteste el presente cuestionario según su criterio:

1- Marque con una x el género al que pertenece:
 FEMENINO MASCULONO
 OTRO GÉNERO

2- Marque con una x su edad entre los siguientes rangos:
 18- 28 Años 29-39 Años >39 Años

3- Marque con una x la unidad funcional donde realiza sus funciones:
 Urgencias: Cirugía:
 Hospitalización 1: Laboratorio:
 Hospitalización 2: Consulta externa:

4- Marque con una x el cargo que desempeña en el hospital San Juan de Dios de Cartago.
 Médico Especialista Médico General
 Enfermero Instrumentador Quirúrgico
 Bacteriólogo Auxiliar de Enfermería

Señale la respuesta correcta.

5- Hacen parte de las principales prácticas seguras en el programa de seguridad del paciente del Hospital San Juan De Dios de Cartago:
 a- Ubicar al paciente en cualquier habitación de los servicios.
 b- Reutilizar insumos médicos y cambiar catéter venoso cada 8 días.
 c- Ingresar 3 acompañantes por paciente e ingresar alimentos a cualquier hora del día.
 d- Lavar Manos administrar medicamentos de forma segura identificar de manera adecuada a los pacientes barandas Elevadas.

6- De acuerdo al programa de seguridad del paciente en el Hospital San Juan de Dios de Cartago, en su servicio las rondas de seguridad del paciente se deben realizar:
 a- Una vez al mes: b- Todos los días: c- Cada 15 días: d- No se realizan:

7- El comité de seguridad del paciente está conformado por:
 a- El Gerente de la IPS o su representante un integrante del cuerpo médico un integrante del grupo de enfermería y un auditor en salud.
 b- Alcalde Municipal Secretaria de salud un médico y una enfermera:
 c- Representante de los usuarios trabajadora social y auxiliar de enfermería
 d- integrantes de todos los comités de la Institución

8- De acuerdo al protocolo de bioseguridad de la institución seleccione la aseveración correcta.
 a- El tiempo de duración para el lavado de manos clínico es de 30 segundos.
 b- Para el correcto de lavado de manos se puede usar reloj de pulsera.
 c- Se debe hacer lavado de manos solo al ingreso y egreso de la Institución.
 d- Higienización de manos entre paciente y paciente y lavado cada 5.

9. Cuáles son las tres características para definir un evento adverso:

- a- Atención en salud que de manera intencional produjo daño.
- b- Atención en salud que de manera no intencional produjo daño.
- c- Atención en salud que de manera no intencional no produjo daño.

10- Las causas más frecuentes relacionadas con la presentación de un evento adverso en una institución de salud son:

- a- Relacionadas con el ser humano.
- b- Relacionadas con la infraestructura.
- c- Relacionadas con la supervisión.
- d- Relacionadas con Decisiones y directrices organizacionales.

11- Cuando usted identifica un evento adverso y no realiza dicho reporte, no lo hace por:

- a- Talento humano idóneo cultura organizacional y apoyo gerencial.
- b- Talento humano necesario en los servicios competencia laboral.
- c- Miedo ocasionado al cometer un error generación de sanciones ausencia de conocimientos sobre seguridad del paciente.
- d- Comunicación asertiva y trabajo en equipo.

12- El modelo que es utilizado en el Hospital San Juan de Dios de Cartago, para el análisis de evento adverso es:

- a- Protocolo de Londres.
- b- PAME Institucional.
- c- Espina de Pescado.
- d- Lluvia de Ideas.

13- Conoce usted la política de seguridad del paciente que tiene la institución?

- SI
- NO

14- Le ha sido socializada la política de seguridad del paciente?

- SI
- NO

4. Anexo (d)
Consentimiento institucional

ANEXO 4 (D) CONSENTIMIENTO INSTITUCIONAL

Cartago, junio 13 de 2016

Doctora:
Carmen Inés Quijano Del Gordo
Directora de Centro de Posgrados
Facultad de Ciencias de la salud
AREANDINA



Cordial saludo,

Autorizo a, Lady Gissela Obando Galvis que actualmente labora en esta institución como enfermera profesional y sus compañeras de estudio de investigación, las estudiantes Jheny Lorena Franco Martínez, Gloria Celina Céspedes Castro, de la Especialización de Auditoría en Salud para que elaboren, trabajen y presenten su proyecto de grado dirigido en esta institución sobre "Conocimientos y prácticas que tienen los empleados de la salud sobre el evento adverso en el Hospital San Juan de Dios Cartago".

Como resultado del trabajo las estudiantes entregarán a esta institución en medio magnética y sustentada los resultados de la investigación y así mismo proponiendo un plan de mejora según los resultados que arroje la investigación.

Es de aclarar que la información extraída de esta institución es solo con fines **netamente académicos.**



Doctora
Constanza Zapata
Coordinadora
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS
Cartago-Valle del Cauca

5. Anexo (e)
Consentimiento informado

ANEXO 5 (E) CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO

INSTITUCIÓN: *FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA SECCIONAL PEREIRA*

PROGRAMA: *POSGRADO DE AUDITORIA EN SALUD*

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN: *CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS DEL PERSONAL ASISTENCIAL SOBRE EVENTOS ADVERSOS EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS, CARTAGO VALLE. PRIMER TRIMESTRE 2017.*

Nuestros planes de investigación fueron resumidos previamente por el estudiante. Los resultados de nuestra investigación serán gravados en un programa de dominio público diseñado por el Centro para el Control de Enfermedades de Atlanta (CDC) de especial utilidad para la Salud Pública, es un sistema fácil para construir bases de datos, analizarlos con las estadísticas de uso básico en epidemiología y representarlos con gráficos y mapas. Los resultados serán publicados a la institución educativa antes mencionada garantizando que la identificación de los participantes no aparecerá en esta publicación. Es posible que en el futuro los resultados de nuestro estudio sean utilizados para otras investigaciones cuyos objetivos y propósitos no aparecen especificados en el formato de consentimiento que Usted firmará. Si esto llega a suceder, toda su información será entregada de manera codificada para garantizar que no se revelará su nombre. Es decir, su identificación no saldrá fuera de la base de datos codificada de nuestro grupo de investigación.

Yo _____, con documento de identidad C.C. _____ T.I. _____ otro _____ cual _____ No. _____, certifico que he sido informado(a) con la claridad y veracidad debida respecto al ejercicio académico que el estudiante _____ me ha invitado a participar; que actúo consecuente, libre y voluntariamente como colaborador, contribuyendo a este estudio de forma activa, que estoy de acuerdo en autorizar que la información de los resultados sea utilizada en otras investigaciones a futuro.

Soy conocedor(a) de la autonomía suficiente que poseo para retirarme u oponerme al ejercicio académico, cuando lo estime conveniente y sin necesidad de justificación alguna, que no se trata de una intervención con fines punitivos, que se respetara la buena fe, la confiabilidad e intimidad de la información por mí suministrada.

Nombre _____ Firma _____
Cedula de ciudadanía _____

6. Anexo (f) – (g)
Tabla de gant
Cronograma de gant

ANEXO 6 (F-G) CRONOGRAMA Y TABLA DE GANT

ACTIVIDADES	INICIO	FIN	MARZO											ABRIL				MAYO		JUNIO		
			19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	2	3	4	5	12	14	16	28	29	6
CONFORMACION DE EQUIPO INVESTIGATIVO	19/03/2016	19/03/2016	■																			
ELECCION DEL TEMA A INVESTIGAR	19/03/2016	19/03/2016	■																			
ELECCION DE LA INSTITUCION A INVESTIGAR	19/03/2016	19/03/2016	■																			
ELABORACION DEL ESTADO DEL ARTE	20/03/2016	28/03/2016		■	■	■	■	■	■	■	■											
CREACION DEL GRUPO EN LA NUBE	22/03/2016	23/03/2016			■	■																
FORMULACION DEL PROBLEMA	2/04/2016	2/04/2016									■											
JUSTIFICACION, OBJETIVOS, ARBOL DE PROBLEMAS, DISEÑO DE INVESTIGACION	2/04/2016	5/04/2016									■	■	■									
MARCO REFERENCIAL	6/04/2016	6/06/2016													■	■	■	■	■	■	■	
SOLICITUD DEL PERMISO	12/05/2016	12/05/2016																	■			
PRESENTACION DEL ANTEPROYECTO	18/06/2016	18/06/2016																				■

7. Anexo (h)
Presupuesto

ANEXO 7 (H) PRESUPUESTO

Ítem	Unidad	Valor unitario	cantidad	Aportes		Total
				FUA	Investigadores	
Talento humano Asesores (2)	Hora asesoría	45000	10	900000	0	900000
Investigadores (3)	hora	7000	120		2520000	2520000
Recursos logísticos (3)	Viáticos día	50000	6		900000	900000
Computador(3) Biblioteca (3)	Hora	1500	100		450000	450000
Biblioteca (3)	HORA	2000	60	120000		120000
Cds (2)	Cd	1000	2		6000	6000
						4896000

ILUSTRACIÓN 1. 8. ANEXO (I) DISEÑO PLAN DE MEJORA

PLAN DE MEJORA							
Hallazgos	Objetivo	Actividad	Tareas	Responsable	Tiempos		Puntos de control
					Inicio	Final	
Ausencia de conocimientos en definición de evento adverso y el modelo establecido para análisis del mismo.	Fortalecer los conocimientos en el personal asistencial, sobre evento adverso y el modelo establecido por la institución para análisis del mismo; para el fomento de una cultura personal por garantizar la seguridad del paciente.	Capacitación y actualización periódica al personal asistencial de temas relacionados con el evento adverso y política de seguridad del paciente.	Elaboración de cronograma anual de capacitaciones. Evaluaciones periódicas al personal asistencial en conocimientos del evento adverso y política de seguridad del paciente.	Coordinador del comité de seguridad del paciente	21-03-2017	07 -04-2017	Comité de seguridad del paciente.
Miedo al reporte de eventos adversos con el agravante de posibles sanciones	Mejorar la oportunidad en el reporte con el fin de analizar, identificar fallas y ejercer acciones tendientes a mejorar la calidad y seguridad de la atención en salud. Fortalecer la oportunidad en los tiempos de respuesta al reporte con el fin de compartir el aprendizaje al interior e incluso al exterior de la organización, lo que permite un impacto para el mejoramiento de la calidad en salud. Generar indicadores de eventos adversos, que propicien acciones de correctivas.	Incentivar al talento humano para promover y fortalecer una cultura de reporte de eventos adversos en el formato establecido por la institución.	Programa de capacitación continuada de forma lúdica. (lugar diferente al sitio de trabajo) Actividades grupales en la identificación de eventos adversos por casos clínicos con socialización de los mismos. Socialización de flujo grama de como reportar un evento adverso y a quién dirigirlo.	Gerente de la Institución y Coordinador del Comité de Seguridad del Paciente.	01 -04-2017	05 -05-2017.	Comité de seguridad del paciente. Subdirector administrativo de la Institución
Ausencia de conocimientos en usuarios y cuidadores en el tema de auto cuidado, deberes y derechos.	Fortalecer los programas de educación dirigidos al usuario, familia y cuidadores, con temas de seguridad del paciente propiciando auto cuidado. Socialización de derechos y deberes, con el fin de propiciar un ambiente de confidencialidad y confianza.	Educación al paciente y su familia a través de folletos, cartillas, proyección televisiva en salas de espera y habitaciones relacionadas con la cultura del auto cuidado.	Elaboración de folletos y cartillas acerca de la cultura del auto cuidado, deberes y derechos del usuario. Educación televisiva.	Gerente de la Institución y Coordinador del Comité de Seguridad del Paciente.	01-04-2017	30 -06-2017	Comité de seguridad del paciente. Subdirector administrativo de la Institución

