

POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ESE NORTE 2, CALOTO, CAUCA SEGÚN PROTOCOLO DE LONDRES

Carmen Luisa Betancur Pulgarín¹, Yudi Nathalia Angulo Ante², Yaqueline Churi Antero³, Luis Gabriel Murillo Micolta⁴, Mónica Roció Romero Carvajal⁵

¹Magister en Enfermería, Especialista en Epidemiología, especialista en docencia universitaria enfermera, docente asociada Fundación Universitaria Del Área Andina, Pereira, Centro de Posgrados, investigadora asociada Colciencias 2017-19. cbetancur@areandina.edu.co, Id Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-3977-222X>

²Enfermera, estudiante de especialización de auditoría en instituciones de salud Fundación Universitaria Del Área Andina Pereira, yangulo5@estudiantes.areandina.edu.co, Id Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-8436-1855>

³Enfermera, estudiante de especialización de auditoría en instituciones de salud Fundación Universitaria Del Área Andina Pereira, ychuri@estudiantes.areandina.edu.co, Id Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-8460-8299>

⁴Enfermera, estudiante de especialización de auditoría en instituciones de salud Fundación Universitaria Del Área Andina Pereira, lmurillo@estudiantes.areandina.edu.co, Id Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-3831-4262>

⁵Enfermera, estudiante de especialización de auditoría en instituciones de salud Fundación Universitaria Del Área Andina Pereira, moromero3@estudiantes.areandina.edu.co, Id Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-4012-0579>

Resumen: el objetivo del presente estudio, es Identificar la adherencia del personal de salud de la institución ESE NORTE 2, CALOTO, CAUCA, en la aplicación del protocolo de Londres, referente a la política de seguridad del paciente, donde se realizó una investigación cuantitativa, observacional, descriptiva mediante un censo a los 92 funcionarios de la institución por medio de una encuesta diseñada para medir la adherencia al protocolo, toda la información se tabulo en el programa Epiinfo 7,2 y se presentó mediante estadística descriptiva, los resultados de este estudio arrojaron que la población está compuesta por un 60% de mujeres auxiliares de enfermería con más de un año de antigüedad y que se cumple parcialmente con el protocolo, donde se encontró que solo se reporta el 52% de los eventos adversos, lográndose concluir que no existe una cultura de la seguridad del paciente definida, lo que genera que no se documente los eventos adversos.

Palabras clave: Según la base de datos MeSH y DeCS, se seleccionaron las palabras, Evento adverso, Evento adverso prevenible, Evento adverso no prevenible, Protocolo de Londres, Política de seguridad del paciente, Plan de mejoramiento, Seguridad del paciente.

Abstract: he objective of this study is to identify the adherence of the health personnel of the ESE NORTE 2, CALOTO, CAUCA institution, in the application of the London protocol, referring to the patient safety policy, where a quantitative, observational research was carried out , descriptive through a census of the 92 officials of the institution through a survey designed to measure adherence to the protocol, all the information was tabulated in the Epiinfo version 7.2 and presented by descriptive statistics, the results of this study showed that the population is composed of 60% of female auxiliary nurses with more than one year old and that is partially complied with the protocol, where it was found that only 52% of the adverse events are reported, being able to conclude that the there is a defined patient safety culture, which means that adverse events are not documented.

Key words: According to the MeSH and DeCS database, the words, Adverse Event, Preventable Adverse Event, Unpreventable Adverse Event, London Protocol, Patient Safety Policy, Improvement Plan, Patient Safety were selected.

Introducción

La atención en salud con el paso del tiempo se ha convertido en un acto complejo y de mucha atención, el cual además de suministrarle a usuarios un tratamiento adecuado a sus problemas de salud, representan un riesgo latente ya que se puede causar un daño involuntario a este, por razones obvias, desde el año 2002 la organización mundial de la salud (OMS), solicitó en la Resolución WHA55.18, a los Estados Miembros a que prestaran la mayor atención posible al problema de la seguridad del paciente (1). Siendo dicha dificultad un atenuante que con el paso del tiempo se ha venido convirtiendo en una problemática de salud pública que impacta directamente en la calidad de la atención de los usuarios de los servicios de salud y de la caída de sus indicadores.

Dicha Alianza Mundial, que tiene por objeto coordinar, difundir y acelerar la mejora de la seguridad del paciente en todo el mundo, es un medio que propicia la colaboración internacional y la adopción de medidas entre los Estados Miembros, la Secretaría de la OMS, los expertos técnicos y los consumidores, los profesionales y los grupos industriales (2). Diferentes estudios realizados en nuestro país en diferentes niveles asistenciales, como el Estudio ENEAS, el Estudio Nacional sobre Efectos Adversos ligados a la Hospitalización (3) y el Estudio sobre Seguridad de los Pacientes en Atención Primaria de Salud (APEAS) (4), han cuantificado la importancia de estos efectos.

Se han encontrado diferentes investigaciones en relación con la seguridad del paciente, donde se halla la realizada por Villareal (5), en los países tercermundista y en los que tienen economía de transición existen pruebas de que la probabilidad en la aparición de eventos adversos son ocasionados por el mal estado de la infraestructura, de los equipos, la calidad de los medicamentos y la irregularidad en el suministro, la deficiencia en la eliminación de desechos y en el control de las infecciones, la deficiente actuación del personal por falta de

motivación o conocimientos insuficientes y por la falta grave de recursos para cubrir los costos de funcionamiento esencial.

También en el año 2011 Blandón, Gómez, Muñoz y Zafra (6), realizaron un proceso de auditoría en seguridad del paciente desde el análisis del reporte de evento adverso en el hospital Francisco Luís Jiménez Martínez de Carepa (Antioquia, donde se evidenciaron falencias en el cumplimiento de los procesos relacionados con la prevención de los eventos y donde se propusieron actividades de mejora con el fin de minimizar y prevenir la recurrencia de los eventos resaltando la sensibilización de todo el personal priorizando los que laboran en el servicio de urgencias sobre eventos adversos además de elaborar planes de mejoramiento en cuanto al control de condiciones peligrosas en el ambiente físico.

En el 2013 se llevó a cabo una investigación sobre cultura de seguridad y eventos adversos en una clínica de primer nivel (7), esta muestra la prevalencia de eventos adversos en el personal de enfermería, donde los principales errores fue la falta de comunicación y técnicas de mala aplicación de medicamentos en el personal de enfermería lo cual afecta a los pacientes en un 29.9% produciendo un evento adverso. Además, en el 2014 Meléndez Concepción, Garza, González, Castillo, González y Hernández (8), realizaron una investigación sobre la percepción del personal de enfermería hacia la cultura de seguridad en un hospital pediátrico en México, donde la edad media de los encuestados fue de 49 años, el 91% fueron mujeres y el 70% son enfermeras generales. El personal de enfermería considera que las fortalezas con que se cuenta en el hospital son pocas y que faltan muchas cosas para garantizar la seguridad del paciente.

En el año 2015, Poma Vanessa (9) desarrolló una investigación con fines de contribuir en el mejoramiento de la calidad y seguridad en la atención a pacientes del servicio de Medicina interna del hospital Eugenio espejo en la ciudad de Quito, para lo cual se realizó un paralelo entre la realidad evidenciada en el servicio y los estándares de calidad nacional e internacional de estructura de procesos y resultados donde se pudo establecer que la institución no cumplía con los criterios específicos en los referentes a estructura y resultados comparado con estándares internacionales, por lo cual se hizo énfasis en la cultura de seguridad de los usuarios internos así como de los pacientes como eje fundamental para el mejoramiento continuo. Revelando no solo las falencias de la institución sino la responsabilidad de los colaboradores de la institución.

Por otro lado, en el estudio IBEAS, Colombia específicamente mostró una prevalencia de eventos adversos del 13,1%, el 27.3% de los eventos se presentaron en menores de 15 años y el 27.7% se presentaron durante la realización de un procedimiento (10) y donde se ha venido estimando por la OMS bajo sus estudios que uno de cada diez pacientes hospitalizados sufre un incidente que le provocará daño durante su estancia. Esta cifra, estudiada en países con economías medias y altas, no se conoce aún en países con economías emergentes, pero se piensa que en estos la magnitud del problema puede ser aún mayor (11). Lo cual permite demostrar que en términos generales

la salud en Colombia está atravesando una etapa difícil en cuanto a términos en calidad se refiere.

Por su parte la ESE NORTE 2 ubicada en el municipio de CALOTO, departamento del CAUCA, es una empresa social del estado que brinda atención en salud de baja complejidad alrededor de 7.000 personas que habitan el municipio. Esta institución como empresa que presta servicios de salud en la actualidad se ha encontrado que no se está aplicando el protocolo de seguridad del paciente establecido por el Ministerio de salud y protección social bajo los lineamientos de la política de seguridad del paciente en la Resolución 0112 del 2012. Sumado a esto, los profesionales de la salud por razones desconocidas no aplican el protocolo de Londres y en general no ejercen las funciones de inspección, vigilancia y control con el fin de brindar los reportes de manera oportuna, para tomar las acciones correctivas y de mejora pertinentes para mitigar los eventos adversos que cada vez se hacen más evidentes.

El objetivo de la presente investigación es identificar la adherencia del personal de salud de la institución de salud de la ESE NORTE 2, CALOTO, CAUCA, durante el primer trimestre del 2019, en la aplicación del protocolo de Londres, referente a la política de seguridad del paciente, para proponer un plan de mejoramiento de acuerdo con los resultados obtenidos. En este sentido es de vital importancia la aplicación del protocolo de Londres en la política de seguridad del paciente en la institución de salud ESE NORTE 2, con el fin de impactar en el mejoramiento de la calidad de la atención en salud como herramienta sistemática, para una mejora continua definida en el sistema obligatorio de garantía de calidad, aumentando su calidad de servicio convirtiéndola en una entidad competitiva.

En Colombia, el Ministerio de Salud y Protección Social (12), define la seguridad del paciente como el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias. Bajo el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la atención en salud el país a Través de sus componentes busca e impulsa una Política de Seguridad del paciente cuyo objetivo es prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y de ser posible eliminar la ocurrencia de eventos adversos para contar con instituciones seguras y competitivas internacionalmente (13).

Adicional a esto, la Resolución 2003 de 2014 (14), se dicta el diseño de procesos y procedimientos enfocados hacia la promoción de una atención en salud segura, la identificación de los riesgos en la atención en salud brindada a los pacientes en los diferentes servicios, su priorización e intervención, la definición de procesos asistenciales seguros, la educación a los pacientes y sus familias en el conocimiento y abordaje de los factores que pueden incidir en mejorar la seguridad de los procesos de atención de que son sujetos, la aplicación de las practicas seguras obligatorias, el reporte, medición, análisis y gestión de los eventos adversos.

Más que un concepto, es un movimiento que surge en el ámbito mundial como un replanteamiento de la efectividad de los sistemas de salud en los diferentes países. Los sistemas de salud y en especial los profesionales que lo integran, sin lugar a duda tiene como objetivo el bienestar de los pacientes, sin embargo, a pesar de sus buenas intenciones también pueden causar daño (15). La efectividad de los sistemas de salud entonces depende no solamente del impacto causado por el mejoramiento de la salud de los usuarios sino también de las condiciones de seguridad en que se preste la atención, esa es la razón de ser de la política de seguridad del paciente: prestar una atención segura y efectiva. De acuerdo con el Ministerio de acción social (16) se toman los lineamientos del protocolo de Londres bajo los principios orientadores de la política con el fin de alcanzar el propósito de establecer una atención segura, va más allá del establecimiento de normas; estas son solamente el marco de referencia. Es necesario el compromiso y la cooperación de los diferentes actores para sensibilizar, promover, concertar, y coordinar acciones que realmente alcancen logros efectivos. Los problemas de seguridad del paciente son inherentes a la atención en salud. Para el efecto resulta relevante establecer unos principios transversales que orienten todas las acciones a implementar.

La seguridad del paciente se presenta como un pilar fundamental dentro del protocolo de seguridad del paciente es la Seguridad de este, la cual es definida como el conjunto de estructuras o procesos organizacionales que reducen la probabilidad de eventos adversos resultantes de la exposición al sistema de atención médica a lo largo de procedimientos o enfermedades (17). De esta forma, la seguridad del paciente forma parte de todo un conjunto de requerimientos legales, los cuales deben ser acatados a cabalidad por los profesionales en salud, lo cuales garantizan que el paciente esté prevenido ante algún riesgo presente en los servicios médicos.

En este sentido y bajo el Protocolo de Londres en la política de la seguridad del paciente, de acuerdo con el Ministerio de acción social (18) se toman los lineamientos del protocolo de Londres. Los principios orientadores de la política: alcanzar el propósito de establecer una atención segura, va más allá del establecimiento de normas; estas son solamente el marco de referencia. Es necesario el compromiso y la cooperación de los diferentes actores para sensibilizar, promover, concertar, y coordinar acciones que realmente alcancen logros efectivos. Los problemas de seguridad del paciente son inherentes a la atención en salud. Para el efecto resulta relevante establecer unos principios transversales que orienten todas las acciones a implementar. (19) Estos principios son:

1. Enfoque de atención centrado en el usuario. Significa que lo importante son los resultados obtenidos en él y su seguridad, lo cual es el eje alrededor del cual giran todas las acciones de seguridad del paciente.
2. Cultura de Seguridad. El ambiente de despliegue de las acciones de seguridad del paciente debe darse en un entorno de confidencialidad y de confianza entre pacientes, profesionales, aseguradores y la comunidad. Es deber de los

diferentes actores del sistema facilitar las condiciones que permitan dicho ambiente.

3. Integración con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. La política de seguridad del paciente es parte integral del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, y es transversal a todos sus componentes.

4. Multicausalidad. El problema de la seguridad del paciente es un problema sistémico y multicausal en el cual deben involucrarse las diferentes áreas organizacionales y los diferentes actores (20).

Bajo el modelo conceptual y definiciones básicas de la política de seguridad del paciente la siguiente figura muestra de manera pictórica el modelo conceptual en el cual se basa la terminología utilizada en este documento, y a continuación se incluyen las definiciones relacionadas con los diferentes ítems planteados y utilizados en la política de seguridad del paciente del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la atención en salud. Integra la terminología internacional con las especificidades de los requerimientos terminológicos identificados en el país (21).

Los métodos utilizados fueron diseñados pensando en promover un ambiente de apertura que contrastan con los tradicionales basados en señalamientos personales y asignación de culpa. Este protocolo cubre el proceso de investigación, análisis y recomendaciones. No sobra insistir en que la metodología propuesta tiene que desligarse, hasta donde sea posible, de procedimientos disciplinarios y de aquellos diseñados para enfrentar el mal desempeño individual permanente. En salud, con mucha frecuencia cuando algo sale mal los jefes tienden a sobre dimensionar la contribución de uno o dos individuos y a asignarles la culpa de lo ocurrido (22).

Esto no quiere decir que la inculpación no pueda existir, lo que significa es que esta no debe ser el punto de partida, entre otras cosas porque la asignación inmediata de culpa distorsiona y dificulta una posterior investigación seria y reflexiva. Reducir efectivamente los riesgos implica tener en cuenta todos los factores, cambiar el ambiente y lidiar con las fallas por acción u omisión de las personas. Esto jamás es posible en una organización cuya cultura antepone las consideraciones disciplinarias. Para que la investigación de incidentes sea fructífera es necesario que se realice en un ambiente abierto y justo (22).

Por su parte el modelo organizacional de causalidad de incidentes clínicos se soporta bajo la teoría del protocolo y sus aplicaciones se basa en investigaciones realizadas fuera del campo de la salud. En aviación y en las industrias del petróleo y nuclear, la investigación de accidentes es una rutina establecida. Los especialistas en seguridad han desarrollado una gran variedad de métodos de análisis, algunos de los cuales han sido adaptados para uso en contextos clínico – asistenciales (23).

De esta manera suben la necesidad de realizar la investigación y análisis de incidentes (errores o eventos adversos), lo cuales se refieren al proceso básico

de investigación y análisis está bastante estandarizado. Fue diseñado pensando en que sea útil y pueda usarse tanto en incidentes menores, como en eventos adversos graves. No cambia si lo ejecuta una persona o un equipo grande de expertos. De igual manera, el investigador (persona o equipo) puede decidir qué tan rápido lo recorre, desde una sesión corta hasta una investigación completa que puede tomar varias semanas, que incluya examen profundo de la cronología de los hechos, de las acciones inseguras y de los factores contributivos. La decisión acerca de lo extenso y profundo de la investigación depende de la gravedad del incidente, de los recursos disponibles y del potencial aprendizaje institucional (24).

Y donde bajo el modelo Reason de causalidad (modelo de queso suizo), perteneciente a los modelos de solución e identificación de problemas, este funciona para identificar qué aspectos o decisiones de la organización pueden haber sido un factor condicionante en un accidente y cómo la organización puede aprender de un accidente, perfeccionando sus defensas en un ciclo de mejora continua (25, 26). También llamado modelo de queso suizo, el cual fue planteado con el fin de analizar las posibles causas que desarrollan riesgos potenciales. El modelo compara las causas de riesgo con capas de queso suizo, en donde para que se genere una acción se requieren de varias fallas para llegar a este, ya que, si hay alguna barrera, indudablemente esa causa potencial no permitirá que se convierta en daño. Habla de cuatro factores que contribuyen con el alcance del daño: formación insuficiente, comunicación deficiente, falta de supervisión, aparato inadecuado (27).

En el tema de la seguridad, las causas identificadas se han agrupado de diferentes maneras (causas organizacionales, de equipos, de insumos, de personas, etc.), y específicamente en el tema de la seguridad del paciente. En el Reino Unido, se desarrolló un modelo organizacional de causalidad de errores y eventos adversos (Organizational Accident Causation Model), en el contexto del denominado Protocolo de Londres. O “Systems Analysis of Clinical Incidents – The London Protocol” (28,29). Dentro de las posibles soluciones la espina de pescado formulado por Ishikawa quien era químico industrial y administrador de empresas como respuesta a la necesidad de implementar la calidad en los procesos empresariales. Por medio de su propuesta es fácil observar la relación entre la causa y efecto. Menciona seis componentes que llevan a la problemática los cuales son: mano de obra, material, método, maquina, medidora y medio ambiente (30).

Materiales y Métodos

La presente Investigación es cuantitativa, observacional, descriptiva y en la cual se realizó un censo a los 92 funcionarios de la institución E.S.E NORTE 2, CALOTO, CAUCA, bajo los criterios de inclusión; ser trabajador vinculado laboralmente mediante contrato laboral de la institución, Contar con el consentimiento institucional de la empresa, Contar con el consentimiento informado y entendido con cada una de las unidades de análisis y donde no se contemplan criterios de exclusión. Se tuvieron en cuenta variables de estudio

como, características sociodemográficas, variables de conocimientos y variables de mejoramiento.

El plan de análisis de la presente investigación contó con la recolección de información mediante una encuesta creada por los investigadores y revisada por cuatro expertos en la materia, para la tabulación de los datos, los investigadores crearon un instrumento para obtener una base de datos en el programa Epiinfo 7.2, y en el cual se realizó el análisis de resultados con estadística descriptiva. El componente bioético estuvo alineado de acuerdo con la resolución 008430 de 1993 y la 0314 de 2018 la cual regula las responsabilidades éticas en investigación en humanos e instituciones de salud, teniendo en cuenta que, la investigación tiene un riesgo inferior al mínimo contando con consentimiento institucional.

Resultados

Cuadro 2. Frecuencia de variables demográficas del personal de salud de la ESE NORTE 2, CALOTO CAUCA en el primer semestre del 2019

Variable	Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Género	Femenino	61	66%
	Masculino	31	34%
Nivel educativo	Técnico	67	73%
	Profesional	14	15%
	De Apoyo	6	7%
	Otros	5	5%
Antigüedad	Menor De Un Año	29	32%
	Mayor De Un Año	63	68%
Cargo que desempeña	Médico	4	4%
	Enfermero	6	7%
	Odontólogo	3	3%
	Auxiliar Enfermería	64	70%
	Otro	15	16%

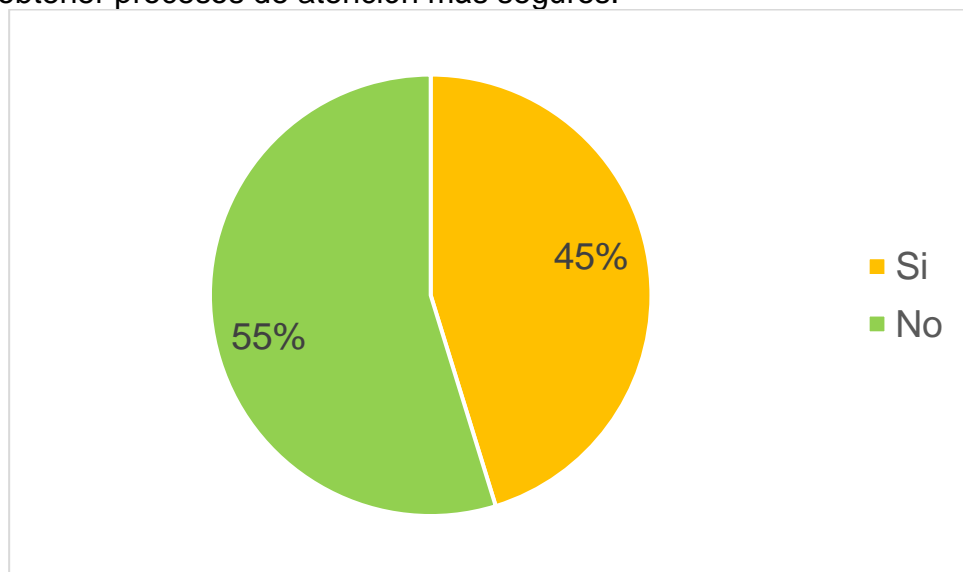
Luego de realizar la tabulación de la información recolectada, en el software anteriormente nombrado, se encontró que demográficamente el género femenino representa más de la mitad de la población, siendo en su mayoría personas con un nivel académico técnico, las cuales llevan más de un año de permanencia en la ESE, y de las cuales tres de cada cuatro son auxiliares de enfermería, lo que representa una población capacitada en labores técnicas ligadas al día a día en la ESE, contando con una experiencia de más de un año dentro de dicha institución en tres de cada cuatro funcionarios, por otro lado se

observa que solo una de cada once de la población son enfermeras, las cuales están a cargo de la coordinación de estos auxiliares y son las garantes de la realización adecuada de todos los protocolos dentro de la institución.

Para la Frecuencia de respuesta según definición de eventos adversos según el protocolo de Londres, se logra justificar que la totalidad de la población encuestada, tiene claro el concepto acerca de la definición de eventos adversos bajo normativa vigente, lo cual demuestra que la ESE realiza un acompañamiento adecuado en cuanto a la adquisición de los conocimientos referente a las definiciones de la terminología usada dentro de sus instalaciones, que permite que todos sus colaboradores se encuentren en una misma sintonía, evitando problemas de comunicación en cuanto a terminología técnica se refiere y conocimiento de las leyes y resoluciones del ministerio de salud que definen bajo fallo presidencial la concepción de estas.

Para el conocimiento del modelo de protocolo de Londres para el reporte de eventos adversos, se tiene que los funcionarios una de cada cinco presenta desconocimiento del protocolo, lo que puede generar fallas en la práctica de este, ya sea por la falta de capacitación e inducción o reconocimiento y omisión lo que genera un riesgo latente tanto en términos de calidad del servicio prestado como en la atención que se le brinda al paciente colocando en riesgo su integridad. Además para la frecuencia en cuanto a las capacitaciones realizadas al personal por parte de la institución en protocolos que garanticen la seguridad del paciente, existe un grupo de personas que no han recibido la capacitación en el protocolo de seguridad del paciente, lo que se presenta como una falla administrativa por parte de la institución y del área encargada de realizar las capacitaciones a los colaboradores, siendo un atenuante que refleja lo evidenciado en la figura 3, donde una de cada once restante a omitido las capacitaciones brindadas por la ESE, generando problemas que comprometan directamente a los pacientes y su seguridad.

Se encontró que la institución cuenta con el programa de seguridad del paciente para obtener procesos de atención más seguros.



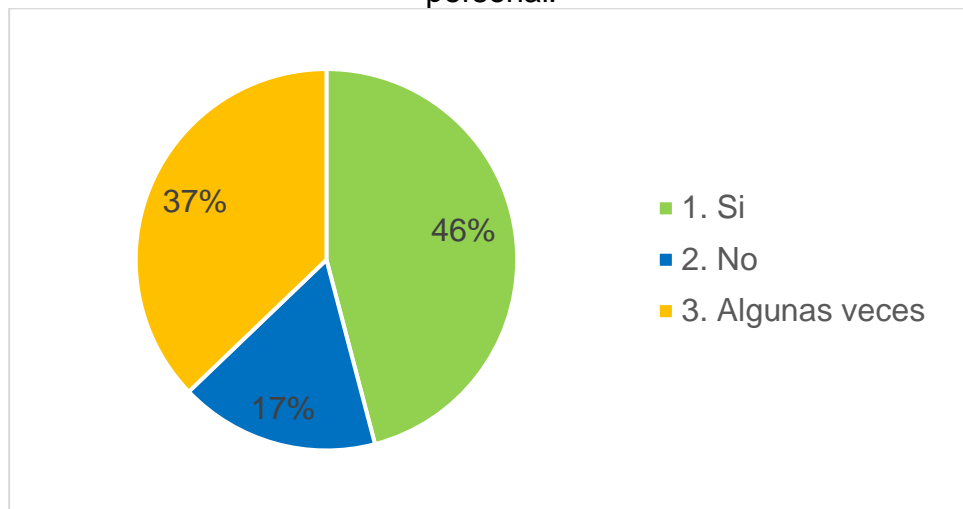
Menos de la mitad de los encuestados reconoce que la institución cuenta con el programa de seguridad del paciente en cuanto la obtención de procesos de atención más seguros, siendo esta cantidad menor que la mitad de los funcionarios encuestados, lo que describe un desconocimiento total de este por más de la mitad de estos, lo que genera un panorama crítico dado que el desconocimiento es contraproducente, dada la naturaleza de la ESE, demostrando así que hace falta más socialización de la documentación que posee la institución, así como las capacitaciones y la documentación de los programas.

Para la pregunta ¿Cuándo ocurre un evento adverso cuál es la persona encargada de apoyar en el reporte de un evento adverso?, según el protocolo establecido, se encontró que la persona encargada de apoyar el reporte de un evento adverso, está destinada a garantizar la calidad de la atención en salud y servir como puente para generar una solución al evento presentado, en este sentido no existe consenso, dado el desconocimiento del protocolo y la poca socialización de este tanto por parte del área administrativa como por el mismo personal asistencial, donde más de la mitad de los funcionarios tiene pleno conocimiento de quien es la persona encargada de realizar el acompañamiento y brindar el apoyo si es necesario cuando se presenta un evento adverso.

De igual forma dentro del conocimiento de cuál es el funcionario encargado de realizar el reporte del evento adverso según el protocolo establecido se describe que dentro del reporte del evento adverso, la inmediatez en la realización de este, tiene su incidencia dentro del sistema de calidad y del protocolo de seguridad del paciente, por tal motivo la persona que detecta el evento adverso debe de realizarlo en un plazo corto de tiempo cuando se detecta, en este sentido más de la mitad de los encuestados, conocen quien debe realizarlo, con lo cual se puede afirmar que algunos de estos buscan desligarse de sus funciones o bien no tiene conocimiento del protocolo y del paso a paso a seguir cuando se presenta un evento de estos, buscando la manera de aligerar su carga de trabajo.

La frecuencia de respuesta en cuanto a la principal causa por la que no se realiza el reporte de los eventos adversos, se encontró que las principales causas de la no realización del reporte de eventos adversos, se encuentran percepciones divididas, ya que en promedio tres de cada once, opina que los errores cometidos dentro de sus labores diarias, serán una causal de despido, lo cual pone en evidencia el desconocimiento de los reglamentos internos de la institución en cuanto a las causales de retiro, además un promedio similar piensa que el poco tiempo que tienen lo usan en su tiempo de descanso o de pausas activas, lo cual va ligado con otra porción igual que asevera que la carga laboral no permite el reporte de estos, lo cuales deben ser reportados inmediatamente luego de su ocurrencia, lo demuestra el desconocimiento tanto de sus funciones como del protocolo de seguridad del paciente.

Figura 11. Frecuencia de los reportes de los eventos adversos, incidentes clínicos y complicaciones relacionados con la atención en salud por parte del personal.



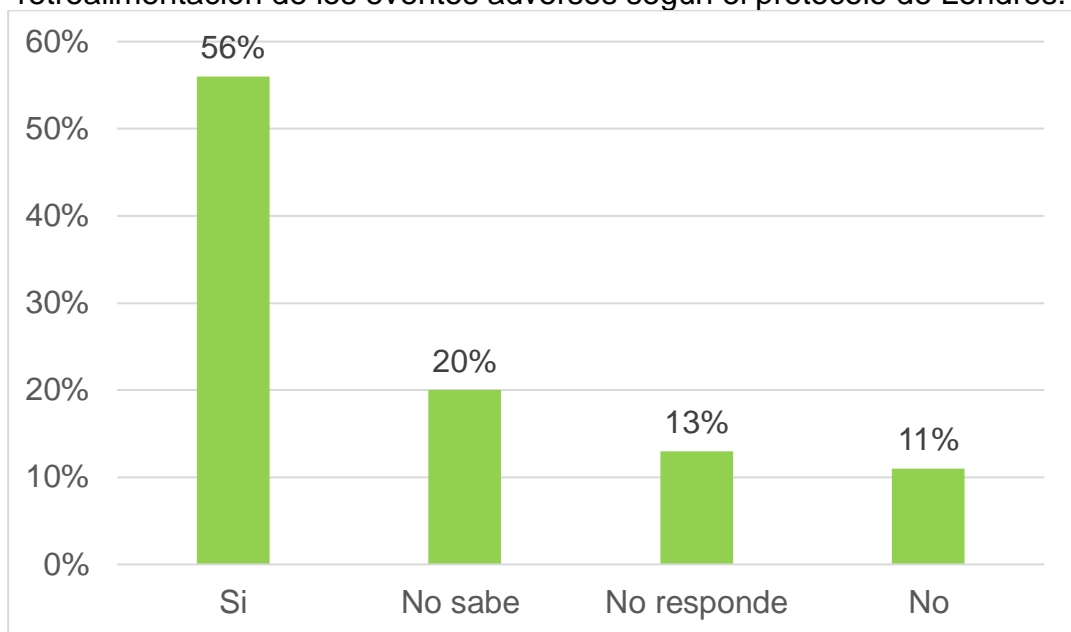
Dentro de la cultura de la seguridad del paciente, el reporte de los eventos adversos, incidentes clínicos y complicaciones relacionados en la atención en salud, permite la generación de acciones correctivas y de mejora dentro del sistema de salud, lo que al no reportarse o reportarse espontáneamente como cuatro de cada once de los funcionarios encuestados, no permite la maduración ni mejora de este ya que se desconocen las causas por las cuales se están generando los eventos adversos y se pierden oportunidades por parte del equipo de calidad de solucionar problemática de fondo, en este sentido un porcentaje cerca de la mitad de los encuestados, realiza el debido reporte de los eventos adversos y demás incidentes y complicaciones, siendo esto una falta de empoderamiento por parte del colaborador que no tiene una cultura de la seguridad en mente.

La principal causa para no reportar los eventos adversos relacionados con la atención en salud, evidencia dentro de las diferentes preguntas de la investigación, que la carga laboral prevalece, en este sentido en más de la mitad siendo la principal causa para no reportar un evento adverso, siendo esta situación un atenuante, dado que se logra relacionar directamente con la falta de recurso humano dentro de la institución, o las cargas al interior de esta no se encuentran niveladas con el personal, lo que se sustenta con dos de cada diez que afirman que la sobre carga de pacientes tampoco permite que se logre reportar un evento adverso, perdiéndose oportunidades de mejora dentro de la institución que logran generar un efecto positivo dentro de la atención de los pacientes.

Para la frecuencia de respuesta para la definición de incidente clínico según el protocolo de Londres se puede afirmar que dentro de los conocimientos teóricos, de los funcionarios de la ESE, se encuentra que más de la mitad de los encuestados, conoce la definición de incidente clínico, y donde una pequeña parte presentan dificultades en contestar correctamente, siendo esto una falla

grave, al realizar el reporte de un evento adverso, ya que la tergiversación de los términos puede provocar mal entendidos y que al momento de generar un reporte, los indicadores sean erróneos en cuanto a la naturaleza de los eventos adversos. Ahora bien, para la definición de complicación clínica aproximadamente cuatro de cada cinco funcionarios conocen su concepto, lo cual evidencia que solo una minoría considerable, representa confusión lo que, en un plano real, puede generar confusiones y desconocimiento de los pasos a seguir, o realizar procedimientos incorrectos, dada que la naturaleza de cada evento es diferente y se debe conocer desde las bases teóricas con la finalidad de tener claro los conceptos.

Figura 15. Frecuencia de respuesta cuando la institución realiza la retroalimentación de los eventos adversos según el protocolo de Londres.



Dentro de las falencias administrativas encontradas, la socialización de los eventos adversos en la institución, solo se realizan la mitad de estos, lo que demuestra que el compromiso que se tiene dentro del protocolo no es el adecuado dentro de la naturaleza de este, además existe una de cada cinco personas no sabe si lo realizan o no, lo cual permite afirmar que existen un problemática de comunicación latente dentro de la ESE y los colaboradores, no se enteran de todo, dado los diferentes turnos que se tiene y los cambios en los horarios del personal, así como la falta de compromiso de estos con el sistema de calidad de la institución, siendo una problemática muy marcada al interior de esta, buscando mejorar dicha percepción dentro de los colaboradores.

Cuadro 2. Plan de mejora

QUE	COMO	QUIEN	DONDE	CUANDO	POR QUE
Capacitar a todo el personal en el conocimiento del protocolo de Londres	Realizando cursos prácticos y evaluables con expertos	Área de talento humano de ESE NORTE 2	Auditorio de la ESE NORTE 2	Plan de mensual de cursos	Se hace necesario reforzar los conocimientos de los profesionales
Evaluaciones periódicas de los conocimientos de la política de seguridad del paciente	Haciendo evaluaciones tipo ICFES	Área de talento humano de ESE NORTE 2	Auditorio de la ESE NORTE 2	Evaluaciones quincenales cada dos meses	Se debe de evaluar los conocimientos de los profesionales para encontrar falencias
Programa de socialización y publicación de información en la cartelera	Publicar información en cartelera y folletos para los colaboradores	Área de talento humano y comité de calidad de ESE NORTE 2	Carteleras y sitios visibles de la ESE NORTE 2	Periódicos mensualmente	Se deben reforzar los conocimientos en cuanto a seguridad del paciente mediante material grafico
Entrenar a las personas con repeticiones frecuentes de la norma	Realización de exposiciones y evaluaciones del personal	Comité de seguridad del paciente	Área de talento humano de la ESE NORTE “	Reuniones mensuales de seguridad paciente primer semana de septiembre	Reducir las no conformidades por no cumplir con lo estipulado en la norma

Discusión

Luego de realizado el análisis de los resultados, se encontraron investigaciones que, bajo la misma temática de estudio, logran evidenciar resultados similares referentes a la política de seguridad del paciente y lo encontrado en la ESE NORTE 2, de CALOTO, CAUCA. Donde se encontró en el estudio realizado por Villareal (15), que los resultados obtenidos se evidencia que las instituciones de países tercermundistas como Colombia, no se cumple en su totalidad con ciertos requisitos para la disminución de eventos adversos, teniendo en cuenta variables como la infraestructura, el estado de los equipos, la calidad y el suministro adecuado de los medicamentos y la motivación del personal, lo cual ratifica lo hallado en la ESE NORTE 2, donde el personal profesional y asistencial, no tiene pleno conocimiento de las políticas, además se observaba poco motivados dada la alta carga laboral que mantienen y la baja cultura de seguridad del paciente que existe.

En el 2014 Meléndez, Concepción, Garza, González, Castillo, González y Hernández (19), encontraron que dentro de las variables demográficas el personal asistencial cuenta con una antigüedad mayor a seis meses y donde la edad media de los encuestados fue de 49 años, el 91% fueron mujeres y el 70% son enfermeras generales, las cuales presentaron adherencia al protocolo de seguridad del paciente, lo que difiere de lo encontrado en la ESE en CALOTO, CAUCA, ya que pese a que la mayoría de la población eran mujeres y enfermeras en un 69%, con una antigüedad superior a un año, no presentaron adherencia al protocolo de humanización del paciente por diferentes causas como el desconocimiento de los conceptos generales y el bajo reporte de los eventos adversos.

Por otro lado, Blandón, Gómez, Muñoz y Zafra (16), realizaron un proceso de auditoría en seguridad del que se pudo evidenciar falencias en el cumplimiento de los procesos relacionados con la prevención de los eventos y donde se propusieron actividades de mejora con el fin de minimizar y prevenir la recurrencia de los eventos resaltando la sensibilización de todo el personal, lo que corrobora lo encontrado en la presente investigación, ya que el personal no cumple con la cultura de la seguridad en cuanto al reporte de los eventos adversos, siendo necesario proponer acciones de mejora propuestas un plan dispuesto para ellos con el fin de reducir dicha problemática.

En Barcelona, España se realizó una investigación bajo el cuestionario Hospital Survery on Patient Safety Culture (18). Donde se encontró como fortaleza más del 75% de respuestas correctas y como oportunidad de mejora más del 50% de respuestas incorrectas, lo que concuerda en el presente estudio, donde se evidencian repuestas con un 80% de favorabilidad y donde se encontraron falencias conceptuales y de fondo como la no realización del formato de eventos adversos. También se encontró que, Poma (21) desarrolló una investigación con fines de contribuir en el mejoramiento de la calidad y seguridad en la atención a pacientes del servicio de Medicina interna del hospital Eugenio espejo en la ciudad de Quito, donde se pudo establecer que la institución no cumplía con los

criterios específicos en los referentes a estructura y resultados comparado con estándares internacionales, por lo cual se hizo énfasis en la cultura de seguridad de los usuarios internos, revelando no solo las falencias de la institución sino la responsabilidad de los colaboradores de esta, lo que demuestra lo hallado en el bajo empoderamiento del puesto de trabajo en los colaboradores de la ESE NORTE 2, CALOTO CAUCA.

En general la investigación, presentó una dificultad la cual fue el acceso a la información primaria, ya algunos de los profesionales se presentaban reacios hacia la realización de la encuesta, así como el acceso a estos por sus turnos de trabajo fue complicado, mas sin embargo dentro de los logros alcanzados, se encontró la problemática latente en cuanto a fallas tanto administrativas como asistenciales de los profesionales, los cuales no presentan una cultura de la seguridad del paciente y por lo tanto se encontraron oportunidades de mejora mediante la creación de un plan de mejoramiento.

Convertir la cultura organizacional para el mejoramiento de los procesos es uno de los objetivos principales ya que al adoptarlo como una cultura estará inmerso en el diario vivir de la institución conllevando así al mejoramiento continuo alcanzando la calidad esperada. El aporte de la lectura sobre este programa ejecutado en la mencionada institución sirve de guía y orientación que contribuye al enriquecimiento de conocimientos que permiten hacer más idónea la implementación del plan de auditorías para el mejoramiento de la calidad de atención en salud en la institución prestadora de servicios ESE NORTE 2.

Conclusión

Con la realización de la anterior investigación, se llega a la conclusión de que la ESE NORTE 2, CALOTO CAUCA no cumple con la adherencia al protocolo de Londres en la política de seguridad del paciente, teniendo en cuenta que solo el 70% de los funcionarios tiene adherencia a dicho protocolo, además, solo se reportan el 52% de los eventos adversos, siendo la principal causa de no realizarse, la carga laboral y el poco tiempo que disponen para labores administrativas.

Agradecimientos

Agradecemos a la institución ESE NORTE 2 CALOTO CAUCA, gerente, funcionarios, equipo de calidad, Jefes coordinadores, que permitieron que nuestro equipo de investigación hiciéramos parte de su institución para llevar a cabo nuestro propósito y culminar con éxito lo planeado y a la Fundación Universitaria del Área andina que estuvieron presentes para brindarnos su apoyo a través de su equipo de trabajo ofreciendo una educación con excelencia.

Conflictos de interés

Los investigadores no declaran conflictos de intereses

Referencias Bibliográficas

1. WHO. Patient safety. [internet] 2015 [citado noviembre 19 de 2018]. Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/patients_for_patient/statement/es/.
2. Organización Mundial de la Salud. 59a Asamblea Mundial de la Salud, Seguridad del Paciente. 2006. Disponible en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA59-REC1/s/WHA59_2006_REC1-sp.pdf.
3. Aranaz J, Aibar C, Ruiz P. Estudio nacional sobre efectos adversos ligados a la hospitalización. ENEAS Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005.
4. Aranaz J. Estudio APEAS. Estudio sobre la seguridad de los pacientes en Atención Primaria de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2008.
5. Villareal E. Seguridad de los pacientes. Un compromiso de todos para un cuidado de calidad. En: Salud Uninorte [internet] 2017 [citado noviembre 30 de 2018] (23). Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/817/81723111.pdf>
6. Blandón G, Gómez M, Zafra E. Seguridad del paciente desde el análisis del reporte de evento adverso en la empresa social del estado hospital francisco luís jiménez martínez de carepa, durante el año 2010, Apartado. 2011
7. Toffoletto M, Ramírez X. Mejorando la seguridad de los pacientes: estudio de los incidentes en los cuidados de enfermería Chile. [internet] 2013 [citado noviembre 30 de 2018]:1-9 http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n5/es_0080-6234-reeusp-47-05-1098.pdf
8. Melendez M y otros. Percepción del personal de enfermería hacia la cultura de seguridad en un hospital pediátrico en México. [internet] 2015 [citado noviembre 30 de 2018] Disponible en: <https://revistacuidarte.udes.edu.co/index.php/cuidarte/articulo/view/92>
9. Poma V. evaluación a la calidad y seguridad en la atención a pacientes del servicio de Medicina interna del hospital Eugenio espejo, Sangolqui, [internet] 2015 [citado diciembre 2 de 2018]:1-181 disponible en: <https://repositorio.espe.edu.ec/bitstream/21000/12363/1/T-ESPE-049766.pdf>
10. Ministerio de Sanidad Español. Política Social e Igualdad. Estudio IBEAS Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2010.
11. Ministerio de Salud y Protección Social. Seguridad del paciente, Guía de buenas prácticas para la seguridad del paciente. Bogotá, Colombia. [internet] 2009 [citado diciembre 4 de 2018] Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia-buenas-practicas-seguridad-paciente.pdf>
12. Ministerio de Salud y protección social. Colombia: Seguridad del paciente y la atención segura. 2012.
13. Ministerio de Salud y protección social. Resolución 1441 de 2013
14. Ministerio de Salud y protección social. Resolución 2003 de 2014 [internet] 2014 [citado diciembre 2 de 2018]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%2003%20de%202014.pdf

15. Seguridad del Paciente Hospitalizado. Enrique Ruelas Barajas, Odet Sarabia González, Walter Tovar Vera. Ed. Médica Panamericana. México 2007
16. Ministerio de Protección Social. Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente. Santiago de Cali. [internet] 2012 [citado diciembre 5 de 2018] : 35-44. Disponible en: http://calisaludable.cali.gov.co/seg_social/2013_Seguridad_Paciente/libro_seguridad_del_paciente.pdf
17. Agency for Healthcare research and Quality. Health Care: Medical errors and patient safety. U.E. Departament of Health y Human Service. 2008
18. Ministerio de Protección Social. Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente. Santiago de Cali. [internet] 2015 [citado 5 diciembre 2018]: 35-44. Disponible en: http://calisaludable.cali.gov.co/seg_social/2013_Seguridad_Paciente/libro_seguridad_del_paciente.pdf
19. Vincent C. Patient Safety. London: Churchill-Livingstone. 2006.
20. Giraldo M. Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente en la República de Colombia Bogotá. Rev. de Medicina, Junta Directiva [internet] 2009 [citado 10 diciembre 2018]; 30(2). Disponible en: <https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/academedicina/va-81/respuestadelministerio/>
21. Taylor S, Vincen C. System Analysis of clinical incidents: the London protocol. 2004. Journal of Patient Safety and Risk Management. [internet] 2004 [citado 13 diciembre 2018];(10): 211-220. Disponible en: <https://doi.org/10.1258/1356262042368255>
22. Ministerio De La Protección Social. Colombia. La seguridad del paciente y la atención segura. 2013
23. Luengas S. Modelo para gestionar la seguridad del paciente en las instituciones de salud. Centro de gestión hospitalaria, VíaSALUD [internet] 2008 [citado 18 diciembre 2018]; 43:1-5. Disponible en: <http://www.cgh.org.co/imagenes/calidadycultura.pdf>
24. Luengas S. Seguridad del paciente: un modelo organizacional para el control sistemático de los riesgos en la atención en salud. Documentos de trabajo de la Fundación Corona. Bogotá: Fundación Corona-Centro de Gestión Hospitalaria [internet] 2009 [citado 21 diciembre 2018]. Disponible en: <http://www.cgh.org.co>
25. Donabedian A. La investigación sobre la calidad de la Atención Médica. Revista Salud de Seguridad Social del Instituto Mexicano de Seguridad Social, México, 1986; 28:324-327.
26. Martínez, A. Gestión sistémica del error: el enfoque del queso suizo en las auditorías. Rev. INNOTECH GESTION. [internet] 2013 [citado 6 enero 2018];(4). Disponible en: <https://ojs.latu.org.uy/index.php/INNOTECH-Gestion/article/view/164/pdf>
27. Congreso de la Republica. Resolución 741 del 1997. Por la cual se imparte instrucciones sobre seguridad personal de usuarios para Instituciones y demás Prestadores de Servicio de Salud. Diario oficial. no. 741. Bogotá, 1997.
28. Aranaz J, Aibar C, Vitaller J, Mira J. Gestion Sanitaria – Calidad y Seguridad de los Pacientes. España: Edit. Díaz de Santos; 2008 p 389.

29. Reason J. 1990. "Human Error". New York. Published by the press syndicate of the University of Cambridge. P 258
30. Giron J. Enfermería y Seguridad del Paciente. [internet] 2017 [citado 9 enero 2018]. Disponible en: <http://www.enfermeriayseguridaddelpaciente.com/2017/05/metodologias-de-analisis-de-eventos.html>.