

**ADHERENCIA AL CUMPLIMIENTO DE LAS BUENAS PRÁCTICAS DE
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL HOSPITAL LOCAL DE CANDELARIA
VALLE – COLOMBIA 2018**

MÓNICA CAMPO ORTIZ

YULI VIVIANA CERÓN SANTANDER

ELISABETH DAVID RODRÍGUEZ

RED ILUMINO

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CENTRO DE POSGRADOS

ESPECIALIZACIÓN EN AUDITORÍA EN SALUD

PEREIRA, RISARALDA

2018

**ADHERENCIA AL CUMPLIMIENTO DE LAS BUENAS PRÁCTICAS DE
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL HOSPITAL LOCAL DE CANDELARIA
VALLE – COLOMBIA 2018**

PROYECTO PRESENTADO POR:

MÓNICA CAMPO ORTIZ

YULI VIVIANA CERÓN SANTANDER

ELISABETH DAVID RODRIGUEZ

ASESORES

ALEJANDRO PÉREZ YSOTO DOMINGUEZ

CARLOS HOLMES HERNÁNDEZ CHAVEZ

RED ILUMINO

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CENTRO DE POSGRADOS

ESPECIALIZACIÓN EN AUDITORÍA EN SALUD

PEREIRA, RISARALDA

2018

TABLA DE CONTENIDO

TABLA DE CONTENIDO

1 PROBLEMA

1.1 Planteamiento del problema

1.2 Formulación del problema

2 JUSTIFICACIÓN

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo general

3.2 Objetivos específicos

4 MARCO TEÓRICO

4.1 Marco de antecedentes

4.2. Marco institucional

4.2.1 Información general de la institución

4.2.2 Direccionamiento estratégico

4.2.3 Portafolio de servicios

4.3 Marco referencial

4.3.1 Política internacional de seguridad del paciente

4.3.2 Calidad de atención en salud

4.3.3 Atención primaria en salud

4.3.4 Prestación de servicios de salud en Colombia

4.3.5 Falla de la atención en salud según el ministerio de salud y protección social

4.3.6 Política institucional de seguridad del paciente

4.4 Marco conceptual

Seguridad del paciente

Atención en salud

Indicio de atención insegura

Falla de la atención en salud

Riesgos

Evento adverso

Evento adverso prevenible

Evento adverso no prevenible

Incidente

Barrera de seguridad

Sistema de gestión del evento adverso

4.4.1 Palabras clave

4.5 Marco jurídico, legal o normativo

5 DISEÑO METODOLÓGICO

5.1 Tipo de estudio

5.2 Población

5.3 Muestra

5.4 Unidad de análisis

5.5 Criterios de inclusión

5.6 Criterios de exclusión

5.7 Variables

5.8 Plan de análisis

5.8.1 Recolección de información

5.8.2 Tabulación de datos

5.8.3 Análisis de la información

5.8.4 Resultados esperados

5.9 Población beneficiada

5.10 Compromiso bioético

5.11 Compromiso medioambiental

5.12 Responsabilidad social

5.13 Aspectos administrativos

5.13.1 Cronograma

5.13.2 Presupuesto.

6. ANALISIS DE LOS RESULTADOS

7. CONCLUSIONES

8. RECOMENDACIONES

9. BLIBIOGRAFIA

ANEXOS

1. EL PROBLEMA

1.1 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

Las inadecuadas prácticas en los procesos de atención en los servicios de salud pueden provenir de diferentes factores, como inseguridad del profesional, desconocimiento de los procedimientos y/o procesos de la institución por parte de los trabajadores de salud, la complejidad de los servicios de atención, cambio frecuente del personal, estrés laboral, condiciones clínicas del paciente, lo que contribuyen a la presencia de acciones inseguras en la atención.

En 2008 el Ministerio de Salud de nuestro país, con el objetivo de prevenir la ocurrencia de situaciones que afectarán la seguridad del paciente, y de ser posible eliminar la ocurrencia de eventos adversos, impulsó una Política de Seguridad del Paciente y una Guía técnica de buenas prácticas en seguridad. A estas les desarrolló unos paquetes instruccionales para que las instituciones tuvieran directrices técnicas para su implementación práctica. Hoy, dichos paquetes son actualizados con el propósito de ajustarlos a la mejor evidencia disponible en la

¹ Organización Mundial de la salud. La investigación en seguridad del paciente. Ginebra Suiza:Organización Mundial de la salud;2008.4p

actualidad y para cubrir las brechas que han impedido la ejecución efectiva de dichas prácticas al interior de las instituciones de salud.²

De ahí la importancia de la implementación de las buenas prácticas en las instituciones de salud así como la evaluación de la adherencia a estas, aplicada a todo el personal que hace parte de la atención de los pacientes, esto permitirá evaluar el impacto en la calidad de atención brindada, las instituciones de salud deberán adoptar estrategias donde se promuevan acciones de mejoramiento atendiendo a los principios de eficiencia y transparencia, estas deberán ser acordes a los nuevos cambios del sistema de salud de nuestro país.

Para que un sistema de atención en salud sea seguro es necesario la participación responsable de los diversos actores involucrados en él. Cuando ocurre un evento adverso, el paciente sufre daño y el profesional de la salud también pues en muchas ocasiones se señala como culpable a este sin detenerse a analizar que no ha habido intención de dañar ni la cadena de procesos de la atención en salud que al fallar han facilitado la ocurrencia de tales situaciones. La Seguridad del Paciente implica la evaluación permanente y proactiva de los riesgos asociados a la atención en salud para diseñar e implantar de manera constante las barreras de seguridad necesarias.³

Durante todos estos años ha continuado la investigación respecto de la evidencia científica de las prácticas seguras y la implementación de las prácticas recomendadas, sin embargo, podemos decir que aún hoy cada año, decenas de millones de pacientes en todo el mundo sufren daño o mueren como resultado de un cuidado médico inseguro.

²Ministerio de Salud y Protección Social. Seguridad del Paciente y la Atención Segura. "BUENAS PRACTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN SALUD". Bogotá DC. Ministerio de Salud y Protección Social; sin año.10p

³Ministerio de la Protección Social. Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente en la república de Colombia. Bogotá DC: Ministerio de la Protección Social;2008.10p

Un reciente reporte de Ashish muestra que los eventos adversos debidos a errores en el cuidado médico representan la mayor fuente de morbilidad y mortalidad global (42.7 millones de eventos adversos que representan 23 millones años vida perdidos por discapacidad⁴

Por esto es necesario que las instituciones de salud deberán fortalecer la implementación de barreras y defensa que permitan disminuir la probabilidad de presencia de error, la adecuada adherencia de las buenas prácticas de atención en salud por parte de todos los colaboradores, teniendo en cuenta que “los eventos adversos se presentan en cualquier actividad y son un indicador fundamental de la calidad de esa actividad; y sirven de insumo para poder investigar cuales son las causas que los generan, cuales las disposiciones de las instituciones para que estos aparezcan, y una vez identificadas las causas y los condicionantes, nos permite identificar las barreras que podrían desarrollarse para evitar la reincidencia de este evento adverso. Lo importante es no dejar que suceda el evento adverso, sin investigar las causas que lo provocaron y sin proponer acciones para evitar que siga presentándose.⁵

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es el cumplimiento de los estándares de medición de prácticas seguras en las áreas de urgencias y partos en el primer trimestre del año 2018 en el hospital de primer nivel del municipio de Candelaria?

⁴Ministerio de Salud y Protección Social. Seguridad del Paciente y la Atención Segura. "BUENAS PRACTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN SALUD". Bogotá DC.Ministerio de Salud y Protección Social; 2015.10p

⁵Ministerio de Salud y Protección Social. Seguridad del Paciente y la Atención Segura. "BUENAS PRACTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN SALUD". Bogotá DC.Ministerio de Salud y Protección Social; 2015.33p

2. JUSTIFICACIÓN

Desde los inicios de la medicina se hacía referencia a la calidad asistencial; uno de los principios clásicos conocidos “primum non nocere”, perteneciente a la etapa hipocrática, y cuya aproximación aparece en el Corpus Hippocraticum como “para ayudar, o por lo menos no hacer daño” es un claro ejemplo de este hecho. Posteriormente, Florence Nightingale (1820-1910), entre otros profesionales, también supo reconocer el riesgo de la atención sanitaria con sus palabras: “Puede parecer extraño decir que el principio en un hospital es no hacer daño a los enfermos. Pero es necesario decirlo porque la mortalidad hospitalaria es muy alta comparada con la extra-hospitalaria”⁶.

El problema central radica en la debilidad y en la desarticulación de la gestión entre los agentes del sistema de salud, lo que ha generado problemas en la atención dificultando el logro de los resultados, así como la calidad de los servicios brindados, tanto la dispersión de las normas que han producido la falta de continuidad en los lineamientos de la política de seguridad del paciente, la limitación de los incentivos para los agentes como para los trabajadores de la salud afectan el mejoramiento continuo, estos son problemas que hacen que los servicios de salud no tengan un enfoque realista de la calidad, de ahí que las prácticas deshumanizadas, las prácticas inseguras, las prácticas descoordinadas y las prácticas sin transparencia, sean las principales causas en las cuales los directivos de las instituciones deberán enfocarse para disminuir o mitigar los eventos que se pueden derivar de dichas prácticas.

⁶ Aranaz JM, Agra Y. La cultura de seguridad del paciente: del pasado al futuro en cuatro tiempos. Medicina Clínica. 2010 ;135 (1):1-2

Las investigaciones orientadas a mejorar la seguridad del paciente tienen por objeto encontrar soluciones que permitan mejorar la seguridad de la atención y prevenir posibles daños a los pacientes. Esto conlleva un ciclo de investigación que comprende las siguientes facetas: 1) determinar la magnitud del daño y el número y tipos de eventos adversos que perjudican a los pacientes; 2) entender las causas fundamentales de los daños ocasionados a los pacientes; 3) encontrar soluciones para conseguir que la atención sanitaria sea más segura, y 4) evaluar el impacto de las soluciones en situaciones de la vida real.⁷

Actualmente la falta de seguridad del paciente es atribuida a las deficiencias de la organización y al funcionamiento de los sistemas de salud, sin tener en cuenta a los proveedores individuales encargados de brindar la atención a los usuarios, es por ello que esta problemática debe ser tratada desde una perspectiva organizacional y multidisciplinaria. De ahí la importancia de la implementación de las prácticas seguras como la ejecución de los paquetes instruccionales en las instituciones de salud deberá ser una prioridad ya que son herramientas que facilitan la comprensión de su objetivo que es implementar barreras de defensa para evitar o mitigar la aparición de eventos adversos.

La alta gerencia de las instituciones deberá demostrar y ser explícita en el compromiso con la seguridad del paciente como estrategia, indispensable para un entorno seguro y promover una transformación hacia una cultura de seguridad.⁸

Para poder lograrlo, será necesario establecer estrategias de medición del cumplimiento de los estándares de prácticas seguras, que permitan identificar las brechas que impiden el cumplimiento de dicha actividad. Siendo la seguridad en la atención una prioridad para medir la efectividad en la prestación de los servicios de salud, por esto se deberá trabajar simultáneamente con todos los

⁷Organización Mundial de la salud. La investigación en seguridad del paciente. Ginebra Suiza: Organización Mundial de la salud;2008.4p

⁸Ministerio de la Protección Social. Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente en la república de Colombia. Bogotá DC: Ministerio de la Protección Social;2008.23p

actores para lograr obtener los mejores resultados en salud tanto para los individuos y como para la población en general.

Las instituciones educativas juegan un papel importante a la hora de formar profesionales en salud. para esto es necesario que implementen en su pensum académico cátedras que promuevan la seguridad del paciente enfocados en mejorar la calidad de la atención, lo que permitirá que desde la formación se inculque la cultura y la adopción de prácticas seguras para que las puedan ejecutar a la hora de ejercer sus roles en las instituciones de salud.

Teniendo en cuenta la ley estatutaria cabe resaltar que la población en general también deberá ser tomada en cuenta en la promoción de la cultura de seguridad, pues cada individuo también es responsable de su autocuidado y esto se convierte en una barrera de seguridad al momento de recibir la atención en las instituciones de salud, de esta manera se lograra trabajar mancomunadamente y así tanto profesionales de la salud como comunidad estarán enfocados en la prevención de eventos adversos asociados a la atención en salud.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Evaluar el cumplimiento de los estándares de medición de prácticas seguras en las áreas de urgencias y partos en primer trimestre del año 2018 en un hospital de primer nivel del municipio de Candelaria Valle.

3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Caracterizar estándares de cumplimiento de la lista de verificación.
- Aplicar lista de verificación de estándares de prácticas seguras.
- Analizar los resultados obtenidos de aplicación de lista de verificación
- Determinar el estado de cumplimiento de los estándares de medición de prácticas seguras en la atención de paciente en las áreas de urgencias y partos.
- Identificar oportunidades de mejora de la medición de estándares prácticas seguras.
- Realizar recomendaciones acorde a las oportunidades de mejoras encontradas.

4. MARCO TEÓRICO

4.1 MARCO DE ANTECEDENTES

A pesar de que han pasado 18 años desde que el Instituto de Medicina de los Estados Unidos publicó el reporte “Errar es humano”, debido a la alta prevalencia de eventos adversos que aún se reporta en la literatura mundial, la seguridad del paciente sigue siendo en la actualidad una prioridad global. Este reporte escandalizó al mundo de la salud al calcular que, solo en los Estados Unidos de América, alrededor de 100.000 pacientes morían cada año, no como producto de sus enfermedades, sino como producto de errores en la atención médica⁹

Colombia impulsa una Política de Seguridad del Paciente, liderada por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, cuyo objetivo es prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y de ser posible eliminar la ocurrencia de eventos adversos para contar con instituciones seguras y competitivas internacionalmente.¹⁰

En 2008 el Ministerio de Salud de nuestro país, con el objetivo de prevenir la ocurrencia de situaciones que afectarán la seguridad del paciente, y de ser posible eliminar la ocurrencia de eventos adversos, impulsó una Política de Seguridad del

⁹Ministerio de Salud y Protección Social. Seguridad del Paciente y la Atención Segura. "BUENAS PRACTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN SALUD". Bogotá DC. Ministerio de Salud y Protección Social; 2015.9p

¹⁰Ministerio de la Protección Social. Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente en la república de Colombia. Bogotá DC: Ministerio de la Protección Social;2008.9p

Paciente y una Guía técnica de buenas prácticas en seguridad. A estas les desarrolló unos paquetes instruccionales para que las instituciones tuvieran directrices técnicas para su implementación práctica.¹¹

La Seguridad del Paciente implica la evaluación permanente y proactiva de los riesgos asociados a la atención en salud por eso es inherente e importante la necesidad de que el hospital local de Candelaria diseñe e implemente de manera constante las barreras de seguridad necesarias que se encuentran descritas en las 22 Guías de Buenas Prácticas para la seguridad del paciente, que se hacen ineficientes al ser instrumentos tan robustos es por esta razón que se hace necesario la utilización de listas de chequeos para su aplicación sistemática.

En el hospital local de Candelaria se implementó el programa de seguridad de paciente en el año 2016 donde se evidenció que a raíz de ciertos eventos adversos que se venían presentando eran necesarios evaluarlos y generar un plan de mejora que le permitiera a la institución generar cambios en la atención de su población y disminuir los riesgos asociados a esta. Por ende la presente investigación pretende demostrar tanto a directivos como al personal de la institución, como la cultura de seguridad del paciente puede generar un impacto positivo para la institución y la comunidad ya que la cultura de seguridad es un lineamiento fundamental que determina la calidad de la atención, y se ha constituido progresivamente en un asunto de interés general en el área de la salud, así se lograra alcanzar el objetivo de acuerdo a su misión y visión permitiéndole que la institución sea una entidad más competitiva no solo a nivel regional si no también nacional esto se verá reflejado en el cumplimiento de estándares de acreditación y dando cumplimiento a los lineamientos de seguridad del paciente contemplados en la resolución 2003 de 2014 siendo

¹¹Ministerio de Salud y Protección Social. Seguridad del Paciente y la Atención Segura. "BUENAS PRACTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN SALUD". Bogotá DC. Ministerio de Salud y Protección Social; 2015.10p

esto parte de requisitos mínimos para el proceso de habilitación garantizando así procesos asistenciales seguros en toda la población.

4.2. MARCO INSTITUCIONAL

El municipio de Candelaria está ubicado en la zona sur del Departamento del Valle del Cauca, limita al norte con el río Bolo y el municipio de Palmira, al sur con los ríos Desbaratado y municipios de Miranda y Puerto Tejada en el departamento de Cauca; al occidente con Cauca y la ciudad de Cali, al oriente con los Municipios de Pradera y Florida.

Candelaria cuenta con una población total 84.129 habitantes, el Hospital local es la única entidad social del estado de categoría I o baja complejidad con puntos rurales de atención básica en salud en los corregimientos de Villagorgona, el Carmelo, San Joaquín, Cabuyal y Poblado Campestre, cuenta además con una unidad móvil de atención básica y programas de inclusión a la población pobre no asegurada, tiene contratación con las diferentes EPS del régimen subsidiado y contributivo.

En el régimen Subsidiado encontramos en primer lugar la EPS Emssanar como la entidad con mayor número de usuarios, la contratación es por capitación y por evento. En segundo lugar encontramos a Asmet Salud con una contratación solo por evento.

En el régimen contributivo el mayor número de usuarios están afiliados a la EPS SOS y Coomeva ambos con contratación por evento. La atención de los accidentes de tránsito y toda eventualidad de riesgo laboral son atendidas de manera directa con convenio de todas las aseguradoras del país y todos estos eventos se manejan bajo el manual tarifario SOAT. La atención a particulares se presta y se factura de manera directa tanto en urgencias como en consulta externa con cobros estandarizados.

La misión y la visión del hospital de Candelaria tiene un enfoque orientado a lograr la calidad en la atención en salud, sus valores corporativos como la vocación deservicio, el trabajo en equipo, la responsabilidad y sus principios como la transparencia y la eficiencia son característica necesarias a la hora de la implementación de un buen programa de seguridad del paciente.

4.2.1 INFORMACIÓN GENERAL DE LA INSTITUCIÓN



4.2.2 DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO

VISIÓN: A 2019, la E.S.E HOSPITAL LOCAL DE CANDELARIA, será reconocida a nivel regional como una entidad auto sostenible, prestador de servicios en salud de baja complejidad que garantiza la humanización del servicio con procesos certificados en calidad y responsabilidad social.

MISIÓN: Prestamos servicios de baja complejidad en promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación a la comunidad candelareña y su zona de influencia, con atención integral que mejore la calidad de vida en salud, con humanización del servicio y seguridad del paciente, haciendo uso eficiente de los recursos humanos, técnicos y financieros; logrando sostenibilidad, inclusión y rentabilidad social para nuestros clientes internos y externos.

VALORES CORPORATIVOS

- **SOLIDARIDAD:** Mantenemos una relación laboral y comunitaria que beneficie la consecución de los objetivos propuestos en la ESE Hospital Local de Candelaria.
- **EQUIDAD:** Brindamos a cada uno lo que le corresponde según sus necesidades, méritos, capacidades o atributos.
- **RESPECTO:** Tratamos diariamente a todas las personas con calidez, independientemente de su condición política, social, económica, raza, religión o creencia, promoviendo así una sana convivencia.
- **VOCACION DE SERVICIO:** Tenemos una actitud permanente de servicio a nuestra comunidad, con entrega dedicación y amor.
- **TRABAJO EN EQUIPO:** Coordinamos e integramos esfuerzos entre varias personas que se necesitan entre sí para lograr un propósito.

- **RESPONSABILIDAD:** Somos responsables de las consecuencias de las palabras, las decisiones y los compromisos, y en general, de los actos libre y voluntariamente realizados, no sólo cuando sus resultados son buenos y gratificantes, sino también cuando son adversos o indeseables.

PRINCIPIOS INSTITUCIONALES

- **TRANSPARENCIA:** Generamos un ambiente de confianza, seguridad y franqueza entre la administración y la sociedad de tal forma que los ciudadanos estén informados y conozcan las responsabilidades, procedimientos, reglas, normas y demás información generada por el hospital en un marco de abierta participación social y escrutinio público.
- **PUBLICIDAD:** Divulgamos y socializamos actos preferidos por el Hospital, con el fin de que los intervinientes dentro de los procesos que éste adelanta o los terceros afectados, conozcan de las decisiones garantizando así el debido proceso y los principios de la función pública.
- **CELERIDAD:** Agilizamos el cumplimiento de las tareas a cargo del Hospital y de los funcionarios al servicio de éste en cuanto al logro de sus objetivos con prontitud, asegurando que el efecto de su gestión resuelva oportunamente las necesidades y expectativas de sus clientes.

- EFICIENCIA: Utilizamos los medios disponibles de manera racional para llegar a una meta. Logrando los propósitos fijados con anterioridad en el menor tiempo posible y optimizando los recursos.
- IGUALDAD: Brindamos un trato igualitario a todos los clientes internos y externos.

POLÍTICA DE CALIDAD

Trabajamos para garantizar la satisfacción de los usuarios brindando oportunidad, humanización del servicio, seguridad del paciente y mejora continua en la prestación de los servicios de salud.

4.2.3 PORTAFOLIO DE SERVICIOS

- Consulta Médica de Urgencias
- Procedimientos Menores
- Observación Médica
- Procedimientos Ambulatorios
- Traslado asistencial básico en ambulancia
- Atención Hospitalaria
- Partos
- Atención de Consulta Médica General
- Atención de Consulta Odontológica General e Higiene Oral
- Actividades de Diagnostico
- Operatoria Dental
- Endodoncia

- Cirugía Oral
- Urgencias Odontológicas
- Programas de Promoción y Prevención:
- Detección temprana de alteraciones del menor de 10 años (Crecimiento y Desarrollo).
- Programa ampliado de inmunizaciones (PAI).
- Control de Planificación Familiar (PF).
- Control de Tuberculosis (TBC).
- Detección temprana del cáncer de cérvix (citología vaginal) y enseñanza de autoexamen de seno.
- Control de hipertensión arterial (HTA).
- Control de diabetes mellitus (DM).
- Control prenatal (incluye curso Sicoprofiláctico).
- Control de enfermedad de Hansen (Lepra).
- Atención al joven y al adulto
- Consulta Ginecológica
- Consulta Pediátrica
- Consulta de Medicina Familiar
- Atención de Consulta Psicológica Integral
- Terapia Fonoaudiológica Integral
- Terapia Ocupacional Integral
- Terapia de Rehabilitación Física
- Terapia Respiratoria
- Laboratorio Clínico
- Ecografías
- Radiografía general de cabeza, cara y cuello
- Radiografía de Columna
- Radiografía de Tórax
- Radiografía de Abdomen

- Radiografía de Extremidades, articulaciones y pelvis
- Servicio farmacéutico

Los aspectos más relevantes que orientaron la presente investigación son la misión, la visión del hospital de Candelaria puesto que estos tienen un enfoque orientado a lograr la calidad en la atención en salud, sus valores corporativos como la vocación de servicio, el trabajo en equipo, la responsabilidad y sus principios como la transparencia y la eficiencia son características necesarias a la hora de la implementación de un buen programa de seguridad del paciente y de fomentar la cultura de seguridad en todo el personal que a diario presta sus servicios, es por esto que tanto directivos como todo el personal que hace parte de la institución deberán tener claro cuál es su objetivo principal, que es trabajar en pro del bienestar de la comunidad y de los usuarios, brindando procesos asistenciales seguros que garanticen la humanización del servicio y se dé cumplimiento a lo establecido en los lineamientos impartidos por el ministerio de salud y protección social en aras de convertir instituciones seguras.

4.3 MARCO REFERENCIAL

4.3.1 POLITICA INTERNACIONAL DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

La seguridad del paciente es 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. Según Gosbee la ingeniería de factores humanos es la disciplina relacionada con la comprensión de las características humanas y cómo los humanos interactúan con el mundo que les rodea y la aplicación del conocimiento al diseño de sistemas que son seguros, eficientes y cómodos. Sin una comprensión completa de los factores humanos, la tendencia es centrarse en las fallas humanas como la principal fuente de error y centrar la atención en la automatización de las tareas para evitar errores. Varios problemas con este enfoque son evidentes.

Por otro lado, está la cultura organizacional propuesta desde el inicio de la formación académica en las academias de salud, proponiendo una asignatura optativa sobre seguridad del paciente.¹²

Según la OMS define seguridad del paciente es un principio fundamental de la atención sanitaria. En la cual hay un cierto grado de peligrosidad inherente a cada paso del proceso de atención de salud. Los eventos adversos pueden estar en relación con problemas de la práctica clínica, de los productos, de los procedimientos o del sistema. La mejora de la seguridad del paciente requiere por parte de todo el sistema un esfuerzo complejo que abarca una amplia gama de acciones dirigidas hacia la mejora del desempeño; la gestión de la seguridad y los riesgos ambientales, incluido el control de las infecciones; el uso seguro de los

¹² Ladenheim R, Macchiavello D, Milberg M. Inclusión de la seguridad del paciente en la Carrera de medicina. Revista De Calidad Asistencial. 2017; 32. (6) 316- 321

medicamentos, y la seguridad de los equipos, de la práctica clínica y del entorno en el que se presta la atención sanitaria.¹³Fue necesario la implementación de La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente fue puesta en marcha por el Director General de la Organización Mundial de la Salud en octubre de 2004. Creada con el propósito de coordinar, difundir y acelerar las mejoras en materia de seguridad del paciente en todo el mundo, la Alianza es un medio que propicia la colaboración internacional y la acción de los Estados Miembros, la Secretaría de la OMS; expertos, usuarios y grupos de profesionales y de la industria. Su creación destaca la importancia internacional de la cuestión de la seguridad del paciente.¹⁴

4.3.2 CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD

Avedis Donabedian propuso en 1980 una definición de calidad asistencial que ha llegado a ser clásica y que formulaba de la siguiente manera: "Calidad de la atención es aquella que se espera que pueda proporcionar al usuario el máximo y más completo bienestar después de valorar el balance de ganancias y pérdidas que pueden acompañar el proceso en todas sus partes" y son tres los componentes de la calidad asistencial a tener en cuenta. El componente técnico, el cual es la aplicación de la ciencia y de la tecnología en el manejo de un problema de una persona de forma que rinda el máximo beneficio sin aumentar con ello sus riesgos. Por otra parte, el componente interpersonal, el cual está basado en el postulado de que la relación entre las personas debe seguir las normas y valores sociales que gobiernan la interacción de los individuos en

¹³Organización Mundial de la Salud. Temas de salud. Seguridad del Paciente. [internet].Ginebra Suiza: Organización Mundial de la Salud. 2018 [citado julio 14 2018].Recuperado a partir de:http://www.who.int/topics/patient_safety/es/

¹⁴Organización Mundial de la Salud. Temas de salud. Seguridad del Paciente. [internet].Ginebra Suiza: Organización Mundial de la Salud. 2018 [citado julio 14 2018].Recuperado a partir de:http://www.who.int/topics/patient_safety/es/

general. Estas normas están modificadas en parte por los dictados éticos de los profesionales y las expectativas y aspiraciones de cada persona individual. Finalmente, el tercer componente lo constituyen los aspectos de confort, los cuales son todos aquellos elementos del entorno del usuario que le proporcionan una atención más confortable¹⁵.

La calidad de la atención en Colombia está dentro el marco del SGSSS y la normatividad vigente, es definida como la provisión de servicios de salud a los usuarios de forma accesible, equitativa y con un nivel profesional óptimo, considerando el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el fin de lograr la satisfacción de los usuarios. Esta definición centrada en el usuario, involucra aspectos como accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad en la atención, que se deben considerar en la prestación de los servicios de salud a la población Colombiana.¹⁶

4.3.3 ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país. Es el núcleo del sistema de salud del país y forma parte integral del desarrollo socioeconómico general de la comunidad¹⁷, la Declaración de Alma-Ata definió la atención primaria de salud como un conjunto de valores rectores para el desarrollo

¹⁵ Suñol R, Àlvar . La calidad de la atención.[internet]. Sin lugar de publicación: Ponències i Jornades.2018 [citado julio 14 2018]. Recuperado a partir:http://www.coordinadoraprofunds.org/docs/214/rosa_sunol.pdf

¹⁶ Ministerio de salud y protección social. Calidad en salud en Colombia. [internet].Bogotá DC. 2018 [citado agosto 7 2018]. Recuperado a partir de: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/CALIDAD%20EN%20SALUD%20EN%20COLOMBIA.pdf>

¹⁷Organización Mundial de la Salud. Temas de salud. Atención primaria. [internet]. Ginebra Suiza. 2018 [citado julio 14 2018].Recuperado a partir de: http://www.who.int/topics/primary_health_care/es/

sanitario, un conjunto de principios para la organización de servicios de salud y una variedad de criterios para abordar las necesidades sanitarias prioritarias y los determinantes fundamentales de la salud. La atención primaria de salud daba cabida a soluciones creadas por las comunidades y que contaban con la adhesión y el apoyo de ellas. Ante todo, la atención primaria de salud ofrecía una forma de organizar toda la atención de salud, desde los hogares hasta los hospitales, en la que la prevención era tan importante como la curación y en la que se invertían recursos de modo racional en los distintos niveles de atención.¹⁸

En el caso Colombiano, la Ley 1438 de 2011 establece como definición: “La Atención Primaria en Salud es la estrategia de coordinación intersectorial que permite la atención integral e integrada, desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación del paciente en todos los niveles de complejidad a fin de garantizar un mayor nivel de bienestar en los usuarios, sin perjuicio de las competencias legales de cada uno de los actores del Sistema de Salud.

Hace uso de métodos, tecnologías y prácticas científicamente fundamentadas y socialmente aceptadas que contribuyen a la equidad, solidaridad y costo efectividad de los servicios de salud. Constituida por tres componentes integrados e interdependientes: los servicios de salud, la acción intersectorial y transectorial por la salud y la participación social, comunitaria y ciudadana”¹⁹

4.3.4 PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN COLOMBIA

¹⁸Organización Mundial de la Salud. Temas de salud .Regreso de Alma-Ata.[internet]. Ginebra Suiza: Organización Mundial de la Salud; 15 de septiembre de 2008.2018 [citado julio 14 2018].Recuperado apartir de: <http://www.who.int/dg/20080915/es/>

¹⁹ Congreso de la Republica de Colombia. Ley 1438 de 2011. Bogotá DC. Congreso de la Republica de Colombia. 2011. Capitulo III. Artículo 12.

Está relacionada con la garantía al acceso a los servicios de salud, el mejoramiento permanente de la calidad de la atención en salud, y la búsqueda y generación de eficiencia en la prestación de los servicios de salud a la población colombiana²⁰. Por otro lado, la prestación de servicios de salud en Colombia se encuentra reglamentada por la política nacional de prestación de servicios de salud, obedeciendo a la ley 1122 de 2007 y sus decretos reglamentarios, cuyo principal objetivo es garantizar el acceso y la calidad de los servicios, optimizar el uso de los recursos, promover los enfoques de atención centrada en el usuario y lograr la sostenibilidad financiera de las instituciones prestadoras de servicios de salud pública²¹

4.3.5 FALLA DE LA ATENCIÓN EN SALUD SEGÚN EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Una deficiencia para realizar una acción prevista según lo programado o la utilización de un plan incorrecto, lo cual se puede manifestar mediante la ejecución de procesos incorrectos (falla de acción) o mediante la no ejecución de los procesos correctos (falla de omisión), en las fases de planeación o de ejecución. Las fallas son por definición no intencionales²².

4.3.6 POLÍTICA INSTITUCIONAL DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

²⁰ Departamento Nacional de planeación. Prestación de Servicios de Salud. [internet]. Bogotá DC: Departamento Nacional de planeación; 11 noviembre de 2016. 2018[citado julio 14 2018]. Recuperado en: <https://www.dnp.gov.co/programas/desarrollo-social/subdireccion-de-salud/Paginas/prestacion-de-servicios-de-salud.aspx>

²¹ Congreso de la Republica de Colombia. Ley 1122 de 2007. Bogotá DC. Congreso de la Republica de Colombia. 2007.1p

²²Ministerio de la Protección Social. Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente en la república de Colombia. Bogotá DC: Ministerio de la Protección Social;2008.16p

La política de seguridad debe procurar establecer en forma clara los propósitos de su formulación, que pueden ser:

- Instituir una cultura de seguridad del paciente: Justa, educativa, y no punitiva, pero que no fomente la irresponsabilidad.
- Reducir la incidencia de incidentes y eventos adversos.
- Fomentar un entorno seguro para la atención. Educar, capacitar, entrenar, y motivar al personal para la seguridad del paciente.

Además de lo anterior debe dar lineamientos claros de cómo implementarla, por consiguiente, se debe abordar los siguientes temas.

- La creación de un sistema de reporte de incidentes y eventos adversos.
- Garantizar la confidencialidad de los análisis.
- Estrategias organizacionales para su operación, equipo de trabajo, componente del sistema de calidad, mecanismos de difusión, capacitación, entrenamiento.
- Homologar en la institución los conceptos y definiciones claves.
- Integración con otras políticas y procesos institucionales: calidad, talento humano, recursos físicos, tecnológicos.
- Como construir una alianza con el paciente y su familia.²³

4.4 MARCO CONCEPTUAL

²³Ministerio de la Protección Social. Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente en la república de Colombia. Bogotá DC: Ministerio de la Protección Social;2008.24p

ATENCIÓN EN SALUD

Servicios recibidos por los individuos o las poblaciones para promover, mantener, monitorizar o restaurar la salud. ²⁴

BARRERA DE SEGURIDAD

Una acción o circunstancia que reduce la probabilidad de presentación del incidente o evento adverso. ²⁵

EVENTO ADVERSO

Es el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño. Los eventos adversos pueden ser prevenibles y no prevenibles.²⁶

EVENTO ADVERSO PREVENIBLE

Resultado no deseado, no intencional, que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado.²⁷

EVENTO ADVERSO NO PREVENIBLE

²⁴Ministerio de la Protección Social. Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente en la república de Colombia. Bogotá DC: Ministerio de la Protección Social;2008.16p

²⁵Ministerio de la Protección Social. Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente en la república de Colombia. Bogotá DC: Ministerio de la Protección Social;2008.16p

²⁶Ministerio de la Protección Social. Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente en la república de Colombia. Bogotá DC: Ministerio de la Protección Social;2008.16p

²⁷Ministerio de la Protección Social. Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente en la república de Colombia. Bogotá DC: Ministerio de la Protección Social;2008.16p

Resultado no deseado, no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial²⁸

En el evento adverso se generan las consecuencias finales de procesos defectuosos mediante el modelo explicativo, denominado QUESO SUIZO. Para James Reason, las organizaciones establecen de forma natural las barreras para impedir que las amenazas exteriores al sistema puedan llegar a causar daño. Estas barreras que se van construyendo dentro del proceso son imaginadas por el autor como láminas de queso suizo con agujeros. Estos corresponden a los errores activos y errores latentes que existen en cualquier proceso, y que continuamente se están abriendo, cerrando y cambiando de ubicación. Cuando se alinean hacen que la amenaza se materialice, produciendo daños.

Los prevencionistas de riesgos pueden evaluar los errores latentes de los procesos, cuyo diseño si no es revisado y corregido, habilitaría la entrada de elementos patógenos al sistema. De esta forma, se crean condiciones latentes que tienen dos tipos de efectos adversos:

- a) Pueden transformarse en errores por las condiciones adversas dentro del lugar de trabajo, como el estrés provocado por la presión del tiempo, falta de recursos, utilización de equipamiento inadecuado, fatiga e inexperiencia de las personas, etc.
- b) Puede crear huecos o debilidades perdurables en las defensas, que normalmente son alarmas e indicadores no confiables, procedimientos impracticables, deficiencias constructivas de las estructuras y de un diseño inadecuado.

Las condiciones latentes, como lo sugiere el término, pueden estar inactivas dentro del sistema por muchos años antes de que se combinen con los errores activos de las personas y factores desencadenantes locales para crear la

²⁸Ministerio de la Protección Social. Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente en la república de Colombia. Bogotá DC: Ministerio de la Protección Social;2008.16p

oportunidad de un accidente. A diferencia de los errores activos, cuyas formas de presentarse son difíciles de prever, estas pueden ser identificadas y corregidas antes de un evento perjudicial²⁹

El mejor modelo explicativo acerca de la ocurrencia del evento adverso, y es el que utilizaremos en este documento, es del queso suizo: para que se produzca un daño, es necesario que se alineen las diferentes fallas en los diferentes procesos, a semejanza de los orificios de un queso: cuando alguno de ellos no lo hace, el daño no se produce. Igualmente se produce una falla en uno de los procesos está puede acentuar las fallas existentes en otros procesos a manera de un efecto dominó.

Por esa razón, es fundamental la búsqueda de las causas que originaron el evento adverso: el análisis causal, análisis de la ruta causal o de la causa raíz, de tal manera que se puedan definir e identificar las barreras de seguridad. En el análisis del incidente o del evento adverso sucedido es necesario considerar la ocurrencia de fallas en los procesos de atención para identificar las barreras de seguridad que deberán prevenir o neutralizar la ocurrencia del evento.

FALLA DE LA ATENCIÓN EN SALUD

Una deficiencia para realizar una acción prevista según lo programado o la utilización de un plan incorrecto, lo cual se puede manifestar mediante la ejecución de procesos incorrectos (falla de acción) o mediante la no ejecución de los procesos correctos (falla de omisión), en las fases de planeación o de ejecución. Las fallas son por definición no intencionales³⁰

²⁹ Lazo R. Modelo del Queso Suizo: Combatiendo errores latentes. Revista HSEC.2016; sin volumen: 1

³⁰Ministerio de la Protección Social. Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente en la república de Colombia. Bogotá DC: Ministerio de la Protección Social;2008.16p

INDICIO DE ATENCIÓN INSEGURA

Un acontecimiento o una circunstancia que pueden alertar acerca del incremento del riesgo de ocurrencia de un incidente o evento adverso.³¹

INCIDENTE

Es un evento o circunstancia que sucede en la atención clínica de un paciente que no le genera daño, pero que en su ocurrencia se incorporan fallas en los procesos de atención.³²

PRÁCTICA SEGURA: Barrera de seguridad para reducir y en lo posible eliminar los eventos adversos o mitigar sus consecuencias.³³

RIESGOS

Es la probabilidad que un incidente o evento adverso ocurra³⁴.

SEGURIDAD DEL PACIENTE

Se define como el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias. Implica la evaluación permanente de los riesgos asociados a la atención en salud para diseñar e implantar las barreras de seguridad necesarias.³⁵

³¹Ministerio de la Protección Social. Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente en la república de Colombia. Bogotá DC: Ministerio de la Protección Social;2008.16p

³²Ministerio de la Protección Social. Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente en la república de Colombia. Bogotá DC: Ministerio de la Protección Social;2008.16p

³³Ministerio de la Protección Social. Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente en la república de Colombia. Bogotá DC: Ministerio de la Protección Social;2008.16p

³⁴Ministerio de la Protección Social. Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente en la república de Colombia. Bogotá DC: Ministerio de la Protección Social;2008.16p

³⁵Ministerio de la Protección Social. Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente en la república de Colombia. Bogotá DC: Ministerio de la Protección Social;2008.16p

SISTEMA DE GESTIÓN DEL EVENTO ADVERSO

Se define como el conjunto de herramientas, procedimientos y acciones utilizadas para identificar y analizar la progresión de una falla a la producción de daño al paciente, con el propósito de prevenir o mitigar sus consecuencias.³⁶

Los conceptos anteriormente relacionados son aspectos a tener en cuenta al momento de implementar la política de seguridad del paciente seguir los lineamientos establecidos por la normatividad Colombiana que dice que toda institución de salud debe tener sus procesos documentados, socializados para garantizar que los procesos seguros estén bien definidos, se monitoreen y se analicen los indicadores de seguimiento a riesgos según las características de la institución.

4.4.1 PALABRAS CLAVE

Seguridad del paciente, atención en salud, riesgo, evento adverso, fallas de la atención en salud, incidente. (DeCS)

4.5 MARCO JURIDICO, LEGAL O NORMATIVO

³⁶Ministerio de la Protección Social. Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente en la república de Colombia. Bogotá DC: Ministerio de la Protección Social;2008.16p

Colombia es un Estado social de derecho, organizado en forma de República unitaria, descentralizada, con autonomía de sus entidades territoriales, democrática, participativa y pluralista, fundada en el respeto de la dignidad humana, en el trabajo y la solidaridad de las personas que la integran y en la prevalencia del interés general.

El Sistema de General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) fue creado en 1993 con la ley 100. A nivel nacional está en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social, Superintendencia Nacional de Salud, Entidades de administradoras de planes de beneficios e Instituciones Prestadoras de Servicios que ofrecen a sus afiliados servicios de salud acorde al marco normativo y leyes vigentes que proponen brindar servicios de salud con calidad teniendo en cuenta características como continuidad, oportunidad, pertenencia, accesibilidad y seguridad a toda la población.

En los aspectos jurídicos de la seguridad del paciente se hace importante contextualizar la trazabilidad y la evaluación de los estándares de seguridad del paciente. Como punto de partida vale la pena preguntarnos cuales son los riesgos en nuestro entorno en este caso hospital local de candelaria, se configura el riesgo medico entonces como un problema de primer orden no solo para la salud de la población candelareña, sino que este mismo tiene importantes consecuencias para el mantenimiento de los sistemas de seguridad social en salud e incluso para la sostenibilidad fiscal y financiera del hospital, ya que cada evento adverso representa una posible demanda de los afectados, gastos financieros adicionales que debe asumir la institución buscando subsanar jurídicamente sus errores en procedimientos médicos.

En ese orden de ideas diremos que la salud como derecho fundamental consagra que todo individuo tiene derecho a la atención en salud de manera adecuada, el objetivo de la calidad y seguridad del paciente constituyen pues el hilo conductor

en la trazabilidad de nuestros principios rectores a la hora de prestar servicios en salud.

Herramientas como los indicadores que son elementos estadísticos que nos permiten comparar en intervalos de tiempo la calidad de los servicios prestados los posibles errores presentados y de allí los posibles planes de mejora e innovación encaminados a minimizar el riesgo.

Por lo anterior en el presente trabajo de investigación es necesario resaltar aquellas normas que rigen la seguridad del paciente en nuestro país y el hospital Local de Candelaria no es ajeno a todas las directrices establecidas por el Ministerio de salud y protección social pese a que la adopción de prácticas seguras sea un hecho reciente en la institución esto demuestra que hay interés y compromiso por parte de los directivos por adherirse a las normas en pro de buscar y garantizar una atención segura a todos los usuarios que a diario acuden a la institución.

NORMA	AÑO	OBJETIVO DE LA NORMA
CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA	1991	Es la carta magna de la República de Colombia. Fue promulgada en la Gaceta Constitucional número 114 del jueves 4 de julio de 1991, y también se le conoce como la Constitución de los Derechos Humanos
LEY 100 SE CREA SGSSS	1993	Por el cual se establece el sistema general de seguridad social en salud.
RESOLUCION 4445 CONDICIONES SANITARIAS QUE	1996	Por la cual se dictan normas del cumplimiento de la ley 09 de 1979 referente en condiciones sanitarias que

DEBEN CUMPLIR LAS IPS		se deben cumplir por los establecimientos hospitalarios y similares.
DECRETO 1043 MANUAL UNICO DE PROCEDIMIENTO DE HABILITACIÓN	2006	Establece las condiciones que deben cumplir los prestadores de servicios de salud para habilitar servicios e implementar el componente de auditoria para el mejoramiento de la calidad.
DECRETO 1011 SISTEMA OBLIGATORIA DE LA GARANTIA DE LA CALIDAD	2006	Tiene como objetivo proveer de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgo y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios.
LEY 1112 AJUSTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD	2007	Prioridad al mejoramiento en la prestación de servicios, programas de salud pública, funciones de vigilancia y control, funcionamiento de redes para la prestación de servicios.
RESOLUCION 1474 MANUALES ESTANDARES DEL SISTEMA UNICO DE ACREDITACIÓN	2009	Adopta el manual de estándares de acreditación de instituciones prestadores de servicios de salud para la acreditación.
GUIA TECNICA DE BUENAS PRACTICAS	2010	Brinda a las instituciones recomendaciones técnicas para la

EN SEGURIDAD DEL PACIENTE		operativización e implementación de buenas prácticas en sus procesos asistenciales
RESOLUCION 2003 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL	2014	Se define los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios salud y de habilitación de servicios, estándar procesos prioritarios, todos los servicios.
RESOLUCION 0256 INDICADORES DE CALIDAD	2016	Sistema de información para la calidad en salud. Por la cual se dictan disposiciones en la relación con el sistema de información para la calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de calidad en salud.

5 DISEÑO METODOLÓGICO

5.1 TIPO DE ESTUDIO

La presente propuesta de investigación es un estudio cuantitativo que se realizó a través de la recolección de datos para la medición y el análisis del tema a investigar, es observacional porque se ejecutó un trabajo de campo para la recolección de datos y es de tipo descriptivo porque permite realizar un análisis a los hallazgos.

5.2 POBLACIÓN

La población objeto a investigar fueron los servicios de urgencias y partos mediante la verificación de buenas prácticas de seguridad del paciente establecidas por el ministerio de salud y protección social.

5.3 MUESTRA

La presente propuesta de investigación tuvo en cuenta las áreas de urgencias y partos del hospital local de Candelaria.

5.4 UNIDAD DE ANÁLISIS

Las 22 Guías técnicas de buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud aplicada en Colombia, actualizada en el 2015.

1. Seguridad del Paciente y atención segura
2. Evaluación de la frecuencia con la que ocurren los eventos adversos y monitoreo de los aspectos claves de la seguridad del paciente
3. Modelo pedagógico
4. Detectar, prevenir y Reducir infecciones asociadas a la atención en salud.
5. Mejorar la seguridad de la utilización de medicamentos

6. Procesos para la prevención y reducción del riesgo de caídas.
7. Mejorar la seguridad en procesos quirúrgicos.
8. Prevenir úlceras de presión
9. Asegurar la correcta identificación de los pacientes en los procesos asistenciales.
10. Garantizar la correcta identificación del paciente y las muestras de laboratorio.
11. Reducir el riesgo en la atención de pacientes cardiovasculares.
12. Prevenir complicaciones asociadas a disponibilidad y manejo de sangre, componentes y a la transfusión sanguínea.
13. Reducir el riesgo de atención del paciente crítico.
14. Reducir el riesgo de atención en pacientes con enfermedad mental.
15. Prevención de la malnutrición o desnutrición.
16. Garantizar la atención segura de la gestante y del recién nacido.
17. Atención de urgencias en población pediátrica.
18. Evaluación de pruebas diagnósticas antes del alta hospitalaria.
19. Sistema de reporte de seguridad en la unidad de cuidados intensivos.
20. Incentivar y desarrollar la adecuada comunicación entre las personas que atienden y cuidan a los pacientes.
21. Prevenir el cansancio en el personal de salud.
22. Garantizar la funcionalidad de los procesos de consentimiento informado

5.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

La lista de verificación solo será aplicada para evaluar las áreas de urgencias y partos del Hospital Local de Candelaria, se excluyen los riesgos inherentes al evento adverso asociados a la adherencia de guías de práctica clínica

5.6 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Para la aplicación de la lista de verificación de buenas prácticas de seguridad del paciente, se excluirán los servicios de consulta externa y programas de promoción y prevención.

5.7 VARIABLES

Deficiente: rango menor de 70%

Aceptable: rango entre 70 a 84%

Bueno: rango entre 85 a 90%

Optimo: rango entre 91 a 100%

5.8 PLAN DE ANALISIS

5.8.1 RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Para la recolección de la información se aplicó la lista de chequeo de buenas prácticas seguras obligatorias diseñado e implementado por el ministerio de salud y protección social de Colombia a la cual se le realizó caracterización a cada práctica para la obtener información clara y precisa. Ver anexo 1.

5.8.2 TABULACIÓN DE DATOS

Para la tabulación de los datos que se recogieron en la lista de verificación del ministerio y protección social se utilizó Excel 2013.

5.83 ANALISIS DE LOS RESULTADOS

Después de aplicar lista de verificación se identifica que la práctica más crítica es la detección, prevención y reducción de infecciones asociadas a la atención en salud para esto fue necesario identificar las fallas activas, los factores contributivos y las posibles causas, dentro de la investigación se identificó:

Desactualización de protocolos, Se evidencia el protocolo de lavado de manos, adoptado por el Hospital Local con fecha de última actualización Julio de 2015

Ausencia de protocolo, No cuentan con protocolo de venopunción en el momento

No se evidencia Guía para el aislamiento de pacientes desde el ingreso a la institución, por lo tanto no cuenta con la implementación de esta.

No cuentan con indicadores de infecciones de sitio operatorio en el momento, por la complejidad de la institución solo se realiza procedimientos no cruentos.

El Hospital local de candelaria realiza medición del indicador de infecciones de endometritis pos – parto. Pero no se evidencia acciones de mejora.

La institución no realiza medición de las flebitis infecciosas asociadas al uso de catéter periférico, no realiza medición mensual de infecciones del torrente sanguíneo (bacteriemias) asociadas al uso de catéteres, No se evidencia Medición mensual de infección de vías urinarias asociada al uso de sondas, No se evidencia las auditorias semestrales en la adherencia de higiene de manos.

Posterior a la identificación de factores que influyen en acciones inseguras se utiliza el diagrama de espina de pescado para Identificar las condiciones asociadas con cada acción insegura teniendo en cuenta el contexto institucional y las circunstancias en que se cometieron los errores para establecer un plan de acción y recomendaciones para mejorar las debilidades encontradas.

ANÁLISIS DE ESPINA DE PESCADO

1. Cuestiones sobre RR. HH

- Personal no formalmente entrenado
- Personal sin adecuada capacitación en uso de tecnología
- Falta de experticia del personal.
- Personal flotante en los servicios

El hospital local de Candelaria por ser una entidad pública donde su modelo de contratación es por prestación de servicio, hace que la rotación del personal que se contrate sea de manera temporal ocasionando que los procesos no sean acordes a la hora de dar continuidad a los mismos, la falta de experticia así como la inadecuada capacitación a este personal se conviertan en factores contributivos que afectan la seguridad en atención.

2. Cuestiones gestión de información

- Inadecuada difusión de información
- Falta de comprensión de información brindada
- No compromiso al seguir indicaciones

La rotación permanente de profesionales de salud es un factor que favorece la inadecuada adherencia a prácticas seguras en el hospital, pues la gestión de la información es un elemento el cual está siendo utilizado de forma inadecua por

que no permite que el personal tenga una información adecuada, precisa y concisa ya que no se evalúa la comprensión de esta cuando es difundida favoreciendo a que se presente fallas en la atención.

3. Gestión del medio (entorno)

- Ausencia de condiciones de infraestructura que dificultan el cumplimiento de protocolos
- Inadecuadas condiciones de iluminación
- Inadecuadas o deficientes instalaciones hidrosanitarias
- Carencia o deficiente calidad del agua para consumo humano.

El hospital local de Candelaria no cuenta con una infraestructura, una iluminación, una ventilación y con calidad de agua adecuada siendo esto factores que facilitan la presencia de eventos asociados a la atención en salud.

4. Liderazgo y cultura corporativa

- Deficiencia de programas de inducción y re inducción a personal temporal o flotante
- No implementación de rondas de seguridad
- Sobrecarga laboral (exceso de pacientes o labores asignados).
- No contar con programas de capacitación ni socialización de las guías y protocolos

El hospital carece de asignación líderes por área a los cuales se deberán empoderar para llevar a cabo los programas de inducción al personal nuevo y la reinducción al personal antiguo, donde se pueda garantizar la capacitación así

como la socialización y evaluación de guías, protocolos y también se ejecuten las rondas de seguridad dentro de los procesos establecidos.

5.Fomento de la comunicación

- Deficiencia en canales de comunicación
- No comprensión de información brindada
- Uso de terminología no adecuada

Otra falla latente en el Hospital que contribuye a la presencia de eventos adversos y no se cumple la adherencia a prácticas seguras, es el inadecuado fomento de la comunicación, los medios utilizados para la difusión de la información no es acorde ya que no permiten que la información llegue a todo el personal que hace parte de la institución además de que no cuenta con medios donde se valide que la información fue transmitida de acuerdo al objetivo que se pretende alcanzar.

6.Clara comunicación de prioridades

- Comunicación confusa
- Comunicación tardía
- Comunicación de información incompleta

7.Factores incontrolables

- Edad del paciente
- Complejidad de la patología
- Idioma
- Polimedición

La población del municipio de Candelaria son usuarios con un nivel bajo de educación que dificulta la comunicación para darles a conocer su patología, además son usuarios con múltiples comorbilidades que pueden llevar a sufrir con más facilidad eventos adversos.

8. Factores de formación y aprendizaje

- Capacitaciones inadecuadas o insuficientes
- Falta de disposición del personal para aprender
- Medios inadecuados de difusión de información

Los factores de formación y aprendizaje son otra de las causas que hacen que las prácticas seguras no se cumplan dentro del hospital de Candelaria debido a que su personal es flotante y variable por ende no se cuenta con personal que sea comprometido, ni tenga disposición para aprender o acatar las directrices establecidas dentro del proceso de atención o también puede estar relacionado que no se cuenta con medios de difusión claros a la hora de emitir información.

9. Fallo en el equipamiento

- Ausencia o desactualización de protocolos
- Socialización inadecuada de protocolos
- Falta de evaluación de protocolos
- Falta de seguimiento a adherencia a protocolos

La falta de asignación de líderes en los procesos de atención conducen a que no se cumpla con requerimientos acerca de la actualización, socialización de protocolos así como el seguimiento a la adherencia a los mismos,

convirtiéndose esto en causas que inducen la presencia de fallas en los procesos asistenciales.

10.Fallo en coordinación del equipo

- Problemas de comunicación del equipo de trabajo
- Falta de supervisión en el desarrollo del procedimiento
- No disponibilidad de personal de soporte
- No trabajo en equipo

La falta de coordinación del equipo de trabajo es otro factor contributivo a la hora de cumplir con la adherencia de prácticas seguras en el hospital de Candelaria, debido a la falta de empoderamiento por parte del líder asignado, la falta de trabajo en equipo así como los problemas de comunicación se han convertido en barreras que afectan la seguridad del paciente dentro de la institución.

11.Factores individuales

- Omisión en la aplicación de protocolos
- Desconocimiento de indicación de aislamiento
- Falta de experiencia del personal asistencial
- Falta de compromiso con la cultura institucional de seguridad

La falta de compromiso con la cultura de seguridad, la omisión de aplicación de protocolos, la inexperiencia del personal son factores contributivos al momento de evaluar la adherencia a las prácticas seguras en el hospital de Candelaria, estos son considerados factores individuales, donde se ve reflejado que los individuos debido a sus tipos de contratos y a frecuente rotación de los mismos

favorece a que los profesionales no tomen la suficiente conciencia a la hora de ofrecer sus servicios.

12. Factores del paciente/familia

- Desconocimiento de importancia de lavado de manos
- No importancia de la higiene de manos
- Falta de colaboración de familiares
- Desconocimiento de su patología.

La educación brindada a los pacientes y familiares por el hospital Local de Candelaria es inadecuada no cuentan con material educativo que le permita socializar y dar a conocer el tema a tratar esto puede contribuir a ocasionar prácticas inseguras.

5.8.4 DIFUSIÓN DE LOS RESULTADOS

El resultado de la investigación se expondrá por medio de socialización al personal de la institución investigada.

5.9 COMPROMISO DEL INVESTIGADOR

5.9.1 COMPROMISO BIOETICO

Los aspectos bioéticos del presente trabajo del presente trabajo están regidos por las normas y parámetros éticos y universales establecidos y referidos a través de

la Resolución 008430 del 04 de octubre de 1993, expedida por el entonces Ministerio de Salud de la República de Colombia para investigación en Ciencias de la Salud.

Consentimiento informado Institucional ver anexo

5.9.2 COMPROMISO MEDIO AMBIENTAL

Los investigadores se comprometen a salvaguardar las normas medioambientales Nacionales e Internacionales, cuidando el entorno, haciendo mínimo uso de papel y utilizando medios magnéticos para la información.

5.10 RESPONSABILIDAD SOCIAL

Este trabajo beneficiará a la comunidad del municipio de Candelaria y el medio ambiente mediante capacitación al personal de salud en buenas prácticas como la adecuada disposición de residuos hospitalarios.

5.11 ASPECTOS ADMINISTRATIVO

5.11.1 CRONOGRAMA DE TABAJO

ACTIVIDADES	JULIO 2018				AGOSTO 2018				SEPTIEMBRE 2018
	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1
Planeación de actividades									
Revisión de literatura relacionada al tema de investigación									
Recibir asesoría para orientación de parte de tutor temático asignado									
Realizar la caracterización de la lista de verificación acorde a cada estándar a evaluar.									
Aplicación de instrumento para recolección de información objeto									

de investigación									
Análisis de resultados obtenidos de la recolección de datos.									
Recibir asesoría de parte de Tutores asignados									
Realizar ajuste para presentación del trabajo de investigación									
Presentación de trabajo finalizado									

5.11.2 PRESUPUESTO

ÍTEM	UNIDAD	CANTIDAD	VALOR UNIDAD	APORTES		TOTAL
				FUAA	ESTUDIANTE	
TALENTO HUMANO						
ASESOR (2)	Hora/docente	6	\$ 150.000	\$ 100.000		\$ 1.000.000
ESTUDIANTE (3)	Hora/docente	120	\$ 10.000		\$ 1.200.000	\$ 3.600.000
RECURSOS LOGÍSTICOS						
INTERNET	Hora/internet	50	\$ 1.000		\$ 50.000	\$ 150.000
LLAMADAS	Minutos	35	\$12.000		\$ 42.000	\$ 126.000
VIÁTICOS	Pasaje	30	\$ 15.000		\$ 300.000	\$ 900.000
CD	Unidad	4	\$ 1.500		\$ 6.000	\$ 6.000
REFRIGERIOS	Unidad	10	\$ 9.000		\$ 90.000	\$ 270.000
MATERIALES		1	\$ 50.000		\$ 50.000	\$ 150.000
IMPREVISTOS		1	\$ 300.000		\$ 300.000	\$ 300.000
TOTALES				\$ 100.000	\$ 2.038.000	\$ 6.502.000

6. ANALISIS DE LOS RESULTADOS

Para la verificación de la adherencia al cumplimiento de las prácticas de seguridad del paciente en el Hospital Local de Candelariase realizó la aplicación de la lista de chequeo de buenas prácticas seguras del Ministerio de Salud, por cada practica se realizaron preguntas que pueden ir entre 1 y 25 ítems a evaluar, identificado el nivel de cumplimiento el cual fue tomado de la siguiente forma:

Nivel de Calidad	Rango de Calificación
Deficiente	Menor de 70
Aceptable	De 70 a 84
Bueno	85 a 90
Óptimo	91 a 100

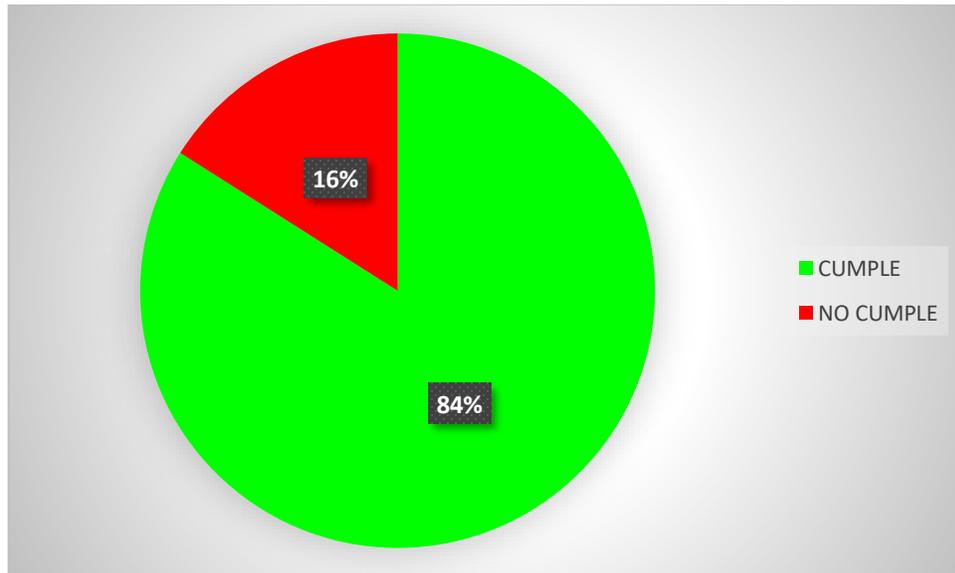
1. CAJA DE HERRAMIENTAS PARA LA IDENTIFICACIÓN Y GESTIÓN DE EVENTOS ADVERSO

En la práctica de contar con un programa de seguridad del paciente que provea una adecuada caja de herramientas para la identificación y gestión de eventos adversos se encontró que el Hospital Local de Candelaria dentro de los ítemsno cumple con:

- ¿Cuenta con formulación de acciones de mejoramiento o preventivas para evitar o disminuir los riesgos más críticos de los procesos asistenciales priorizados?

- ¿Qué metodología emplean?

Obteniendo una calificación de cumplimiento del 84% arrojando un nivel de calidad aceptable



Este porcentaje puede estar asociado a que la institución no cuenta con la formulación de acciones de mejoramiento o preventivas para evitar o disminuir los riesgos más críticos de los procesos asistenciales priorizados, cabe resaltar que dentro de la implementación del programa de seguridad del paciente es necesario conocer que la seguridad debe ser un atributo de la calidad y así ser coherente con los objetivos estratégicos de la institución.

2. MONITORIZACIÓN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

La institución cumple al 100%

3. INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD

El Hospital Local de Candelaria dentro de la práctica de detectar, prevenir y reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención en salud no cumple con los siguientes ítems:

- ¿Se realizan auditorías semestrales de adherencia a la higiene de manos para todos los servicios asistenciales? ¿Cuándo fue la última auditoría realizada?

Hallazgo: No se evidencia las auditorias semestrales en la adherencia de higiene de manos. Se evidencia que la última auditoria fue en el mes julio 2017.

- ¿Cuenta con protocolo de venopunción que incluye acciones para prevenir las flebitis infecciosas, químicas y mecánicas?

Hallazgo: No cuentan con protocolo de venopunción en el momento, pero se encuentran en proceso de adaptación

- ¿Cuenta con guía para el aislamiento de pacientes desde el ingreso a la institución? ¿La guía para el aislamiento Incluye medidas de aislamiento universales? ¿La guía se encuentra socializada?

Hallazgo: No se evidencia guía para el aislamiento de pacientes desde el ingreso a la institución, no cuenta con la implementación de esta. Cuando llega un usuario con sospecha de enfermedades transmitidas por aerosoles entregan tapabocas.

- Se realiza medición mensual del indicador de infecciones de sitio operatorio (ISO)? ¿Qué metodología de evaluación aplican?

Hallazgo: No cuentan con indicadores de infecciones de sitio operatorio en el momento, por la complejidad de la institución solo se realiza procedimientos no cruentos.

- ¿Se realiza medición mensual del indicador de infecciones de endometritis post – parto? ¿Cuenta con la documentación de acciones de mejora?

Hallazgo: El Hospital local de candelaria no realiza medición del indicador de infecciones de endometritis pos – parto.

- ¿Se realiza medición mensual de las neumonías nosocomiales asociadas a ventilador? ¿Hay evidencia de documentación de acciones de mejora?

Hallazgo: No se evidencia indicadores, ni acciones de mejora

- ¿Se realiza medición mensual de infecciones transmitidas por transfusión (ITT)? ¿Cuenta con documentación de acciones de mejora?

Hallazgo: El hospital local de Candelaria por ser una institución de baja complejidad no realiza este tipo de procedimiento, por lo tanto no diligencia indicadores, refieren que no transfunden a los usuarios si hay la necesidad de trasfudir se remite al paciente a otra institución que preste el servicio.

- ¿Se realiza medición mensual de las flebitis infecciosas asociadas al uso de catéter periférico? ¿Cuenta con documentación de acciones de mejora?

Hallazgo: La institución no realiza medición de las flebitis infecciosas asociadas al uso de catéter periférico.

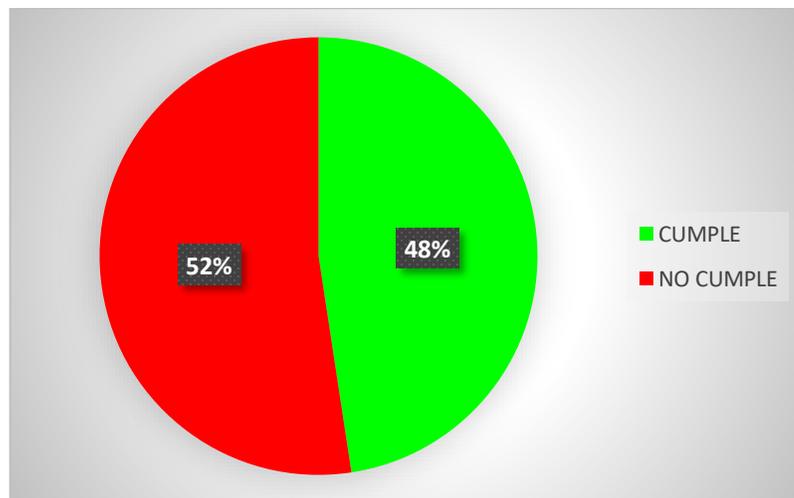
- ¿Se realiza medición mensual de infecciones del torrente sanguíneo (bacteriemias) asociadas al uso de catéteres centrales? ¿Cuenta con documentación de acciones de mejora?

Hallazgo: La institución no realiza medición mensual de infecciones del torrente sanguíneo (bacteriemias) asociadas al uso de catéteres centrales

- ¿Se realiza medición mensual de infección de vías urinarias asociada al uso de sondas? ¿Cuenta con documentación de acciones de mejora?

Hallazgo: No se evidencia medición mensual de infección de vías urinarias asociada uso de sondas

Arrojando una calificación de cumplimiento del 47,6% catalogado con un nivel de calidad deficiente.



Esta práctica una de las más críticas que tiene el Hospital Local de Candelaria de acuerdo a la evaluación realizada, esto está relacionado a que no se identifican las acciones inseguras y los factores contributivos que conduzcan a la disminución de riesgo de infecciones, no se realizan auditorías semestrales de adherencia a la higiene de manos para todos los servicios asistenciales, no cuenta con Guía para el aislamiento de pacientes desde el ingreso a la institución, ni con el Protocolo de venopunción que incluye acciones para prevenir las flebitis infecciosas, químicas y mecánicas, no realiza medición mensual del indicador de infecciones, ni medición mensual de infección de vías urinarias asociada al uso de sondas, por ende no cuentan con un plan de mejoramiento para mitigar o disminuir los eventos adversos asociados a esta práctica.

4. MEJORAR LA SEGURIDAD EN LA UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS

En la práctica de mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos se encontró que el Hospital Local de Candelaria dentro de los ítems no cumple con:

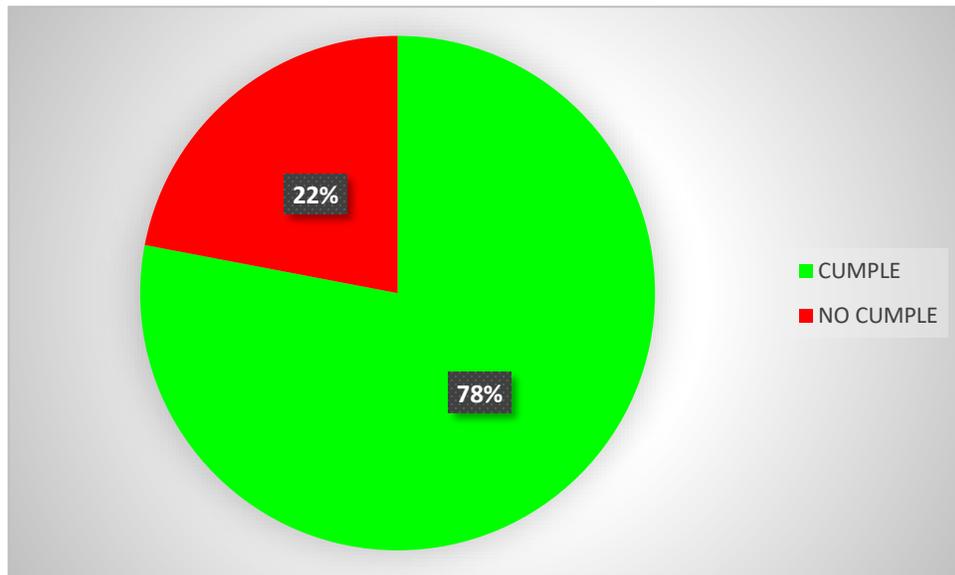
- ¿Hay evidencia documental del análisis de causa del evento adverso: lesión por administración incorrecta de medicamentos, cuando se presente, identificando las acciones inseguras, los factores contributivos? ¿se encuentran documentadas las acciones de mejoramiento que conduzcan a la disminución de dicho evento adverso? ¿El análisis se desarrollar en un comité de seguridad?

Hallazgo: No hay evidencia el reporte del evento por administración incorrecta de medicamento, se evidencia su análisis pero no se corrobora evidencia del plan de mejora por parte del personal a cargo.

- ¿Se realiza aplicación de listas de chequeo para asegurar la entrega correcta de los medicamentos del proveedor al lugar de almacenamiento de la institución?

Hallazgo: No se evidencia la aplicación de las lista de chequeo para la entrega correcta de los medicamentos del proveedor al lugar de almacenamiento.

En esta práctica se obteniendo una calificación de cumplimiento del 78% catalogado en un nivel de calidad aceptable.



El no cumplimiento en esta práctica, puede estar asociado a que no hay evidencia documental del análisis de causa del evento adverso relacionado a lesión por administración incorrecta de medicamentos cuando se presenta, identificando las acciones inseguras y factores contributivos, debido a la falta de seguimiento al cumplimiento de esta práctica o la omisión del reporte por parte del personal que ejecuta dicha actividad asociado a la falta de cultura en seguridad del paciente

5. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE EN LOS SERVICIOS ASISTENCIALES

El Hospital Local de Candelaria cumple al 100%

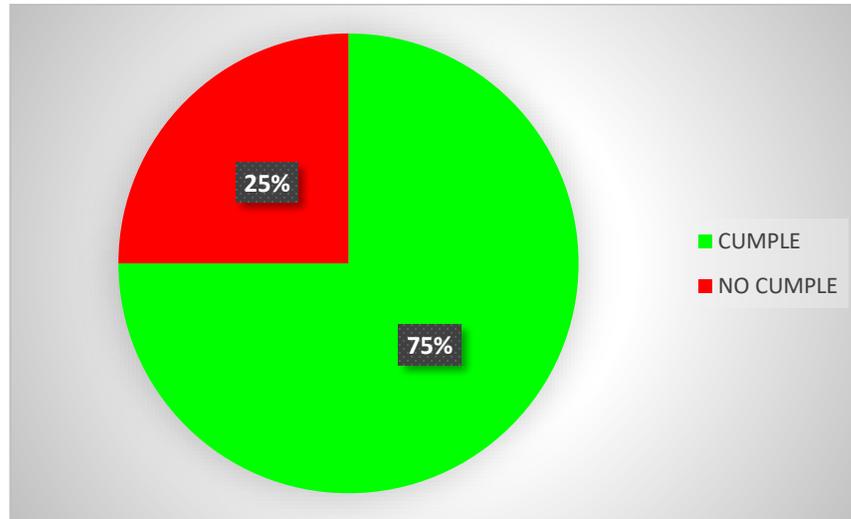
7. PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DE LA FRECUENCIA DE CAÍDAS

El hospital local de candelaria dentro de los procesos para la prevención y reducción de la frecuencia de caídas no cumple con los siguientes ítems:

- ¿Cuenta con protocolo para la minimización de riesgos de caída derivados de la condición del paciente desarrollado o adoptado por la institución y actualizado con la periodicidad que defina la institución, pero dicha actualización no debe ser superior a los cinco años. Dicho protocolo debe incluir que las camas y camillas tengan barandas, las escaleras antideslizantes, los baños agarraderas en duchas y sanitarios, la ausencia de obstáculos en los pasillos de internación y una adecuada iluminación?

Hallazgo: Se evidencia protocolo para minimizar el riesgo de caídas, última actualización Febrero de 2018. Teniendo en cuenta la condición del paciente: La camillas se encuentran buen estado, con barandas arriba, Los baños no tienen agarraderas y no son aptos para paciente con discapacidad. El pasillo es reducido y presencia de usuarios que obstaculizan el paso. No cuenta con buena iluminación.

En esta práctica se obteniendo una calificación de cumplimiento del 75% catalogado en un nivel de calidad aceptable.



El hospital no logra el cumplimiento de esta práctica debido a la presencia de factores contributivos como no contar con baños adecuados para pacientes con discapacidad, esto no cuentan con barandas que permitan un agarre seguro, la iluminación es deficiente y se evidencia presencia de obstáculos en los pasillos, factores que facilitan la presencia de eventos adversos.

8. PREVENCIÓN DE ULCERAS POR PRESIÓN

La institución cumple al 100%

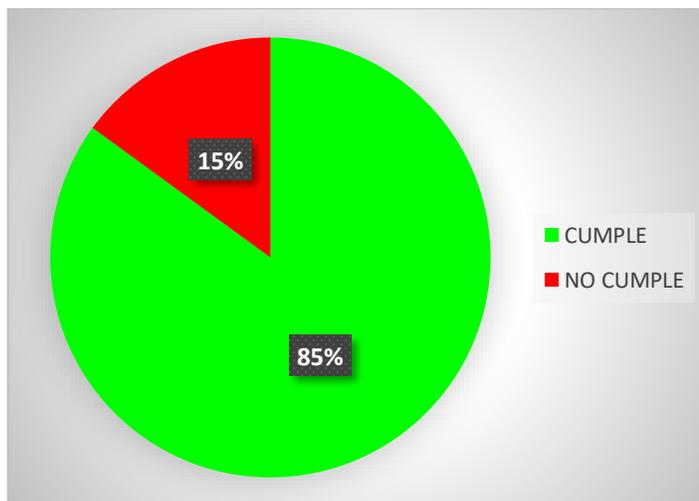
9. GARANTIZAR LA ATENCIÓN SEGURA DEL BINOMIO MADRE HIJO

En la práctica garantizar la atención segura del binomio madre hijo de mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos se encontró que el Hospital Local de Candelaria dentro de los ítems no cumple con:

- ¿Hay implementación de la lista de Chequeo para garantizar una vigilancia estricta de la mujer en el postparto inmediato, para equipos médicos y de enfermería?

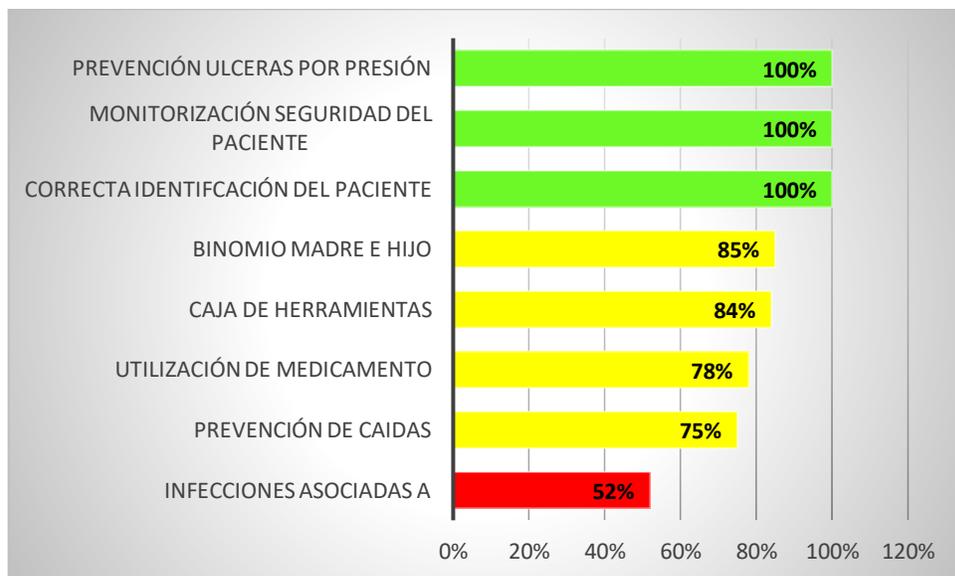
Hallazgo: No se evidencia la lista de chequeo que garantiza una vigilancia de la mujer en el postparto.

En esta práctica se obteniendo una calificación de cumplimiento del 85% catalogado en un nivel de calidad bueno.



El hospital cuenta con la existencia de la Guía para la atención prioritaria a la gestante, guías clínicas para la atención de la gestante en el periodo prenatal, atención del parto y puerperio, realiza medición mensual de la completitud del kit de emergencias obstétricas y de los demás insumos requeridos para su atención, pero no cuenta con la implementación de la lista de chequeo para garantizar una vigilancia estricta de la mujer en el postparto inmediato practica que permitiría mitigar la morbimortalidad asociada a complicaciones en esta etapa, convirtiéndose así en una barrera de defensa frente la presencia de un evento adversos.

PRACTICAS SEGURAS HOSPITAL LOCAL DE CANDELARIA



El porcentaje de cumplimiento del primer semestre del año 2018 de prácticas seguras del hospital local de candelaria es de 67,4% catalogado como un nivel de calidad deficiente, se puede además evidenciar que la práctica que se debe priorizar lo más pronto posible es la de detectar, prevenir y reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención en salud con el fin de generar gran impacto

por el riesgo de morbilidad en los usuarios que son atendidos en el hospital, así como la elevada carga económica para el sistema de salud y la institución.

7. CONCLUSIONES

El diseño de nuevas barreras de seguridad le permitirá al Hospital Local de Candelaria identificar los errores más frecuentes que suceden durante el proceso de atención, aprenderá a gestionarlo y a prevenirlo de esta manera se contribuirá a mejorar la cultura de seguridad del paciente de manera progresiva.

El tema de buenas prácticas seguras se debe abordar desde el método científico para sustentar conceptos, modelos y herramientas que permitan entender los factores humanos y organizacionales que contribuyen a la ocurrencia de errores y eventos adversos e intervenirlos.

Es importante detectar, prevenir y reducir las infecciones relacionadas con la atención en salud debido a su gran impacto por el riesgo de morbilidad y mortalidad en los pacientes así como la elevada carga económica para los sistemas de salud.

El riesgo de padecer infecciones asociada a la atención en salud generan un impacto económico esto se puede reducir con la aplicación de medidas simples eficaces como la adecuada higiene de las manos, la ejecución de prácticas seguras en los procesos de atención, para lograrlos se requiere de responsabilidad y cambio de conducta por parte del personal de salud del todo el hospital.

Un adecuado seguimiento a los eventos adversos derivados de las inadecuadas prácticas en la atención en salud mediante la disposición de datos confiables a través del fortalecimiento de los sistemas de vigilancia y control como el seguimiento a la adherencia a los protocolos garantizará la efectividad del programa de seguridad del paciente.

8. RECOMENDACIONES

- El hospital local de candelaria debe articularse con el sistema de obligatorio de garantía de la calidad y cada uno de sus componentes como la habilitación, de allí la necesidad de reevaluar los estándares de habilitación para el buen funcionamiento de la institución.
- La E.SE debe reforzar las auditorías internas donde se evalué los procesos de atención permitiendo identificar oportunidades de mejora.
- El hospital local de candelaria a través de los líderes de cada área debe fortalecer los lineamientos de seguridad del paciente para que se conviertan en agentes educadores y promotores de la cultura de seguridad del paciente.
- Incentivar la cultura del reporte de eventos entre el personal, garantizándole un entorno de confidencialidad, para generar un clima organizacional proactivo y no punitivo.
- Implementar estrategias que busquen involucrar al paciente y la familia para que puedan identificar los posibles factores que contribuyen que conduce a la presencia de eventos asociados en la atención en salud que a su vez se convertirá en una barrera de seguridad.
- Fortalecer la cultura de seguridad en todo el personal de la E.S.E para promover un entorno seguro en la atención del usuario.
- La E.S.E debe promulgar rondas de seguridad rutinaria que permitan garantizar de manera oportuna aquellas falencias durante la prestación de los servicios.
- Implementar el modelo pedagógico basado en el aprendizaje basado en el problema que busca incluir en la reflexión distintos aportes para que se mire la realidad desde una dimensión más compleja e integral.

- Priorizar las practica de seguridad del paciente donde se identifica más debilidades siendo estos los causantes a contribuir a la presencia de eventos adversos ocasionados en la prestación del servicio del hospital local de Candelaria.

9. BIBLIOGRAFÍA

Organización Mundial de la salud. La investigación en seguridad del paciente. Ginebra Suiza: Organización Mundial de la salud; 2008.4p.encontrado. www.who.int/patientsafety/es/

Ministerio de Salud y Protección Social. Seguridad del Paciente y la Atención Segura. "buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud". Bogotá DC. Ministerio de Salud y Protección Social; sin año.10p. Encontrado.<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/.../Guia-buenas-practicas-seguridad-paciente.pdf>

Ministerio de la Protección Social. Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente en la república de Colombia. Bogotá DC: Ministerio de la Protección Social; 2008.16p.encontrado.<https://minsalud.gov.co/.../Resoluciòn%200112%20de%202012%20%20Documentos>.

Ladenheim R, Macchiavello D, Milberg M. Inclusión de la seguridad del paciente en la Carrera de medicina. Revista De Calidad Asistencial.2017; 32. (6) 316- 321

Villarreal E. Seguridad de los pacientes Un compromiso de todos para un cuidado de calidad. Salud Uninorte. Barranquilla (Col.) 2007; 23 (1): 112-119

Sánchez F , Olmedo N, Urbón N, Rico A. Análisis de la cultura de seguridad del paciente en unidades extra-hospitalarias de hemodiálisis. Evolución tras la implantación de medidas. Clínica de Hemodiálisis Asyter. Albacete. EspañaEnferm Nefrol. 2018: enero-marzo; 21 (1): 25/33

Villarroel X ,Febré N. características de documentos utilizados para estructurar las políticas internas relacionadas a las metas internacionales de seguridad de pacientes. Ciencia y Enfermería XXII. 2016; (2): 91-102.

Aibar C, Barrasa I, Moliner J , Gutiérrez I , - Aibar L, Obón B, et al. Original Circulando hacia la seguridad del paciente: realidad y deseo. Gac Sanit. 2017. encontrado. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.11.003>

Urbina O. Competencias de Enfermería para la seguridad del paciente. Revista Cubana de Enfermería 2011;27(3) 239-247

Giménez T, Hernández I, Aibar R , Gutiérrez I, - Mercedes C, Bordejéd F. Cultura de la seguridad del paciente en directivos y gestores de un servicio de salud Gac Sanit. 2017;31(5):423–426.

Gómez O, Arenas W, González L, Garzón F, Mateus E, Soto A. Cultura de seguridad del paciente por personal de enfermería en Bogotá, Colombia. Ciencia y Enfermería XVII. 2011; (3): 97-111.

Arias j, Gómez r. la cultura de la seguridad del paciente: enfoques y metodologías para su medición. medicina. julio - diciembre 2017 - pág 180.encontrado. <http://dx.doi.org/10.21615/cesmedicina.31.2.7>

Pórtela M, Bugarín R, Rodríguez M. La cultura de seguridad del paciente en los médicos internos residentes de Medicina Familiar y Comunitaria de Galicia. Aten Primaria. 2017;49(6):343---350

Guerra M, Campos R, Sanmarful A, Vírseda A, Dorrego A. Charle A. Descripción de factores contribuyentes en sucesos adversos relacionados con la seguridad del

paciente y su evitabilidad. Aten Primaria. 2017. Encontrado. www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-avance-descripcion-factores-contribuye

Moreno B, Febré N. Efecto de un programa de intervención educativa sobre el conocimiento de seguridad de pacientes en estudiantes de pregrado de enfermería. Ciencia y enfermería xxiii.2017; (1): 97-108.

Estepa del Árbol M, Moyano C, Pérez C , Crespo R. Eficacia de los programas de seguridad del paciente. Enferm Nefrol 2016: Enero-Marzo: 19 (1) 63/75

Castro F, Zavala E, Ramírez C, Villela E. Identificación de las medidas de seguridad aplicadas por enfermería en un hospital de segundo nivel. Rev CONAMED 2013; 18(2): 59-63.

Agramonte del Sol A, Farres R. Influencia del desarrollo de la personalidad profesional durante la carrera de Enfermería en la seguridad del Paciente. Revista Cubana de Enfermería 2011:27(1)8-15

Tomá S , Gimena I . La seguridad del paciente en urgencias y emergencias. An. Sist. Sanit. Navar. 2010; 33 (Supl. 1): 131-148

Carlos Agustín León Román. La seguridad del paciente, una responsabilidad en el acto del cuidado. Rev Cubana Enfermer 2006;22(3)

Peñas O, Parra E, Gómez A. Seguridad del paciente en las prácticas formativas de un programa de pregrado en Terapia Ocupacional. Rev. Salud Pública. 19 (4): 446-452, 2017

Peña A. Seguridad del paciente. Revista de especialidades medico quirujico. 2007;vo12.(1):11-14

Gómez O, Soto A, Arenas A, Garzón J , González A , Mateus E. Una mirada actual de la cultura de seguridad del paciente. *av.enferm.*, XXIX. 2011; (2): 363-374.

Suñol R, Àlvar. La calidad de la atención. [internet]. Sin lugar de publicación: Ponències i Jornades.2018 [citado julio 14 2018]. Recuperado a partir:http://www.coordinadoraprofunds.org/docs/214/rosa_sunol.pdf

Congreso de la Republica de Colombia. Ley 1438 de 2011. Bogotá DC. Congreso de la Republica de Colombia. 2011. Capitulo III. Artículo 12.

Departamento Nacional de planeación. Prestación de Servicios de Salud. [internet]. Bogotá DC: Departamento Nacional de planeación; 11 noviembre de 2016.

2018[citado julio 14 2018]. Recuperado en: <https://www.dnp.gov.co/programas/desarrollo-social/subdireccion-de-salud/Paginas/prestacion-de-servicios-de-salud.aspx>

Congreso de la Republica de Colombia. Ley 1122 de 2007. Bogotá DC. Congreso de la Republica de Colombia. 2007.1p