

CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE, HOSPITAL SANTA ANA DE
GUÁTICA, RISARALDA 2018

PATIENT SAFETY CULTURE, SANTA ANA DE GUÁTICA HOSPITAL,
RISARALDA 2018

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR AL TÍTULO DE ESPECIALISTA
EN AUDITORIA EN SALUD

Claudia Lorena Cañas Buitrago
Daniela Castañeda Cancimanse
Juan Carlos Erazo Lema

Red Ilumno
Fundación Universitaria del Área Andina
Facultad de Ciencias de la Salud
Centro de Posgrados
Especialización en Auditoría en Salud
Pereira, Risaralda
2018

CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE, HOSPITAL SANTA ANA DE
GUÁTICA, RISARALDA 2018

PATIENT SAFETY CULTURE, SANTA ANA DE GUÁTICA HOSPITAL,
RISARALDA 2018

Claudia Lorena Cañas Buitrago
Daniela Castañeda Cancimanse
Juan Carlos Erazo Lema

Asesores:

Metodológico
Diana Constanza López García

Temático
Jhon Byron Eusse Londoño

Red Ilumno
Fundación Universitaria del Área Andina
Facultad de Ciencias de la Salud
Centro de Posgrados
Especialización en Auditoría en Salud
Pereira, Risaralda
2018

NOTA DE JURADOS

JURADO 1

JURADO 2

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a Dios por bendecirnos cada día, a nuestros padres y familiares quienes son un gran apoyo para cada uno de nosotros, a los asesores La Enfermera Diana Constanza López García y El Doctor Jhon Byron Eusse Londoño, por brindarnos todos sus conocimientos y orientarnos hacia el cumplimiento de cada uno de los objetivos del trabajo; a la Empresa Social del Estado (E.S.E) Hospital Santa Ana de Guática Risaralda por depositarnos su confianza, y finalmente a la Fundación Universitaria del Área Andina, por permitirnos ser parte de ella, por hacer posible el sueño de realizar nuestra especialización y proporcionarnos grandes conocimientos.

LISTA DE CONTENIDO

1. PROBLEMA	8
1.1 PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA.....	8
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	10
3. JUSTIFICACIÓN.....	11
4. OBJETIVOS.....	13
3.1 OBJETIVO GENERAL.....	13
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	13
3.3 MATRIZ DE OBJETIVOS, CONCEPTOS, VARIABLES INDICADORES...	15
4 MARCO TEÓRICO.....	16
4.2 MARCO DE ANTECEDENTES.....	16
4.3 MARCO INSTITUCIONAL.....	20
4.3.1 MUNICIPIO DE GUÁTICA.....	20
4.2.2 E.S.E HOSPITAL SANTA ANA	21
4.2.2.1 RESEÑA HISTÓRICA	21
4.2.2.2 UBICACIÓN GEOGRÁFICA E.S.E HOSPITAL SANTA ANA.....	22
4.2.2.3 DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO DE LA INSTITUCIÓN	23
4.2.2.4 POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.....	25
4.3 MARCO REFERENCIAL.....	30
4.3.1 CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA.....	30
4.3.1.1 VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS: CARGO LABORAL, TIEMPO LABORAL, ÁREA DE TRABAJO.....	30
4.3.1.1.1 CARGO LABORAL.....	31
4.3.1.1.2 TIEMPO LABORAL	31
4.3.1.1.3 ÁREA DE TRABAJO.....	32
4.3.2 CONOCIMIENTO DE LA POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE...	32
4.3.3 PLAN DE MEJORA (CICLO DE LA INVESTIGACIÓN SOBRE SEGURIDAD DEL PACIENTE).....	35
4.4 MARCO CONCEPTUAL.....	36
4.4.1 PALABRAS CLAVE.....	38
4.5 MARCO LEGAL.....	39
5. METODOLOGÍA.....	43
5.1 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	43
5.2 POBLACIÓN.....	43
5.3 MUESTRA	43
5.4 MARCO MUESTRAL.....	44
5.5 UNIDAD DE ANÁLISIS.....	44
5.6 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	44
5.7 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	44
5.8 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	45
5.9 PLAN DE ANÁLISIS	48
5.9.1 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	48
5.9.2 VALIDEZ DEL INSTRUMENTO	48
5.9.3 TABULACIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	48
5.9.3.1 ANÁLISIS DE DATOS.....	48
5.9.4 ESTADÍSTICAS UTILIZADAS.....	49

5.9.4.1 PRUEBAS ESTADÍSTICAS.....	49
5.9.5 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.....	49
5.10 COMPONENTE BIOÉTICO.....	49
5.11 COMPROMISO MEDIO AMBIENTAL.....	49
5.12 RESPONSABILIDAD SOCIAL.....	49
5.13 POBLACIÓN BENEFICIADA	50
5.14 ASPECTOS ADMINISTRATIVOS.....	51
5.14.1 CRONOGRAMA EN TABLA DE GANTT.....	51
5.14.2 PRESUPUESTO	52
5.15 DIFUSIÓN DE RESULTADOS.....	53
6. RESULTADOS	53
6.1 DISCUSIÓN DE RESULTADOS	61
6.2 6.2 PLAN DE MEJORA	62
7. CONCLUSIONES.....	64
8. RECOMENDACIONES	65
9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	66
10.BIBLIOGRAFÍA	74

ANEXOS

Anexo A: ENCUESTA SOBRE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA E.S.E HOSPITAL SANTA.	75
Anexo B: LISTADO DE ASISTENCIA FUNCIONARIOS E.S.E HOSPITAL SANTA DE GUATICA.....	86
Anexo C: VALIDACIÓN INSTRUMENTO.....	88
Anexo D: CONSENTIMIENTO INSTITUCIONAL E INFORMADO.....	91
Anexo E. ÁRBOL DE PROBLEMA.....	93
Anexo F. ÁRBOL DE SOLUCIONES.....	94
Anexo G: FORMATO DE REPORTE DE INDICIOS DE ATENCIÓN INSEGURA.....	95
Anexo H: MODELO DE ACTA DE RETROALIMENTACIÓN DE EVENTOS ADVERSO.....	96

1. PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el mundo, la seguridad del paciente es un tema que ha tomado fuerza en las últimas décadas y actualmente es considerado como un problema grave de salud pública; esta situación se produce en todos los niveles de atención, por lo que la Organización Mundial de la Salud ha decidido formar una alianza con líderes mundiales, para reducir el número de enfermedades, lesiones y muertes que ocurren como consecuencia de errores en la atención (1).

Según el Ministerio de la Protección Social: “una cultura de seguridad es aquella en la que las organizaciones, prácticas, equipos y personas tienen una conciencia constante y activa del potencial de las cosas que pueden fallar, y son capaces de aprender de lo que ha fallado para poder corregirlo” (2); es claro que aunque se han desarrollado múltiples capacitaciones, actividades lúdicas, evaluativas y se promueven estímulos al reporte, al parecer la cultura de seguridad del paciente no es lo suficientemente sólida en la organización, porque al personal asistencial y administrativo vinculado le falta adhesión a las instrucciones dadas para el reporte, uno de los principales eslabones para el mejoramiento continuo y el aprendizaje enfocado a la prevención de acciones inseguras generadoras de los eventos adversos.

Colombia procura mejorar esta situación, a través del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud (SOGCS); promueve la seguridad del paciente en los procesos de atención en salud, objetivo que se logra a través de la creación de una cultura de seguridad en las instituciones prestadoras de salud. (3)

EL Hospital Santa Ana de Guática, es una entidad pública descentralizada del orden municipal de primer nivel de atención, dotada de personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, su política de calidad, propende brindar a los pacientes una atención segura y humanizada, promoviendo el mejoramiento continuo de procesos, procurando la satisfacción del usuario y el de su familia; apoyados por un talento humano competente y motivado, que permite un posicionamiento en el sector salud, manteniendo el equilibrio financiero y la rentabilidad social; pero pese a esto, aún no se ha logrado el objetivo planteado de tener una cultura de reporte, en un ambiente donde los errores no se personalicen y, en cambio, se facilite el análisis de los procesos, y se corrija las fallas de los sistemas, un ambiente donde aquel que reporte un incidente no es culpado ni castigado, si no recompensado; un ambiente donde quien no reporte es castigado, no por el incidente si no por el ocultamiento, un ambiente donde se aprende de ellos.

Atendiendo a la normatividad y a las regulaciones nacionales del SOGCS, frente a la implementación obligatoria de políticas de seguridad del paciente promovidas por el Ministerio de Salud y Protección Social (4), la E.S.E Hospital Santa Ana del municipio de Guática Risaralda tiene como una de sus prioridades el mejoramiento de la calidad en atención de la salud, en los aspectos relacionados con la seguridad del paciente. En este contexto, desde

el año 2007 se ha implementado el programa de seguridad clínica y gestión de riesgo, así como el sistema de vigilancia de eventos adversos, cuyo fin es la adopción de una cultura de seguridad en las organizaciones de salud. Sin embargo, pese al esfuerzo realizado en el hospital para mejorar el reporte eventos adversos y estrategias de prevención y mitigación de los mismos, no se está realizando de forma sistemática, por los canales y/o medios establecidos por la entidad y tampoco han sido socializados mediante los mecanismos formales preestablecidos, lo cual dificulta la vigilancia, monitoreo y la implementación de mejoras en la entidad.

El área de calidad del hospital evidencia quejas de usuarios contra los servicios y profesionales de la salud en las cuales se identifica en los eventos adversos, pacientes que llegan a la consulta con tratamiento farmacológico innecesario, resultados de laboratorio alterados que no fueron alertados por profesionales del laboratorio ni detectados por el médico tratante, comentarios de los pacientes en los diferentes servicios donde expresan situaciones vividas que corresponden a un evento adverso no notificado, manejo informal entre los trabajadores, fallas activas provocadas por integrantes del equipo de salud a lo largo del proceso de atención médica que generaron daño en el paciente; lo cual va en contravía de las directrices y objetivos de la organización o la exponen a riesgos jurídicos, financieros y reputaciones entre otros.

Se evidencia una necesidad de un cambio de cultura, para avanzar en seguridad y generar un impacto positivo en la calidad y eficacia de toda la atención. El hospital tiene en cuenta al paciente como el eje central no solo en la búsqueda de su salud, sino para que este proceso sea seguro y así evitar en lo posible los riesgos inherentes a su atención. Es cierto que no es posible ofrecer una atención sin la posibilidad de errores, pero si se tiene conciencia de lo que puede suceder es más fácil prevenirlos, reducir su frecuencia o evitar que sean graves o catastróficos, un punto crucial es la generación de una mayor y mejor cultura del informe de los eventos adversos de forma voluntaria, lo que permitiría conocer la estadística de éstos y con ello enfocar los esfuerzos hacia los aspectos de mayor riesgo.

Por tal motivo, se decide hacer una investigación sobre la cultura que se tiene sobre seguridad del paciente, el proceso se realizará en las áreas de la institución, se iniciara en el mismo momento que se desarrolle el proyecto, generando expectativas e involucrando al recurso humano, teniendo en cuenta, el cliente principal que es el usuario e identificar el nivel de adherencia sobre la seguridad del paciente, para la mejora de la calidad de la atención.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es el nivel de cultura que tiene el personal que labora en la E.S.E Santa Ana de Guática, sobre la política de seguridad del paciente?

2. JUSTIFICACIÓN

Las estrategias encaminadas a mejorar la seguridad de pacientes, sean demostrado útiles para impactar en la calidad de los cuidados brindados y aumentar la eficiencia en los sistemas de atención. La cultura de seguridad es un lineamiento fundamental, que influye la atención, y se ha constituido progresivamente en un asunto de interés general, en el área de la salud (5); esto indica que las organizaciones tienen la capacidad para identificar, informar e investigar las fallas en la atención y tomar las medidas correctivas en busca de mejorar y reducir el riesgo de ocurrencia de daño, es así, como la atención del usuario es una prioridad en la gestión del cuidado, que se brinda, para generar actividades contribuyentes al buen manejo integral de la salud; de ahí la importancia de identificar la magnitud que tiene el problema de eventos adversos, prevenir su ocurrencia y progresar en acciones que garanticen una práctica segura.

Las intervenciones en salud conllevan un riesgo de que ocurran acontecimientos adversos, que pueden ocasionar en los enfermos lesiones, discapacidades e incluso la muerte. El informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en relación con la calidad de la atención y seguridad para el paciente, establece que las intervenciones de atención de salud se realizan con el propósito de beneficiar al usuario y su familia, pero también pueden causarles daño. La combinación compleja de procesos, tecnologías e interacciones humanas que constituyen el sistema moderno de prestación de atención de salud, puede aportar beneficios importantes; sin embargo, también conlleva un riesgo inevitable de que ocurran acontecimientos adversos, y efectivamente, ocurren con demasiada frecuencia (6).

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 barreras de defensa y los riesgos ambientales, incluido el control de las infecciones, el uso correcto de los medicamentos, la seguridad de los equipos, de la práctica clínica, del entorno, barreras para reducir y prevenir la frecuencia de caídas, mejorar la seguridad en los procesos quirúrgicos, prevención de úlceras por presión, asegurar la correcta identificación del paciente, reducir el riesgo de la atención de pacientes cardiovasculares, reducir el riesgo de la atención de pacientes con enfermedad mental, prevención de la desnutrición o malnutrición, garantizar la atención segura de la gestante y recién nacido (7).

El cumplimiento de la política de la seguridad del paciente en la E.S.E Hospital Santa Ana, permite determinar el estado o condición de la calidad de atención del usuario, un cambio de cultura a nivel del recurso humano, disminución del índice de eventos adversos y una orientación hacia la prestación de servicios de salud más seguros; para lograr esto se requiere que la información sobre seguridad del paciente esté integrada para su difusión, despliegue y generación

de conocimiento, con el fin de estimular a los diferentes actores al desarrollo del sistema de gestión para la seguridad del paciente.

Dado que la mejora de la cultura de seguridad del paciente ha sido señalada como la primera de las recomendaciones para fomentar la calidad en la atención en hospitales y definir la forma en que una institución desarrolla sus procesos (8); el reto es que la E.S.E Hospital Santa Ana, con su sistema de gestión, establezca su propia cultura de seguridad del paciente, ese es el mejor método para dar respuesta a las particularidades y necesidades específicas de la atención con calidad; ofrecer una atención segura al usuario, hace que la institución tenga más credibilidad y por lo tanto sea más competitiva ante el mercado.

La percepción del clima de seguridad debe ser de carácter educativo en lugar de punitivo porque lo que éste último persigue es encontrar culpables para aplicar castigos y lo que se necesita es uno que promueva el aprendizaje continuo. Su caracterización es fundamental para direccionar las acciones destinadas a promover el cambio hacia uno apropiado para concebir una cultura receptiva a la seguridad del paciente que motive mejores prácticas de atención entre el personal de salud, facilite el aprendizaje organizacional a partir del análisis de las causas de las fallas o errores que se convierten en acciones de inseguras y la implementación de acciones de mejoramiento que eviten su repetición.

Por lo anterior, es conveniente para la E.S.E Hospital Santa Ana establecer un diagnóstico inicial de la percepción de los empleados vinculados laboralmente sobre el clima de seguridad que se vive en la institución y los elementos que intervienen en él, para establecer acciones que impacten positivamente los factores que están afectando la seguridad del paciente. La herramienta elegida para realizar esta diagnóstico es el Cuestionario sobre Seguridad de los Pacientes: versión Española del Hospital Survey on Patient Safety Culture (Agency for Healthcare Research and Quality – AHRQ) de EEUU. (9)

La consecución de una adecuada calidad y la orientación hacia la prestación de servicios de salud más seguros, requiere que la información sobre seguridad del paciente esté integrada para su difusión, despliegue, generación de conocimiento y creación de una conciencia de auto cuidado; por tanto, con esta investigación se pretende evaluar el nivel de cultura que tiene el personal que labora en la E.S.E Hospital Santa Ana sobre la política de seguridad del paciente, identificando cuáles son los dominios en que hay mayor debilidad, con el fin de crear planes de mejora para lograr una atención segura y con calidad.

5. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL:

Determinar la cultura de la política de seguridad del paciente en el personal que labora en la E.S.E Hospital Santa Ana de Guática, primer trimestre de 2018, con el fin de mejorar la cultura del reporte en la institución.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- ✚ Caracterizar socio-demográficamente la población objeto de estudio.
- ✚ Establecer el nivel de conocimientos de la política de seguridad del paciente en los funcionarios que hacen parte del proceso.
- ✚ Proponer un plan de mejoramiento para los hallazgos encontrados con el fin de lograr una mayor seguridad de la atención en salud y reducir los daños ocasionados a los pacientes atendidos en la E.S.E

MATRIZ DE OBJETIVOS, CONCEPTOS, VARIABLES E INDICADORES				
OBJETIVO	CONCEPTO	VARIABLE	DEFINICIÓN	INDICADORES
Caracterizar socio-demográficamente a la población objeto de estudio.	Caracterización socio-demográfica.	Cargo laboral	Comprende la función laboral del trabajador y los límites de su competencia	Total profesionales que desempeñan el rol acorde a su perfil profesional
		Tiempo laboral en la institución	Tiempo que lleva en la institución desde que inició su empleo	Total años laborados en la institución.
		Área de trabajo	Principal área de trabajo o servicio donde desempeña sus funciones	Total áreas de trabajo de la institución
		Tiempo laboral en el área actual de trabajo	Corresponde al periodo laboral en el área de trabajo actual	Total del tiempo laborado en el área de trabajo actual.
Establecer el nivel de conocimientos de la Política de seguridad del paciente en los funcionarios que hacen parte del proceso.	Conocimiento de la política de seguridad del paciente.	Actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente	Acciones específicas para mejorar la seguridad del paciente	Número de procesos implementados en la E.S.E para la seguridad del paciente.
		Capacitación en seguridad del paciente	Capacidad realizada en la institución en busca de mejorar los conocimientos y habilidades del personal.	Número de capacitaciones realizadas.
		Trabajo en equipo	Condiciones de trabajo de tipo psicológico que más influye en los trabajadores de forma positiva porque permite que haya compañerismo.	Nivel de satisfacción en relación con el trabajo en equipo al interior de los servicios
		Reporte de eventos adversos / errores	Informe de un hecho reciente que causa daño al paciente	Proporción de vigilancia de Eventos adversos: N° de reporte de incidentes y eventos adversos, N° de eventos adversos no prevenibles, N° de incidentes, N° de eventos adversos prevenibles.
		Grado de seguridad del paciente	Ausencia de riesgo	% de infecciones asociadas a la atención en salud
				Fallas en los 12 correctos para la administración de medicamentos
				N° de caídas de los pacientes
				Proporción de pacientes que desarrollan úlceras por presión.
Proporción de pacientes identificados correctamente				
Proporción de errores en la identificación de las muestras de laboratorio				
Razón de mortalidad materna y razón de perinatal				

Proponer un plan de mejoramiento para los hallazgos encontrados	Plan de mejora (ciclo de la investigación sobre seguridad del paciente)	Determinar los daños	Identificación de los eventos adversos registrados	Priorización de las acciones a mejorar según hallazgos encontrados
		Entender las causas	Entender las causas de los eventos adversos que producen daño al paciente	
		Encontrar soluciones	Identificar soluciones eficaces para conseguir una atención más segura y prevenir posibles daños a los pacientes	
		Evaluar el impacto	Evaluar los efectos, la aceptabilidad y la asequibilidad de las soluciones aplicadas en la vida real.	

6. MARCO TEÓRICO

6.1 MARCO DE ANTECEDENTES

La disminución de riesgos adversos asociados a la atención en salud es el tema de actualidad que gira a nivel mundial, aumentando evidentemente la seguridad del paciente. En los servicios de salud, la calidad se ha convertido en una ventaja competitiva para las organizaciones hospitalarias, la sociedad exige cada vez más la excelencia en su atención; lo que hace que sea esencial la creación y adecuación en los procesos organizacionales. (10)

En el mundo entero el reporte “errar es humano” del Instituto de Medicina de los Estados Unidos, es reconocido hoy cómo el documento que dio vida al movimiento mundial por la seguridad de los pacientes; (11) gracias a este estudio se vio la necesidad de crear practicas seguras que nos orienta a buenos programas institucionales de seguridad para disminuir, cada vez más, la posibilidad de tener eventos adversos prevenibles durante las prácticas médicas.

En el 2004 La OMS creó la Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente, hoy Programa de Seguridad del Paciente; desde entonces, son gigantescos los esfuerzos que se realizan para mejorar la atención en salud. Los procesos orientados hacia la seguridad del paciente tienen por objeto encontrar soluciones que permitan brindar una atención segura y prevenir posibles daños a los pacientes. Esto conlleva un ciclo de investigación institucional que comprende determinar la magnitud del daño y el número y tipos de eventos adversos que perjudican a los pacientes; entender las causas fundamentales de los daños ocasionados a los pacientes; encontrar soluciones para conseguir que la atención sanitaria sea más segura, y evaluar el impacto de las soluciones en situaciones. (12).

Colombia en el 2005 con el Sistema Único de Acreditación en Salud introdujo, como requisito de entrada a las instituciones que quisieran acreditarse, la exigencia de tener un sistema de reporte de eventos adversos, lo cual llevo voluntariamente a estas instituciones a diseñar, implementar y mejorar continuamente un programa de seguridad del paciente. (13). Posteriormente el componente de Habilitación de nuestro Sistema Obligatorio de la Garantía de Calidad, definió como requisito mínimo a cumplir por parte de los prestadores de servicios de salud, la implementación de programas de seguridad del paciente, así como de diez buenas prácticas para los procesos asistenciales

seguros definidos como prioritarios tal como lo dicta nuestra reciente Resolución 2003 de 2014

A pesar de que la intención de los servicios de salud es prevenir o curar enfermedades, en ocasiones la atención sanitaria causa daño a sus usuarios. Algunas infecciones, lesiones producidas por intervenciones médicas, amputaciones de órganos o miembros equivocados, intoxicaciones o incluso la muerte por la utilización de dosis equivocadas de un fármaco, se deben a incidentes eventos adversos ocurridos en la atención sanitaria. Detrás de estas falas se encuentra sufrimiento, discapacidad y en muchos casos vidas devastadas, además de la enorme cantidad de recursos económicos gastados en hospitalizaciones prolongadas y atención innecesaria y de la credibilidad del sistema de salud. Por todo ello, la falta de seguridad en la atención es considerada hoy en día como un problema de salud pública mundial y, como tal, se deben dedicar todos los esfuerzos posibles para luchar contra este problema. Los propios pacientes, adecuadamente informados, pueden también ayudar a mejorar su seguridad. (14)

El sistema de gestión para la seguridad del paciente, es una herramienta que se pone a disposición de los trabajadores de la salud, desde una visión integral, abarcando los procesos de atención, las estrategias y el cumplimiento de la política institución. Para lograr la visión integral, se debe partir desde una acción que vincule el usuario y su familia; que el enfoque en el sistema de gestión de la seguridad del paciente sea preventivo, proactivo, centrados en evitar los eventos adversos, en trabajar para mejorar la cultura de los trabajadores de la salud y en la aplicación continua de las prácticas seguras. (15)

La seguridad del paciente, es un tema que ha ganado fuerza durante los últimos años, su importancia está ligada directamente al concepto de salud en su estado de bienestar físico, mental y social, con los procesos de calidad que permiten desarrollar en sus estructuras actividades sistemáticas y secuenciales, dirigidas a la atención integral de los usuarios, de manera que las instituciones prestadoras de salud (IPS), crezcan en el tema de calidad y que se garantice un servicio de salud teniendo siempre como objetivo el bienestar del usuario. (16)

Cometer errores es una característica del ser humano, pero en el caso del error médico no está sujeto al perdón, ubicando a este profesional en desventaja con otras profesiones, ya que genera consecuencias en la salud (17). El tema de seguridad clínica surge a raíz de la presencia de muchos eventos adversos, que cada día se presentan por los sistemas de salud y la atención que se brinda a las personas; los usuarios van a los hospitales en busca de una

respuesta satisfactoria, pero en ocasiones surgen eventos adversos que generan lesiones. La identificación del nivel cultural en seguridad del paciente, compete a todos los profesionales en salud, en conocer acerca del tema, como contribuir a prevenirlo los incidentes, como hacer para que las instituciones sean más seguras, como hacer para que los pacientes salgan cada día mejor y evitar que se produzcan daños (18)

Los términos vulnerabilidad y vulnerable en muchas investigaciones han sido empleados para designar la susceptibilidad de las personas en cuanto a problemas y daños de salud, por lo tanto, ser vulnerable significa estar susceptible a sufrir daños (19); por eso, las instituciones de salud tiene la necesidad de garantizar la seguridad de los pacientes en todo momento e implementar las estrategias o planes operativos; muchas veces, hay un abismo entre los planes y estrategias y lo que acontece día a día con los trabajadores de los sistemas salud, estas necesidades, lleva a las instituciones en diseñar el sistema de gestión para la seguridad de los pacientes.

En la calidad asistencial, las instituciones de salud incluyen acciones cuyo propósito es reducir, mitigar y eliminar los eventos adversos que pueden producirse como consecuencia del proceso (20). Los funcionarios son fundamentales para la gestión de la seguridad de los pacientes, donde cada quien debe está comprometido. El liderazgo para la aplicación del sistema de gestión en seguridad del paciente, es la gerencia, encargada de implementar las acciones, evaluarlas, controlar la seguridad del entorno en que se presta la asistencia en salud, crear y mantener un ambiente interno, lo suficientemente claro para lograr los objetivos en atención segura y con calidad.

En las instituciones de salud se visualiza que la gran mayoría de eventos adversos, son considerados la primera causa del deterioro de la calidad en la atención de los usuarios y en los servicios de salud, debido a la falta de adherencias a los protocolos, personal no calificado, evidenciándose fallas en los procesos de selección del talento humano. El sistema de gestión para la seguridad del paciente proporciona a las empresas y los trabajadores, información documentada, indicadores y evaluaciones, para ser efectivo y operativo este proceso, en busca de la calidad en la prestación de los servicios de salud y brindar estrategias y mecanismos que permitan la gestión segura en la atención de los pacientes.

La seguridad del paciente es algo indispensable en cualquiera de los servicios de atención en salud, muchos de los eventos adversos ocurren por las circunstancias de cuidado que pueden conllevar a efectos de morbilidad; cuando se comete un error es importante hacer una pausa, un paréntesis para poder encontrar el mecanismo de corrección; no existe actividad humana

exenta de riesgos en el proceso de la atención médica. (21). Las instituciones deben velar por el cumplimiento del 100% de las prácticas seguras en la atención en salud, permitiendo fortalecer la cultura de seguridad en todas las áreas, generar un cambio positivo en la percepción de los trabajadores, para alcanzar la meta esperada según la política de seguridad del paciente, disminuir la incidencia de eventos adversos y complicaciones en la atención a los usuarios. La seguridad del paciente se enfoca en una atención libre de daño, asegurando que los procesos minimicen la aparición de errores.

Los daños al paciente tiene repercusión clínica a nivel de estándares de calidad y económica por los altos costos que conlleva corregir cada eventos adversos; debido a esto Las instituciones de salud deben tomar iniciativas para actuar sobre los riesgos que pueden ser evitables, y no afectar la calidad en la atención de salud (22).Es importante que los indicadores de seguridad del paciente sean, basados en evidencia científica; este proceso debe considerar las variaciones culturales de la práctica clínica, la disponibilidad de sistemas de información y la capacidad de los hospitales y sistemas de salud para implementar programas efectivos de vigilancia de la calidad.

La creación de una cultura de la seguridad requiere de la colaboración interdisciplinaria y del compromiso de todas las profesionales. Esa colaboración es más probable que ocurra cuando la organización mantiene un modelo de liderazgo interdisciplinario que involucra a enfermeras, médicos y administradores, los cuales tienen un papel en la prevención del riesgo. Este modelo de liderazgo crea un clima en el que todo el recurso humano de la institución se ven unos a otros como clientes internos, y además respetan los puntos de vista de los miembros de otras áreas para fomentar la política de seguridad del paciente. (23). Esta política es la garantía de las personas de estar libres de sufrir cualquier tipo de daño. Las causas de muchos eventos adversos son factores sistémicos, tales como las deficiencias en los sistemas de organización, la falta de comunicación y el entrenamiento inadecuado de los trabajadores (24).

Evaluar la cultura de seguridad en una organización implica saber lo que se “dice” al respecto de la misma y valorar lo que se “hace”, analizar la creencia real que el personal tiene sobre cómo su organización valora la seguridad del paciente (25), esto se puede lograr con una medición periódica que permite conocer cómo es la percepción de los profesionales en relación con la cultura de seguridad y es una manera de mantener en el tiempo de forma sostenible dicho proceso; por lo cual, se debe conocer, conocer para actuar y actuar para mejorar en relación con la calidad en la atención en salud; esta información es esencial para aumentar la sensibilización y sostenibilidad de la cultura en seguridad del paciente en las instituciones sanitarias.

6.2 MARCO INSTITUCIONAL

6.2.1 MUNICIPIO DE GUÁTICA



Guática es un municipio del departamento de Risaralda en Colombia, se encuentra a 93 km de la capital departamental Pereira, sus territorios son montañosos, haciendo parte de la Cordillera Occidental, sus suelos están regados por las aguas de los ríos Ospirma, Oro y el río Guática el cual es su principal fuente hidrográfica, nace en el sector del Alto San Vicente en el departamento de Antioquia y desemboca en el río Risaralda.

Cuenta con 46 veredas y tres corregimientos los cuales son: corregimiento de San Clemente zona industrial del municipio, el corregimiento de Santa Ana donde la mayoría de sus habitantes son indígenas Embera Chamí , allí encontramos cultivos de plátano, caña y café, y el corregimiento de Travesías zona fronteriza cerca al municipio de Belén de Umbría. El área urbana posee 12 barrios.

En el municipio de Guática se encuentra la Empresa Social del Estado Hospital Santa Ana, el cual busca el mejoramiento de la calidad de vida de la población de su área de influencia, optimizando sus recursos, prestadora de los servicios integrales de salud en capacitación, promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. (26)

Figura 2. Imagen fotográfica de la infraestructura de la E.S.E.

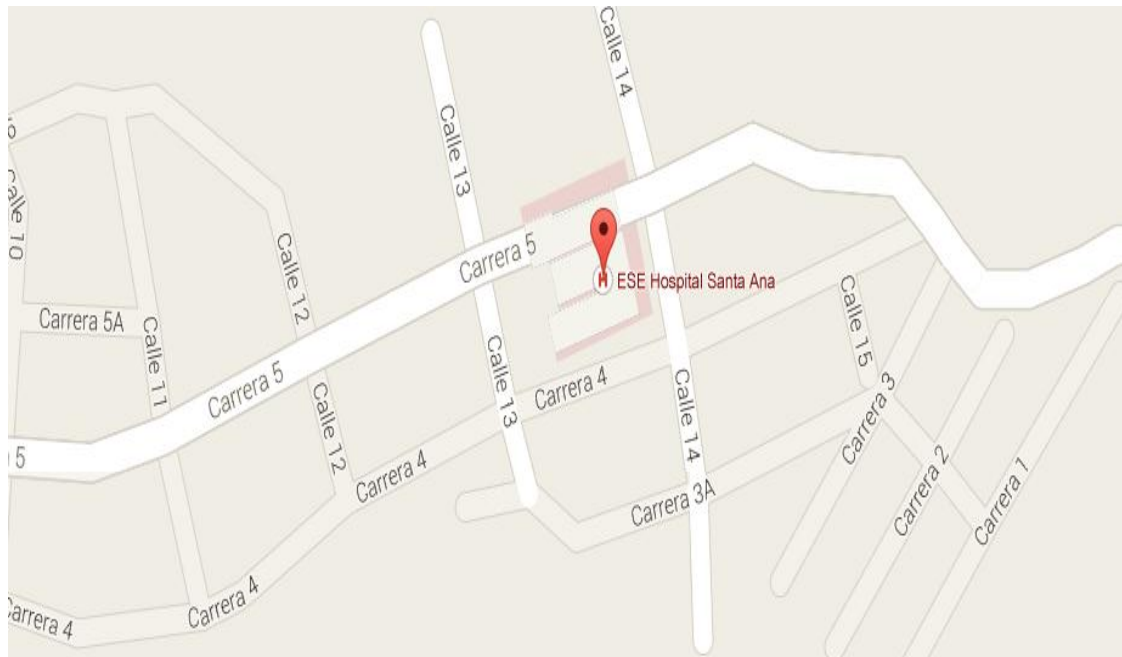


La E.S.E Hospital Santa Ana es creada como establecimiento público del orden municipal, con Personería Jurídica creada mediante Resolución No. 00658 proferida por el departamento de Risaralda el 15 de junio de 1972. La naturaleza de la empresa es de entidad pública descentralizada del orden municipal, dotada de personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa. Se transformó en E.S.E. (Empresa Social del Estado) mediante el Acuerdo No. 004 del 17 de agosto de 1994 proferido por el Honorable Concejo Municipal. (27)

4.2.2.4 UBICACIÓN GEOGRÁFICA E.S.E HOSPITAL SANTA ANA

El departamento de Risaralda alberga al municipio de Guática, ubicado a 93 km de la capital departamental Pereira, la E.S.E Hospital Santa Ana es una institución pública localizada al centro occidente de Colombia en la Zona Andina, perteneciente al municipio de Guática; sobre la carrera principal carrera 5ª y en el cruce de la calle 14, su posición geográfica de acuerdo al servicio de localización de Google Mapas es: longitud 5.315906, Latitud -75.79655 (24).

Figura 3. Ubicación geográfica de la E.S.E



Fuente: <https://www.google.com/maps/place/Gu%C3%A1tica,+Risaralda/@5.3168231,-75.8082472,16z/data=!3m1!4b1!4m5!3m4!1s0x8e47a6ac0ea1b22b:0x83f5de45235bcb68!8m2!3d5.316428!4d-75.799407>

4.2.2.5 DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO DE LA INSTITUCIÓN

MISIÓN

“Somos una entidad que tiene como ejes fundamentales la calidad y humanización en la atención, la inclusión de la comunidad, el talento humano comprometido y capacitado, el desarrollo tecnológico y financiero; que impactan de manera positiva la calidad de vida de su población en un entorno laboral óptimo” (27)

VISIÓN

"En el 2020 Seremos una entidad referente regionalmente por su modelo de atención de prestación de servicios de salud, donde el componente humano, social, ambiental, financiero, tecnológico, y el proceso docencia servicio; serán los pilares de su desarrollo institucional” (27)

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

- ✚ Articular todos los sistemas aplicables a la entidad relacionados con la gestión de calidad de manera transversal, logrando concentrar las actividades en metas comunes que alimentan en beneficio de la entidad y la comunidad en general;
- ✚ Brindar atención de salud para los usuarios y la comunidad a través del fortalecimiento de la cultura de seguridad del paciente, del auto-cuidado, y del apoyo comunitario, permitiendo alcanzar las metas establecidas en la prestación de servicios de salud en los diferentes programas y procesos brindados por la entidad;
- ✚ Cumplir las políticas para el registro de transacciones, preparación y presentación de estados financieros, análisis y comprensión de estados financieros;
- ✚ Estructurar los procesos de contratación, facturación recaudo y cartera. Implementar el sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo como un proceso de mejora continua que permita garantizar las condiciones de trabajo para el talento humano;
- ✚ Mejorar el sistema de información de la entidad garantizar la dotación, mantenimiento y suministro de los bienes y servicios que requiere la entidad. (27)

VALORES INSTITUCIONALES

- ✚ Empatía
- ✚ Respeto
- ✚ Discreción
- ✚ Honestidad
- ✚ Trabajo en equipo

PRINCIPIOS INSTITUCIONALES

- ✚ Humanización del servicio
- ✚ Calidad y seguridad en la atención
- ✚ Participación comunitaria
- ✚ Responsabilidad social.

POLÍTICA DE CALIDAD

“La E.S.E Hospital Santa Ana, se encuentra comprometida con el cumplimiento del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, en sus 4 componentes: Habilitación, Plan Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC). Acreditación y Sistemas de Información; de manera que a través de una cultura de mejoramiento continuo, garantice en la prestación del servicio el cumplimiento de las características de calidad en un ambiente seguro y humano, procurando incrementar la satisfacción de los usuarios y superar sus expectativas”. (27)

4.2.2.4 POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

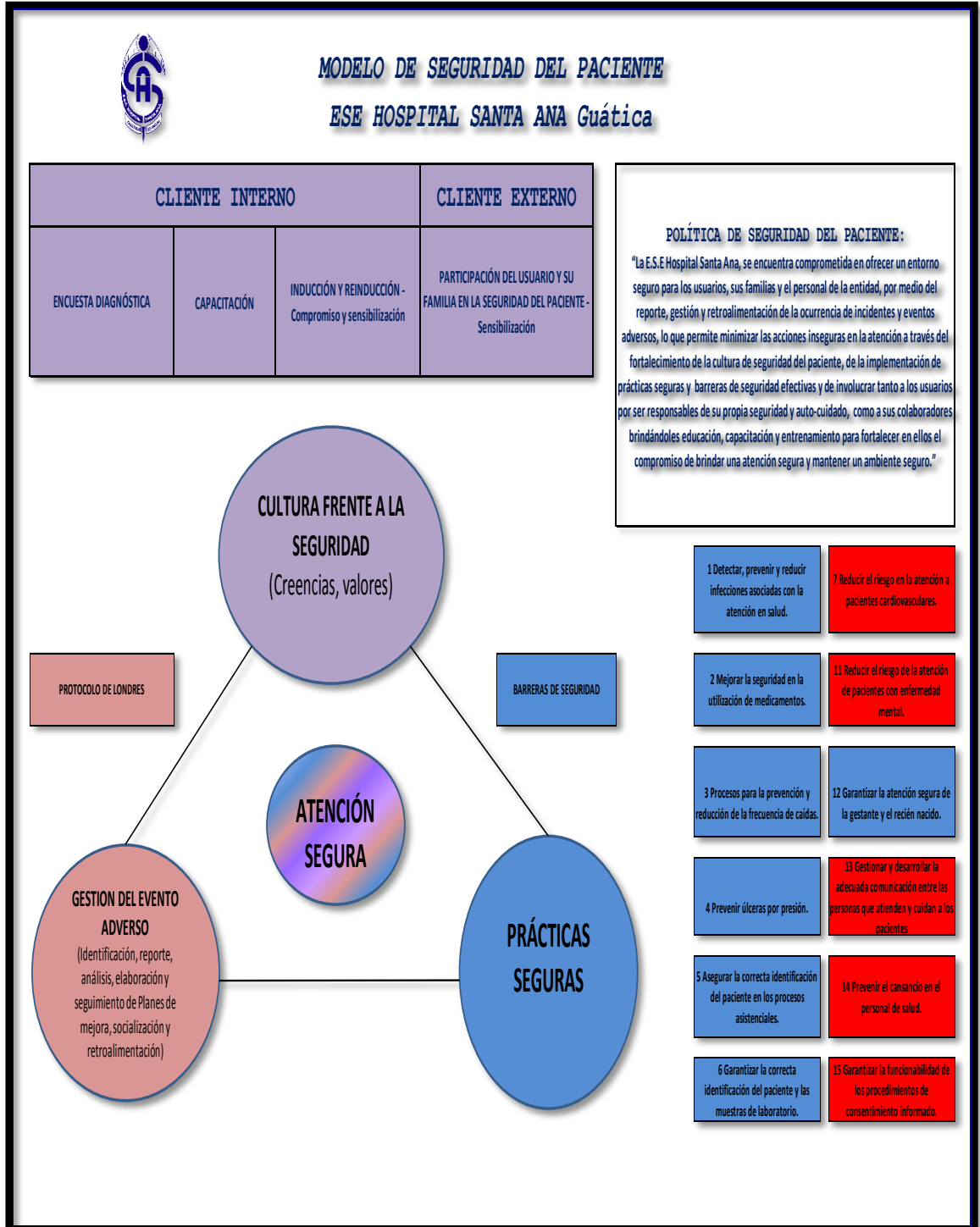
“La E.S.E Hospital Santa Ana, se encuentra comprometida en ofrecer un entorno seguro para los usuarios, sus familias y el personal de la entidad, por medio del reporte, gestión y reducción de la ocurrencia de incidentes y eventos adversos, lo que permite minimizar las acciones inseguras en la atención, a través del fortalecimiento de la cultura de seguridad del paciente, de la implementación de prácticas seguras y barreras de seguridad efectivas y de involucrar tanto a los usuarios por ser responsables de su propia seguridad y auto-cuidado, como a sus colaboradores brindándoles educación, capacitación y entrenamiento para fortalecer en ellos el compromiso de brindar una atención segura y mantener un ambiente seguro.” (27)

Esta política, de acuerdo con la guía técnica de buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud quiere motivar en sus funcionarios que desarrollen un comportamiento seguro deseado y que se caracterice por:

- ✚ Permitir que sea el experto quien haga las cosas;
- ✚ Confiar cada vez menos en la memoria;
- ✚ Gestionar el riesgo de cada actividad;
- ✚ Alertar sin miedo sobre el error;
- ✚ Compartir el aprendizaje;
- ✚ Ante la duda, pedir ayuda;
- ✚ Adhesión a las guías de práctica clínica;
- ✚ Adhesión a las guías de procedimientos de enfermería;
- ✚ Adhesión a las listas de chequeo que verifican la adherencia a las prácticas seguras.

Figura 4. Modelo de seguridad del paciente

El siguiente es el modelo que en materia de seguridad del paciente se plantea para la entidad: (27)



Fuente: E.S.E Hospital Santa de Guática Risaralda

Figura 5. Protocolo de Londres

Su propósito es facilitar la investigación clara y objetiva como soporte del proceso de investigación para los eventos adversos prevenibles. (27)



Fuente: E.S.E Hospital Santa de Guática Risaralda

Figura 6. Paquetes instruccionales

En el siguiente cuadro, se tienen en cuenta los paquetes instruccionales del Ministerio de Salud (MINSALUD) que le aplican a la E.S.E Hospital Santa Ana, de los cuales los que se encuentran en azul ya están implementados ya sea con una guía para cada propósito o que se encuentre inmersa en alguno de los manuales, guías o protocolos institucionales. Los que están en rojo son los que desde el Comité de Seguridad del Paciente se tienen pendientes para implementar. (27)

<p>1 Detectar, prevenir y reducir infecciones asociadas con la atención en salud.</p>	<p>7 Reducir el riesgo en la atención a pacientes cardiovasculares.</p>
<p>2 Mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos.</p>	<p>11 Reducir el riesgo de la atención de pacientes con enfermedad mental.</p>
<p>3 Procesos para la prevención y reducción de la frecuencia de caídas.</p>	<p>12 Garantizar la atención segura de la gestante y el recién nacido.</p>
<p>4 Prevenir úlceras por presión.</p>	<p>13 Gestionar y desarrollar la adecuada comunicación entre las personas que atienden y cuidan a los pacientes</p>
<p>5 Asegurar la correcta identificación del paciente en los procesos asistenciales.</p>	<p>14 Prevenir el cansancio en el personal de salud.</p>
<p>6 Garantizar la correcta identificación del paciente y las muestras de laboratorio.</p>	<p>15 Garantizar la funcionalidad de los procedimientos de consentimiento informado.</p>

Fuente: E.S.E Hospital Santa de Guática Risaralda

Figura 7. Consolidado indicadores de seguridad (27)

#	PAQUETE INSTRUCCIONAL	INDICADOR DE SEGUIMIENTO
1	Detectar, prevenir y reducir infecciones asociadas con la atención en salud	% Infecciones nosocomiales. % adherencia al lavado de manos del personal.
2	Mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos	Identificación de alerta de medicamentos.
3	Procesos para la prevención y reducción de la frecuencia de caídas	# de caídas
4	Prevenir úlceras por presión	Proporción de pacientes que desarrollan úlceras por presión en la institución
5	Asegurar la correcta identificación del paciente en los procesos asistenciales	Proporción de pacientes identificados correctamente. Proporción de errores en la identificación de las muestras de laboratorio
6	Garantizar la atención segura de la gestante y el recién nacido	Razón de Mortalidad Perinatal Razón de Mortalidad materna
7	Generales	# de Reportes de incidentes y eventos adversos # Incidentes # Eventos Adversos Prevenibles # Eventos Adversos No Prevenibles % Gestión del Evento Adverso

Fuente: E.S.E Hospital Santa de Guática Risaralda

4.3 MARCO REFERENCIAL

Para alcanzar a mejorar la seguridad del paciente en las instituciones de salud, es necesario tener una Política de Seguridad, un Programa de Seguridad y definir procesos institucionales asistenciales seguros, tal como lo dicta la reciente Resolución 2003 de 2014. (28)

4.3.1 CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA

Las características demográficas; DEMOGRAFÍA, que quiere decir humana, es un estudio estadístico de las características sociales de una población, es decir: edad, género, cuantos tienen estudios medios, universitarios, cuantos trabajan, cuantos están desempleados, cuántos tienen la casa propia y cuántos la tienen de alquiler/renta; habrá tantas variables como aspectos se quieran estudiar.

Durante la vida laboral, los trabajadores están sometidos a diferentes factores de riesgo ambiental o social, de los que sin duda el estrés es uno de los más debatidos y que potencialmente puede influir de forma muy importante en su salud, no solo en la parte psicológica, sino también en la parte física. Las condiciones de trabajo pueden afectar los niveles de satisfacción laboral percibida por el trabajador, e incluso llegar a dañar directamente la salud de los empleados y afectar la calidad en la prestación de los servicios hacia el usuario.

Dentro de estos factores, la satisfacción laboral es un importante parámetro, puesto que se relaciona directamente con el buen desempeño del trabajo, la obtención de mejores resultados y una elevada productividad. Las circunstancias y características del propio trabajo y las circunstancias personales, que son las que acabarán determinando los umbrales personales de satisfacción e insatisfacción; aspectos como su estado de salud, la historia personal y profesional, la edad o el sexo, la formación, etcétera. Todo esto va a ir delimitando las expectativas del trabajador, respecto a las áreas personales y laborales, teniendo como consecuencia una mayor o menor satisfacción laboral y mayor o menor calidad en la prestación de los servicios y satisfacción de los usuarios (29).

4.3.1.1 VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS: CARGO LABORAL, TIEMPO LABORAL, ÁREA DE TRABAJO.

Debido, entre otros motivos, a los turnos de trabajo, el personal sanitario en general y las enfermeras en particular, experimentan condiciones negativas, efectos no sólo en el propio trabajo, sino también en la atención al paciente y productividad, apareciendo así el Síndrome de Burnout o Síndrome de quemado

que significa altos niveles de agotamiento(30) emocional, tanto físico, mental o ambos; generando un desgaste y falta de energía, despersonalización, con un cambio negativo en actitudes, hacia otras personas como, insensibilidad, estrés laboral y una realización personal baja, conllevando a irritabilidad.

Los turnos nocturnos acarrear consecuencias en el ámbito laboral, familiar y social, transformándose en factores de riesgo, tanto para el propio trabajador como para los pacientes (31). Se puede decir que los factores identificados con el Síndrome de quemado, están relacionados con el ambiente físico y laboral, como la comodidad donde se lleva a cabo el trabajo, iluminación , temperatura, higiene, el desempeño de la profesión o rol laboral, que se relaciona con conflicto del rol, antigüedad laboral y ambiente laboral; otra relación será las variables personales, como son la relación con los compañeros de trabajo, apoyo por parte del equipo, que no tienen que ver sólo con la personalidad del trabajador, sino también con variables sociodemográficas como género, edad , profesión, vinculación laboral, antigüedad en el puesto laboral, tipo de profesión y antigüedad en la profesión.

Las variables sociodemográficas influyen mucho en los profesionales de salud especialmente en el personal de enfermería, debido a su actividad laboral, presentan trastornos del sueño, que desencadenan ansiedad y disminución de la motivación, trastornos psicósomáticos, entre los que se encuentra cefalea, fatiga, desórdenes gastrointestinales debido a los cambios en las horas de las comidas, problemas cardíovasculares, entre otros manifestaciones emocionales como distanciamiento afectivo con los pacientes, deseo de abandonar del trabajo, irritabilidad, empatía, descenso de autoestima, aislamiento social. (32)

4.3.1.1.1 CARGO LABORAL:

Según el síndrome del desgaste profesional y el desempeño laboral que realiza cada trabajador, la mayor incidencia de Burnout se evidencia en el servicio de urgencias, según nuestra Institución Prestadora de Servicios (IPS) de estudio, puesto que es allí donde los trabajadores se enfrentan a pacientes terminales y a la muerte, donde se requiere notable experiencia clínica, madurez, moral y ética profesional, todo esto asociado al perfil profesional, edad y años de experiencia laboral.

4.3.1.1.2 TIEMPO LABORAL

Los primeros años de carrera profesional son los más vulnerables, puesto que las expectativas no son la prometidas ni deseadas. El trabajador necesita sentirse integrado y involucrado en el ámbito laboral, y que su trabajo sea reconocido y

valorado por la sociedad, ya que un bajo apoyo emocional genera estrés laboral que puede conducir al desgaste profesional. Si los trabajadores, reciben críticas positivas de su desempeño, disminuirán los niveles de estrés, agotamiento y despersonalización.

4.3.1.1.3 ÁREA DE TRABAJO:

El área de trabajo tiene gran influencia en el clima laboral, en la comunicación y las relaciones interpersonales, el compromiso del trabajador, la motivación, la salud y la seguridad en el trabajo. En cuanto a la dimensión del reconocimiento y las condiciones laborales, los empleados perciben que están siendo reconocidos y premiados por realizar un buen trabajo y que dicho reconocimiento esté directa y diferencialmente relacionado con los niveles de desempeño laboral según su área de asignación. (33)

4.3.2 CONOCIMIENTO DE LA POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Alcanzar el propósito de establecer una atención segura, va más allá del establecimiento de normas; es necesario el compromiso y la cooperación de los diferentes actores para sensibilizar, promover, concertar, y coordinar acciones que alcancen logros efectivos. La alta gerencia de las instituciones debe demostrar y ser explícita en el compromiso con la seguridad del paciente como estrategia, indispensable para un entorno seguro y promover una transformación hacia una cultura de seguridad. La política de seguridad de las instituciones de salud deben procurar por realizar las siguientes actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente: (34)

- a. 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.
- b. Cultura de Seguridad:** el ambiente de despliegue de las acciones de seguridad del paciente deben darse en un entorno de confidencialidad y de confianza entre pacientes, profesionales, aseguradores y la comunidad para reducir la incidencia de incidentes y eventos adversos. Una cultura justa, educativa y no punitiva pero que no fomente la irresponsabilidad
- c. 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.

- d. **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 que garantice la confidencialidad de los análisis con unas estrategias organizacionales para su operación que sean integrales con otras políticas y procesos institucionales: calidad, talento humano, recursos físicos, tecnológicos, información, etcétera.
- e. **Validez:** para impactarlo se requiere implementar metodologías y herramientas prácticas, soportadas en la evidencia científica disponible. Un sistema de reporte de incidentes y eventos adversos.
- f. **Alianza con el paciente y su familia:** la política de seguridad debe contar con los pacientes y sus familias e involucrarlos en sus acciones de mejora.
- g. **Alianza con el profesional de la salud:** la política de seguridad parte del reconocimiento del carácter ético de la atención brindada por el profesional de la salud y de la complejidad de estos procesos por lo cual contará con la activa participación de ellos y procurará defenderlo de señalamientos injustificados y así crear o fomentar un entorno seguro de la atención; por medio de la educación, capacitación, entrenamiento y motivación del personal para la seguridad del paciente.
- h. **Reporte del evento adverso:** la cultura del reporte del evento adverso, por parte del personal de salud, es insuficiente. Aún se manifiesta la connotación punitiva que tienen los funcionarios acerca de este proceso. Mediante el fomento de la cultura del reporte se logra la identificación de errores durante los procesos de atención, con el fin de crear intervenciones que mitiguen el impacto sobre el paciente, el personal de salud y la gestión administrativa; para esto, resulta imprescindible plantear acciones que garanticen entornos más confiables y seguros. (35)

El 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:

- ✚ **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.
- ✚ **Evento adverso no prevenible:** resultado no deseado, no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial.

El sistema de reporte de incidentes y eventos adversos debe ser diseñado bajo estrategias que permitan una mayor apropiación, por parte del personal de la institución. Así mismo, se resalta la importancia de la retroalimentación continua al personal, tanto asistencial como administrativo, sobre lo que implica el reporte dentro de la política que tiene establecida la institución para la seguridad de los pacientes. Es fundamental mejorar los mecanismos o sistemas para el reporte de incidentes y eventos adversos, con la finalidad de permitir su correcto diligenciamiento con los siguientes puntos: (35)

- a) Quién reporta:** el reporte debe hacerse por el personal o por terceros y es responsabilidad de todos los funcionarios que hayan estado en el momento de ocurrencia del incidente o evento adverso (el nombre de quien reporta es opcional).
- b) Cuándo se reporta:** el reporte debe hacerse luego de estabilizar el paciente y hacer las respectivas notas de ocurrencia del evento con el fin de utilizar información fresca y confiable que pueda establecer de forma clara los factores contributivos que llevaron a cabo la acción insegura.
- c) Cómo se reporta:** El reporte se debe realizar por medio de un formato institucional de incidentes y eventos adversos, el cuál debe ser diligenciado con letra legible y entregada al área de calidad para que el Comité de Seguridad del Paciente, realice posteriormente el proceso de análisis y gestión del evento.

El éxito de un sistema de reporte está determinado por las actitudes y percepciones del personal asistencial y administrativo que están al cuidado de la salud. Esto pone en evidencia que las organizaciones deben ser conscientes que se debe crear una cultura de seguridad no punitiva, que no solo se imparta desde la oficina de “calidad” o “seguridad”, sino que se establezca dentro de los lineamientos y políticas estratégicas de las instituciones que la calidad y la seguridad son elementos integrales del trabajo de toda la organización, lo cual ayudará a crear sistemas que permitan que todo el personal que labore en salud se encuentre en la capacidad técnica y moral para reportar los incidentes y eventos adversos, sin factores que influyan en la decisión de hacerlo. No es fácil lograr esto a corto plazo; por lo tanto, para saber si están en ese camino, las organizaciones de salud deben evaluar periódicamente su progreso en la obtención de dicha cultura de seguridad, para que se mitiguen y disminuyan los incidentes y eventos adversos. (36)

4.3.3 PLAN DE MEJORA (CICLO DE LA INVESTIGACIÓN SOBRE SEGURIDAD DEL PACIENTE)

Es importante realizar diseños observacionales que permitan determinar no solo la frecuencia de eventos adversos, sino también, los factores relacionados con su aparición, a fin de direccionar las acciones hacia una disminución de la incidencia de los indicios de atención insegura, priorizar los planes de mejorar según hallazgos encontrados en la observación, promover la gestión de riesgos bajo una cultura donde las personas se comprometen individualmente y como grupo, con la seguridad del paciente.

Para lograr esto, es necesario tener como herramienta de base el ciclo de investigación orientado a mejorar la seguridad del paciente, con el fin de encontrar soluciones que permitan minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en la atención en salud o de mitigar sus consecuencias, determinar la magnitud del daño y el número y tipos de eventos adversos que perjudican a los pacientes; entender las causas fundamentales de los daños ocasionados; encontrar soluciones para conseguir que la atención sanitaria sea más segura, y evaluar el impacto de las soluciones en situaciones. (37)

- a) Determinar los daños:** la determinación de los problemas e incidentes que ocurren en la atención sanitaria consiste en estimar el número de pacientes que sufren daño o pierden la vida por causa de la atención en salud, identificar cuáles son los eventos adversos registrados (por ejemplo, errores de medicación, infecciones intrahospitalarias, etc.). Esta información es esencial para aumentar la sensibilización sobre el problema y determinar prioridades de medición que se van a utilizar para controlar y seguir el proceso. (37)
- b) Entender las causas:** una vez identificados los principales problemas, el paso siguiente consiste en entender las principales causas que favorezcan los eventos adversos que han perjudicado a los pacientes. (37)
- c) Encontrar soluciones:** para mejorar la seguridad del paciente se necesitan soluciones que aborden las causas fundamentales de la atención poco segura. Es necesario identificar soluciones eficaces para conseguir una atención más segura y prevenir posibles daños a los pacientes. (37)
- d) Evaluar el impacto:** aun cuando se hayan encontrado soluciones, es importante evaluar los efectos, la aceptabilidad, la asequibilidad de las soluciones aplicadas, la efectividad en los cambios, su medición; en el caso de que los resultados no se ajusten a las expectativas y objetivos predefinidos, se toman las decisiones y acciones pertinentes para mejorar continuamente el desarrollo de los proceso

4.6 MARCO CONCEPTUAL

SEGURIDAD DEL PACIENTE: es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias. (38)

ATENCIÓN EN SALUD: servicios recibidos por los individuos o las poblaciones para promover, mantener, monitorizar o restaurar la salud.

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. (39)

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 intencionales. (40)

FALLAS ACTIVAS O ACCIONES INSEGURAS: son acciones u omisiones que tiene el potencial de generar daño o evento adverso. Es una conducta que ocurre durante el proceso de atención en salud por miembros del equipo misional de salud (enfermeras, médicos, regente de farmacia, fisioterapeuta, bacteriólogos, auxiliares de laboratorio, auxiliar de enfermería, odontólogos etcétera). (41)

FALLAS LATENTES: son acciones u omisiones que se dan durante el proceso de atención en salud por miembros de los procesos de apoyo (Personal administrativo). (42)

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. (42)

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. (43)

EVENTO ADVERSO NO PREVENIBLE: resultado no deseado, no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial. (44)

FACTORES CONTRIBUTIVOS: son las condiciones que predisponen una acción insegura (falla activa).⁷ Los factores contributivos considerados en el Protocolo de Londres son: (45)

- ✚ **Paciente:** cómo ese paciente contribuyó al error. Ejemplo: paciente angustiado, complejidad, inconsciente.
- ✚ **Tarea y tecnología:** documentación ausente, poco clara no socializada, que contribuye al error. Como la tecnología o insumos ausentes, deteriorada, sin mantenimiento, sin capacitación al personal que la usa que contribuye al error. Ejemplo: ausencia de procedimientos documentados sobre actividades a realizar, tecnología con fallas.
- ✚ **Individuo:** como el equipo de salud (enfermeras, médicos, regente de farmacia, fisioterapeuta, bacteriólogos, auxiliares de laboratorio, auxiliar de enfermería, odontólogos etcétera) que contribuyen a la generación del error. Ejemplo: ausencia o deficiencia de habilidades y competencias, estado de salud (estrés, enfermedad), no adherencia y aplicación de los procedimientos y protocolos, no cumple con sus funciones como diligenciamiento adecuado de historia clínica.
- ✚ **Equipo de trabajo:** como las conductas de equipo de salud (enfermeras, médicos, regente de farmacia, fisioterapeuta, bacteriólogos, auxiliares de laboratorio, auxiliar de enfermería, odontólogos etcétera) que contribuyen al error. Ejemplo: comunicación ausente o deficiente entre el equipo de trabajo, falta de supervisión, disponibilidad de soporte (esto se refiere a interconsulta, entre otros).
- ✚ **Ambiente:** cómo el ambiente físico contribuye al error. Ejemplo: deficiente iluminación, hacinamiento, clima laboral (físico), deficiencias en infraestructura.
- ✚ **Organización y gerencia:** como las decisiones de la gerencia que contribuyen al error. Ejemplo: políticas, recursos, carga de trabajo.
- ✚ **Contexto institucional:** como las situaciones externas a la institución que contribuyen a la generación del error. Ejemplo: decisiones de Entidades Administradoras de Planes y Beneficios (EAPB), demora o ausencia de autorizaciones, leyes o normatividad etc.

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.

RIESGO: es la probabilidad que un incidente o evento adverso ocurra.

COMPLICACIÓN: es el daño o resultado clínico no esperado no atribuible a la atención en salud sino a la enfermedad o a las condiciones propias del paciente.

ESTRÉS OCUPACIONAL: se define como las reacciones nocivas físicas y emocionales que ocurren cuando las exigencias del trabajo no igualan las capacidades, los recursos o las necesidades del trabajador. (46)

SINDROME DEL QUEMADO PROFESIONAL (BURNOUT SYNDROME): es una respuesta a una situación de estrés laboral crónico, esto es prolongado en el tiempo. Esta respuesta se caracteriza por desarrollar actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja, así como hacia el propio papel o rol profesional; es sinónimo de encontrarse emocionalmente agotado (47)

INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD: las infecciones Asociadas a la atención en Salud (IAAS) anteriormente llamadas nosocomiales o intrahospitalarias son aquellas infecciones que el paciente adquiere mientras recibe tratamiento para alguna condición médica o quirúrgica y en quien la infección no se había manifestado ni estaba en período de incubación en el momento del ingreso a la institución, se asocian con varias causas incluyendo pero no limitándose al uso de dispositivos médicos, complicaciones postquirúrgicas, transmisión entre pacientes y trabajadores de la salud o como resultado de un consumo frecuente de antibióticos. (48)

SEGURIDAD: es la característica de un medicamento según la cual puede usarse sin mayores posibilidades de causar efectos tóxicos no deseables. (49)

CULTURA DE SEGURIDAD: patrón integrado de comportamiento individual y de la organización, basado en creencias y valores compartidos, que busca continuamente reducir al mínimo el daño que podría sufrir el paciente como consecuencia de los procesos de prestación de atención. (50)

4.4.1 PALABRAS CLAVE

Seguridad del paciente, riesgo, incidente, evento adverso. (Fuente: DESH BIREME)

4.7 MARCO LEGAL

NORMA	AÑO	DESCRIPCIÓN
LEY 10	1990	El estado intervendrá para establecer un sistema de fijación de normas de calidad de servicio de salud, vigilancia y control y regular los procedimientos para la autorización de la prestación de servicios de salud.
CONSTITUCIÓN NACIONAL DE COLOMBIA	1991	Artículo 48: garantiza a todos los habitantes del país el derecho irrenunciable a la seguridad social y a la salud, por lo cual el Estado deberá ampliar progresivamente la cobertura de seguridad social y deberá subsidiar a quienes, por escasez de recursos, no tiene acceso a los servicios de salud. El reto es convertir en realidad los principios constitucionales. Artículo 49: expresa que la atención de la salud y el saneamiento son servicios públicos a cargo del estado, dirigidos según principios de eficiencia, universalidad y solidaridad.
RESOLUCIÓN 13437	1991	Artículo 1: adoptar como postulados básicos para propender por la humanización en la atención a los pacientes y garantizar el mejoramiento de la calidad en la prestación del servicio público de salud en las instituciones hospitalarias públicas y privadas, los derechos de los pacientes que se establecen a continuación: todo paciente debe ejercer sin restricciones por motivos de raza, sexo, edad, idioma, religión, opiniones políticas o de cualquier índole, origen social, posición económica o condición social.
LEY 100	1993	Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. En el artículo 162 se crea el Plan Obligatorio de Salud, el artículo 165 se define el Plan de Atención Básica – (PAB) - como complemento a las acciones del Plan Obligatorio de Salud, de los demás planes de atención y del saneamiento ambiental, el artículo 166 se da prioridad a la atención materna infantil y a la lactancia materna.
RESOLUCIÓN 8430	1993	Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud.
RESOLUCIÓN 1474	2000	Mediante la cual se define Acreditación en Salud como un proceso voluntario y periódico de autoevaluación interna y revisión externa de los procesos y resultados que garantizan y mejoran la calidad de la atención en una organización de salud, a través de una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar, previamente conocidos por las entidades evaluadas.

DECRETO 2309	2002	Como quedó establecido por la Ley 100 de 1993, el Ministerio de Salud de la República de Colombia, ahora Ministerio de la Protección Social, debería reglamentar el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud y sus componentes: el Sistema Único de Habilitación, el Programa de Auditoría para el mejoramiento de la Atención en Salud, la Acreditación de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y Aseguradoras y el Sistema de Información al Usuario.
RESOLUCIÓN 445	2006	<p>Por la cual se definen las funciones de la entidad acreditadora y se adoptan manuales de estándares de acreditación que se encuentran contenidos en el anexo técnico uno de esta Resolución.</p> <p>El Manual de Estándares para la Acreditación de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, presenta los lineamientos instrumentales que guiarán el proceso de acreditación para dichas instituciones y los estándares, en los que se contempla el diseño e implementación de las actividades de mejoramiento incluyendo alguno o todos los siguientes criterios: seguridad, continuidad, coordinación, competencia, aceptabilidad, efectividad, pertinencia, eficiencia.</p>
DECRETO 1011	2006	<p>Establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, donde uno de los destinatarios de este decreto son las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. Establece que deberán cumplir con los estándares señalados de accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad. Tiene como componentes los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El Sistema Único de Habilitación • La Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud • El Sistema Único de Acreditación • El Sistema de Información para la Calidad <p>Igualmente señala que las IPS deben implementar procesos de auditoría, con criterios, indicadores y estándares que les permitan precisar los parámetros de calidad. Los modelos que se apliquen teniendo en cuenta niveles de autocontrol, auditoría interna y externa.</p>
RESOLUCIÓN 1446	2006	Por la cual se define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoria del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, con el fin de realizar el seguimiento y evaluación de la gestión de la calidad de la atención en salud, brindar información a los usuarios para elegir libremente con base a la calidad de los servicios y ofrecer insumos para la referenciación por calidad que permita materializar los incentivos de prestigio del sistema.
LEY 1122	2007	Crea la Comisión de Regulación en Salud CRES la cual es un sistema de inspección, vigilancia y control del Sistema General de Seguridad Social en Salud en cabeza de la Superintendencia Nacional de Salud, acorde a sus competencias y el defensor del usuario en salud. La seguridad del paciente es parte fundamental

		en el sistema obligatorio de la garantía de la calidad SOGCS y se describe como una característica de este definida como 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 en salud.
LEY ESTATUTARIA 1266	2008	Por la cual se dictan las disposiciones generales del hábeas data y se regula el manejo de la información contenida en bases de datos personales, en especial la financiera, crediticia, comercial, de servicios y la proveniente de terceros países y se dictan otras disposiciones.
RESOLUCIÓN 4816	2008	Por el cual se diseñará el Programa de Tecnovigilancia que permita identificar los eventos e incidentes adversos no descritos en la utilización de dispositivos médicos en el Territorio Nacional, cuantificar el riesgo, proponer y realizar medidas de salud pública y mantener informados a los usuarios, a los profesionales de la salud, a las autoridades sanitarias y a la población en general.
LINEAMIENTOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA REPÚBLICA DE COLOMBIA.	2008	La política de seguridad del paciente, no fomenta la impunidad cuando la acción insegura se deba a negligencia o impericia o hay intención de hacer daño y respeta por lo tanto el marco legal del país. Pero de igual manera procura proteger al profesional que de manera ética y responsable analiza las fallas de la atención y los eventos adversos para desarrollar barreras de seguridad que protejan al paciente. Tanto las experiencias internacionales como la nacional son claras en evidenciar que benefician a las instituciones y al profesional de la salud.
RESOLUCIÓN 123	2012	Ministerio de salud y protección social, modifica la Resolución 1445 de 2006, en lo relativo al manual de acreditación en salud ambulatoria y hospitalaria, dirigido a las instituciones prestadoras de servicios de salud que ofrecen servicios ambulatorios.
RESOLUCIÓN 441	2013	Por la cual se definen los procedimientos y condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar los servicios y se dictan otras disposiciones
RESOLUCIÓN 2003	2014	Por la cual se definen los procedimientos y condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar los servicios y se dictan otras disposiciones. Procesos prioritarios: cuenta con un programa de seguridad del paciente que provea una adecuada caja de herramientas, para la identificación y gestión de eventos adversos.

RESOLUCIÓN 3678	2014	Por la cual se modifica la resolución 2003 del 2014.
DECRETO 903	2014	Por el cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema Único de Acreditación en Salud
PAQUETES INSTRUCCIONALES, BUENAS PRÁCTICAS PARA LA ATENCIÓN EN SALUD/MINISTERIO DE SALUD Y DE LA PROTECCIÓN SOCIAL.	2014	Guía Técnica “Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente en la Atención en Salud” MINSALUD; versión 2.0.
LEY ESTATUTARIA 1751 MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL	2015	Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones
RESOLUCIÓN 0256 MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL	2016	Por la cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema de Información para la Calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud.

5- METODOLOGÍA

La investigación se realizó con el fin determinar la cultura de la política de seguridad del paciente en el personal que labora en la E.S.E Hospital Santa Ana de Guática Risaralda, durante el primer trimestre de 2018, con el fin de mejorar la cultura del reporte en la institución, teniendo en cuenta los Lineamientos para la Implementación de la Política de Seguridad del Paciente en la República de Colombia Ministerio de la Protección Social de 11 de junio de 2008 y la Guía Técnica “Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente en la Atención en Salud” con sus “Paquetes Instruccionales” MINSALUD; versión 2.0.

5.1 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Se realizará un estudio de tipo **TRANSVERSAL**, en donde se aplicó de forma **CUANTITATIVA** y **DESCRIPTIVA** una encuesta de cultura de seguridad del paciente a los trabajadores actuales vinculados en la E.S.E Hospital Santa Ana de Guática.

5.2 POBLACIÓN

Funcionarios que laboran en la E.S.E Hospital Santa Ana de Guática, según datos suministrados por la oficina de recursos humanos de la institución.

5.3 MUESTRA

Se aplicó el muestreo del programa Netquest, con los siguientes parámetros: nivel de confianza 95%, tamaño del universo 67, heterogeneidad 50%, margen de error del 2,5 % el tamaño de muestra recomendado es de 65 funcionarios que laboran en la E.S.E Hospital Santa Ana de Guática.

67	50
TAMAÑO DEL UNIVERSO	HETEROGENEIDAD %
Número de personas que componen la población a	Es la diversidad del universo. Lo habitual es usar 50%, el peor
2,5	95
MARGEN DE ERROR %	NIVEL DE CONFIANZA %
Menor margen de error requiere mayor muestra.	Mayor nivel de confianza requiere mayor muestra. Lo habitual es entre 95% y 99%.
65	
MUESTRA	
Personas a encuestar.	

Fuente: <https://www.netquest.com/es/panel/calculadora-muestras/calculadoras-estadisticas>

5.4 MARCO MUESTRAL

Listado de los funcionarios que laboran en los servicios de hospitalización y urgencias de la E.S.E Hospital Santa Ana. (Ver anexo B)

5.5 UNIDAD DE ANÁLISIS

Cada uno de los funcionarios que laboran en la E.S.E Hospital Santa Ana.

5.6 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- ✚ Tener consentimiento informado institucional, autorización y aceptación para la aplicación del proyecto de investigación.
- ✚ Ser funcionario contratado por la E.S.E Hospital Santa Ana antes del 1 octubre de 2017.
- ✚ Tener consentimiento informado de la población estudio para la aplicación del proyecto de investigación.
- ✚ Conocer la Política de Seguridad del Paciente del Hospital Santa Ana de Guática, para la aplicación del plan de mejora en el Sistema de Gestión en Seguridad del Paciente.

5.7 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

En esta investigación no se aplicó la encuesta a dos funcionarios de la E.S.E, uno de ellos es la contadora que solo labora en el hospital tres días al meses y el otro es el técnico de sistemas.; cada uno por falta de disponibilidad de tiempo.

5.8 OPERAZIONALIZACIÓN DE VARIABLES

CONCEPTO	VARIABLE	NIVEL DE MEDICIÓN	DIMENSIONES	ESCALA DE MEDICIÓN	FUENTE	PREGUNTA
Caracterización sociodemográfica.	Cargo laboral	Ordinal	Comprende la función laboral del trabajador y los límites de su competencia	Cualitativo	Primaria	¿Cuál es el cargo que usted desempeña actualmente? Asesora de calidad Enfermera Estadística Fisioterapeuta Médico general Otros
	Tiempo laboral en la institución	Nominal	Tiempo que lleva en la institución desde que inició su empleo	Cuantitativo	Primaria	¿Cuánto tiempo lleva usted laborando en la E.S.E Hospital Santa Ana? Menos de 1 año De 1 a 5 años De 6 a 10 años De 11 a 20 años Más de 20 años
	Área de trabajo	Nominal	Principal área de trabajo o servicio donde desempeña sus funciones	Cualitativo	Primaria	¿Servicio en el que trabaja? Urgencias-hospitalización Consulta externa Administrativo Oficios generales Portería Transporte asistencial básico Mantenimiento Farmacia
	Tiempo laboral en el área actual de trabajo	Nominal	Corresponde al periodo laboral en el área de trabajo actual	Cuantitativo	Primaria	¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en su actual área o servicio? Menos de 1 año De 1 a 5 años De 6 a 10 años De 11 a 20 años Más de 20 años

Conocimiento de la política de seguridad del paciente.	Actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente.	Nominal	Acciones específicas para mejorar la seguridad del paciente	Cualitativo	Secundaria	¿Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente? Si__ No__
	Capacitación en seguridad del paciente.	Nominal	Capacidad realizada en la institución en busca de mejorar los conocimientos y habilidades del personal.	Cualitativo	Primaria	¿Se siente capacitado en el tema de seguridad del paciente? Si__ No__
	Trabajo en equipo.	Nominal	Condiciones de trabajo de tipo psicológico que más influye en los trabajadores de forma positiva porque permite que haya compañerismo.	Cualitativo	Primaria	¿Hay buena cooperación entre las áreas o servicios del hospital que necesitan trabajar juntos? Si__ No__
	Reporte de eventos adversos / errores	Nominal	Informe de un hecho reciente que causa daño al paciente	Cuantitativo	Secundaria	En los pasados 3 meses, ¿cuántos reportes de indicios de atención insegura ha realizado? 0 1 De 2 a 3 De 4 a 5 Más de 5
	Grado de seguridad del paciente	Nominal	Ausencia de riesgo	Cualitativo	Primaria	Favor, asígnele a su área de trabajo un grado en general de seguridad del paciente es: a. excelente b. bueno aceptable d. pobre e. malo

Plan de mejora (ciclo de la investigación sobre seguridad del paciente)	Determinar los daños	Razón	Identificación de los eventos adversos registrados	Cualitativo	Primaria	Definir las barreras de seguridad y o el plan de mejora orientado a la mitigación de las causas y la prevención de errores.
	Entender las causas		Entender las causas de los eventos adversos que producen daño al paciente			
	Encontrar soluciones		Identificar soluciones eficaces para conseguir una atención más segura y prevenir posibles daños a los pacientes			
	Evaluar el impacto		Evaluar los efectos, la aceptabilidad y la asequibilidad de las soluciones aplicadas en la vida real.			

5.9 PLAN DE ANÁLISIS

5.9.1 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

- ✚ Se aplicó la encuesta del instrumento “Hospital Survey on Patient Safety Culture”, de la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) que fue elaborada desde el año 2004 en EEUU. La encuesta permite tres modalidades de aplicación: auto administrado, sistematizado y mixto. Para esta investigación se utilizó la modalidad sistematizada (GLOOGLE DRIVE-FORMULARIOS), en presencia de los encuestados, durante el tiempo laboral, en períodos previamente convenidos con la gerencia de la E.S.E Hospital Santa Ana de Guática.
- ✚ Para la aplicación de los instrumentos se contó con el apoyo de la Asesora de Calidad y Coordinadora del Comité de Seguridad del Paciente OLGA DICELLY CALLE CASTAÑO, para garantizar que la información que se va obtener sea confiable; a esta funcionaria se capacitó previamente en la aplicación del instrumento.
- ✚ El grupo de investigación reunió a los funcionarios que laboran en la E.S.E Hospital Santa Ana, para explícales el proceso y contar con la aceptación de cada uno para ser encuestado.

5.9.2 VALIDEZ DEL INSTRUMENTO:

Como nuestro instrumento es adoptado de la siguiente referencia Gascón Cánovas JJ, Saturno Hernández PJ, et al. Cuestionario sobre Seguridad de los Pacientes: versión Española del Hospital Survey on Patient Safety Culture (Agency for Healthcare Research and Quality – AHRQ), no se requirió la validez de expertos, ni prueba piloto, pero para dar confiabilidad al instrumento, se solicitó la validación de dos profesionales de la Fundación Universitaria del Área Andina y uno de la E.S.E Hospital Santa Ana, expertos en el tema. (Ver anexo B)

5.9.3 TABULACIÓN DE LA INFORMACIÓN

El grupo de investigadores creó una base de datos en el programa GLOOGLE DRIVE- FORMULARIOS, para la tabulación de la información recolectada y su análisis.

5.9.3.1 ANÁLISIS DE DATOS

La información se tabó en el programa Google Drive Formatos y se analizó en el programa Epi Info teniendo en cuenta los objetivos de la investigación.

5.9.4 ESTADÍSTICAS UTILIZADAS

La información se analizó con estadística descriptiva, análisis unidimensional y bidimensional.

5.9.4.1 PRUEBAS ESTADÍSTICAS

Las pruebas de estadísticas que se utilizaron fueron Chi ² y valor de P.

5.9.6 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

- ✚ Se realizará por medio del comité de seguridad del paciente de la E.S.E Hospital Santa Ana, que se lleva a cabo en la segunda semana de cada mes, al cual están invitados la Coordinadora Médica, Enfermera Coordinadora del área de urgencias – hospitalización, Enfermera Coordinadora de talento humano, Enfermera del área promoción y prevención, Enfermera del área de Gestión del riesgo, Asesora Control Interno, Coordinadora Facturación, Asesora Calidad, Sistemas de Información y Odontología.
- ✚ Evento académico en la Fundación Universitaria Del Área Andina en el mes de abril del 2018.

5.10 COMPONENTE BIOÉTICO

Teniendo en cuenta la norma específica Colombiana para el manejo de seres vivos, 008430 de 1993 los Investigadores contarán con el consentimiento institucional e informado por escrito del representante legal de la institución; además deberá prevalecer la seguridad de los beneficiarios y expresar claramente los riesgos mínimos, será realizada por profesionales con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano bajo la responsabilidad de una entidad de salud. Los resultados obtenidos serán protegidos para que no sean divulgados sin consentimiento de la institución y del programa de seguridad del paciente, dicha garantía se lleva a cabo por medio de un grupo de reglas que limitan el acceso a esta información, se garantiza la adecuada manipulación y preservar derechos fundamentales, según el artículo 15 de la carta política del HABEAS DATA. (Ver anexo D)

5.11 COMPROMISO MEDIO AMBIENTAL

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

5.12 RESPONSABILIDAD SOCIAL

El personal de salud debe tener un compromiso con el bienestar del paciente, reconociéndolos como seres únicos, los cuales merecen nuestro mejor esfuerzo

cuando del cuidado se habla. Se debe tener en cuenta los problemas y riesgos que están experimentando los pacientes al utilizar los servicios de salud en Colombia. En cualquier escenario clínico donde haya un paciente se pueden presentar eventos adversos; estos son un indicador significativo del resultado final de la atención y muestran, como ningún otro, cual es la calidad de atención en una institución de salud. Por tal motivo es necesario, que el personal de salud adquiera el compromiso de dar continuidad de las políticas y gestión de seguridad del paciente propiciando el trabajo en equipo, facilitando la comunicación, la toma oportuna de decisiones, permitiendo de esta manera fortalecer las barreras de seguridad y evitar o disminuir el riesgo. Para tal instancia se elaborará un plan de mejora que contribuirá al aumento de la adherencia al programa, mayor cumplimiento de las guías y protocolos instaurados y por ende la satisfacción del cliente interno como externo.

5.13 POBLACIÓN BENEFICIADA

Con esta investigación se benefició a la E.S.E Hospital Santa Ana de Guática Risaralda, ya que se identificaron por medio de la encuesta aplicadas falencias a las cuales se les realizó acciones de mejora que incidan directamente sobre la ocurrencia de eventos adversos y en el proceso de seguridad del paciente.

5.14 ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

5.14.1 CRONOGRAMA EN TABLA DE GANTT

Convenciones

Realizado
En ejecución
Pendiente por realizar

ACTIVIDADES	AÑO 2017												AÑO 2018															
	OCTUBRE		NOVIEMBRE				DICIEMBRE				ENERO				FEBRERO				MARZO				ABRIL					
	S 3	S 4	S 1	S 2	S 3	S 4	S 1	S 2	S 3	S 4	S 1	S 2	S 3	S 4	S 1	S 2	S 3	S 4	S 1	S 2	S 3	S 4	S 1	S 2	S 3	S 4		
Conformación del equipo	█																											
Selección del tema	█																											
Crear nube en Google Drive	█																											
Revisión de literatura científica	█																											
Construcción del estado de arte	█																											
Creación del árbol de problemas	█																											
Creación del árbol de soluciones		█																										
Planteamiento del problema		█																										
Descripción del problema		█																										
Justificación de la investigación		█																										
Elaboración de los objetivos		█																										
Construcción del marco teórico		█																										
Selección y lectura de artículos científicos			█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█										
Elaboración del marco metodológico.							█	█																				
Revisión y corrección del ante proyecto							█	█	█	█	█	█																
Elaboración del presupuesto del proyecto							█																					
Asesorías por los docentes asignados							█					█	█	█									█	█				
Elaboración de la encuesta												█																
Aplicación de la encuesta																							█	█	█			
Análisis de la información																							█	█				
Entrega de trabajo de grado																									█			
Sustentación del trabajo final a las entidades participantes																										█		

5.14.2 PRESUPUESTO

ÍTEM	UNIDAD	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	APORTES		TOTAL
				Patrocinadores	Estudiantes	
TALENTO HUMANO						
Asesores(2)	27 Horas Cátedra	32 Horas	\$ 108.307	\$ 3.465.824	\$ 0	\$ 3.465.824
	5 Horas Material de clase ,revisión de trabajos y Tutoría					
Estudiantes(3)	100Hora	300 Horas	\$ 8000	\$ 0	\$ 2.400.000	\$ 2.400.000
INSUMOS						
Internet	1 mes x estudiante	3 meses	\$ 45.000	\$ 0	\$ 135.000	\$ 135.000
Papelería, impresiones, fotocopias y otros.					\$ 8000	\$ 8000
LOGÍSTICA						
Desplazamiento	3 días x estudiante	9 días	\$ 120.000	\$ 0	\$ 1.080.000	\$ 1.080.000
Alimentación	3 días x estudiante	9 días	\$ 30.000	\$ 0	\$ 180.00	\$ 180.000
IMPREVISTOS						
Para cualquier gasto que no se había tenido en cuenta				\$ 0	\$ 300.000	\$ 300.000
TOTAL						\$ 7.568.824

5.15 DIFUSIÓN DE RESULTADOS

Los resultados de la investigación serán entregados en medio magnéticos al Gerente de la E.S.E Hospital Santa Ana Risaralda y serán socializados en un evento académico en la fecha estipulada por la Fundación Universitaria del Área Andina.

9. RESULTADOS

Al modelo de encuesta original Clima de Seguridad del Paciente, se le agrega dos preguntas más sobre el conocimiento del objetivo y la definición de la política de seguridad de la paciente de la E.S.E Hospital Santa Ana, se describe el clima de seguridad y se identifican sus fortalezas y debilidades, se propone un plan de mejora; la encuesta se compone de una caracterización sociodemográfica y 12 dimensiones las cuales subdividen en 45 ítems.

Doce dimensiones de cultura relacionada con la seguridad del paciente:
(traducción propia, de la versión en inglés de la AHRQ)

1. Trabajo en equipo en la Unidad/Servicio
2. Expectativas y acciones de la dirección/ supervisión de la Unidad/Servicio en apoyo de la seguridad
3. Aprendizaje organizacional/mejora continua
4. Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente
5. Percepción global de seguridad
6. Retroalimentación y comunicación sobre errores
7. Franqueza en la comunicación
8. Notificación de eventos relacionados con la seguridad
9. Trabajo en equipo entre unidades
10. Dotación de personal
11. Transferencias y transiciones
12. Respuesta punitiva al error

La población a encuestar era de 67 personas, donde el diligenciamiento del instrumento lo realizaron 65 empleados (asistenciales, administrativos, orientadores de seguridad, mantenimiento, conductores y oficios generales) vinculados a la E.S.E Hospital Santa Ana del municipio de Guática Risaralda, con un nivel de confianza 95%, tamaño del universo 67, heterogeneidad 50%, margen de error del 2,5 %. Adicionalmente, para cada empleado que participa de forma voluntaria y personalizada en el estudio, se le indico el pacto confidencial; donde todos los datos se gestionarán respetando de manera rigurosa el secreto estadístico; información descripta en el primer párrafo de la encuesta.

Caracterización socio-demográfica

Cargo actual en la institución	frecuencia	%	% acumulado
Auxiliar de Enfermería	14	22%	22%
Auxiliar Administrativo	8	12%	34%
Médico General	6	9%	43%
Orientador de Seguridad	4	6%	49%
Servicios Generales	4	6%	55%
Conductor	3	5%	60%
Enfermera	4	6%	66%
Higienista Oral	3	5%	71%
Odontólogo	2	3%	74%
Otros	17	26%	100%
TOTAL	65	100,00%	

¿Cuánto tiempo lleva usted laborando en la E.S.E Hospital Santa Ana?	frecuencia	%	% acumulado	Límite de confianza 95%
De 1 a 5 años	28	43%	43%	(30,85%-55,96)
de 11 a 20 años	3	5%	48%	(0,96%-12,9)
De 6 a 10 años	10	15%	63%	(7,63%- 26,48%)
Más de 20 años	7	11%	74%	(4,44%- 20,94%)
Menos de 1 año	17	26%	100%	(16,03%- 38,54%)
Total	65	100%		

¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en su actual área / servicio	Frecuencia	%	% acumulado	Límite de confianza 95%
De 1 a 5 años	32	49%	49%	(30,85%-55,96)
de 11 a 20 años	2	3%	52%	(0,96%-12,9)
De 6 a 10 años	10	15%	68%	(7,63%- 26,48%)
Más de 20 años	5	8%	75%	(4,44%- 20,94%)
Menos de 1 año	16	25%	100%	(16,03%-38,54%)
Total	65	100%		

¿Normalmente cuántas horas a la semana trabaja usted en la institución?	Frecuencia	%	% acumulado	Límite de confianza 95%
De 20 a 39 horas	6	9%	9%	(36,6% - 61,93%)
De 40 a 59 horas	48	74%	83%	(0,37% - 10,68%)
De 60 horas en adelante	9	14%	97%	(7,63% - 26,48%)
Menos de 20 horas	2	3%	100%	(2,54% - 17,05%)
Total	65	100%		

Nota: se resaltan los datos más relevantes

De los cuadro de caracterización sociodemográfica se observa que el 37% del personal que participó de la encuesta corresponde a funcionarios de enfermería y médicos generales que está a cargo del cuidado directo del paciente y en su mayoría son del servicio de urgencias y hospitalización, siendo estos funcionarios más receptivo y con más sentido de pertenencia frente a las actividades de seguridad del paciente. Un 8 % corresponde al personal del área de odontología y un 65 % pertenece a otras áreas como administrativa, servicios generales orientadores de seguridad, conductores.

El 43% del personal lleva entre 1 a 5 años laborando para la E.S.E y un 49% en su área actual de trabajo, esto indica que hay índices de destitución de cargo, además índices de rotación del personal y varios modelos de contratación; afectando el confort en el desempeño de sus funciones diarias.

Un 74 % del personal afirma que las horas laboradas semanales corresponden a no más de 40 a 59, esto indica que se da cumplimiento a lo estipuladas por ley, permitiendo que el personal pueda descansar y brindar una atención segura y de calidad a los pacientes; Pero se identifica que hay un 14% de funcionarios que laboran más de 60 horas en la semana, teniendo en cuenta que la parte legal indica que solo debemos trabajar 48 horas, esto puede generar cansancio en el personal de salud, afectando la atención segura del paciente; pero hay que identificar el porqué de esta horas extras laborables, si se realizan por el tema de contratación, por bajo rendimiento del personal o por sobrecarga laboral.

Conocimiento de la política de seguridad del paciente

Actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente	N=65	n (%)
¿Considera que la ESE tiene actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente?		
NO	2	3%
SI	63	97%
¿Después de introducir cambios para mejorar la seguridad de los pacientes, la ESE evalúa su efectividad?		
NO	5	8%
SI	60	92%
¿Los procedimientos y sistemas de la ESE son efectivos para prevenir la ocurrencia de indicios de atención insegura?		
NO	14	21,54%
SI	51	78,46%
¿El jefe inmediato considera seriamente las sugerencias del personal para mejorar la seguridad de los pacientes?		
NO	5	8%
SI	60	92%
¿Los directivos de la ESE propician un ambiente laboral que		

promueve la seguridad del paciente?		
NO	12	18%
SI	53	82%
¿Las acciones de los directivos muestran que la seguridad del paciente es altamente importante?		
NO	4	6%
SI	61	94%
¿Los directivos sólo parecen interesados en la seguridad del paciente después de que ocurre un indicio de atención insegura?		
NO	59	91%
SI	6	9%
¿En el servicio proponemos formas de prevenir la ocurrencia de indicios de atención insegura?		
NO	5	8%
SI	60	92%

Se identifica que el personal encuestado percibe un apoyo e interés por parte de la E.S.E en el programa de seguridad del paciente, que se enfoca en el mejoramiento continuo en busca de evitar nuevamente la ocurrencia de errores que afecten la seguridad del paciente y de brinda una atención segura y mantener un ambiente seguro.

El 91 % de los encuestado piensa que los directivos toman medidas necesarias para propiciar seguridad a los pacientes, la dirección de la Institución está comprometida en el tema de seguridad del paciente, esto debido a que está estipulado en los objetivos estratégicos y en la política de seguridad del paciente permitiendo el direccionamiento del personal asistencial, administrativo y demás, hacia el cumplimiento de las metas establecidas. Se desarrollan actividades de manera activa para mejorar la seguridad del paciente; la identificación de los errores ha llevado a disminuir la ocurrencia de eventos adversos

Un 92% de los encuestados siente que pueden hacer sugerencias para mejorar la seguridad del paciente al interior de los servicios, esto se ve reflejado en el compromiso con las prácticas seguras y barreras de seguridad con el fin de brindar un entorno seguro para los usuarios, la familia y el personal de la entidad.

Capacitación en seguridad del paciente	N=65 n (%)	
¿Se me informa sobre los cambios realizados a partir de los sucesos que he notificado?		
NO	13	20%
SI	52	80%
¿Se me informa sobre los indicios de atención insegura que se presentan en esta área y se realiza retroalimentación de los mismos para evitar que ocurran nuevamente?		
NO	10	15%
SI	55	85%

La percepción de cultura de seguridad del paciente en la E.S.E Hospital Santa Ana es positiva, sienten que son informados de los cambios por parte del programa de seguridad, admiten que están informados sobre las fallas que se presentan en sus áreas y discuten activamente maneras de prevenirlas de forma clara y objetiva, lo cual implica ir mucho más allá de simplemente identificar la falla o de establecer quién tuvo la culpa.

Trabajo en equipo	N=65	n (%)
¿El personal de salud se apoya mutuamente en el servicio?		
NO	7	11%
SI	58	89%
¿Considera que tenemos suficiente personal para afrontar la carga laboral?		
NO	41	63%
SI	24	37%
¿Mi jefe inmediato hace comentarios favorables cuando ve un trabajo hecho de conformidad con los procedimientos establecidos?		
NO	21	32%
SI	44	68%
¿A menudo se pierde información importante de los pacientes durante los cambios de turno?		
NO	42	65%
NO APLICA	9	14%
SI	14	22%
¿Con frecuencia es problemático el intercambio de información entre las áreas de la ESE?		
NO	46	71%
SI	19	29%
¿Las áreas de la ESE trabajan juntas y coordinadamente para proveer el mejor cuidado a los pacientes?		
NO	10	15%
SI	55	85%

¿Los cambios de turno son problemáticos para los pacientes de la ESE?		
NO	49	75%
NO APLICA	11	17%
SI	5	8%
¿El personal a menudo cuestiona las decisiones o acciones de aquellas personas con mayor autoridad?		
NO	33	51%
SI	32	49%
¿El personal en este servicio trabaja más horas de lo que sería conveniente para el cuidado del paciente?		
NO	24	37%
NO APLICA	6	9%
SI	35	54%
¿Frecuentemente trabaja bajo presión intentando hacer mucho y rápidamente?		
NO	37	57%
SI	28	43%
¿Usted relaciona la Seguridad del Paciente con hacer más trabajo?		
NO	57	88%
SI	8	12%

El trabajo en equipo al interior de las áreas es satisfactorio en un alto porcentaje, al igual que entre los demás servicios, se evidencia una percepción relativamente positiva en la coordinación y cooperación. Esto indica que los mecanismos efectivos que relacionan las actividades entre unidades son la motivación y el compromiso para mejorar los resultados. Se destaca el respeto y el apoyo, con una respuesta positiva del 89%. Cuando se requiere trabajo rápido se colaboran los unos a los otros, pero cuando la carga laboral aumenta decae el trabajo en equipo, esto se ve reflejado en una respuesta negativa del 37 % donde 24 encuestados manifestaron que considera que la E.S.E no tiene suficiente personal para afrontar la carga laboral, respuesta obtenida especialmente por el personal misional de la entidad.

A pesar que el tema del trabajo en equipo es satisfactorio, en el programa de seguridad del paciente se debe trabajar en la relación con todo el personal de salud para que los procesos en atención al usuario sean seguros y no se genere el SÍNDROME DE BURNOUT por sobrecarga laboral.

En la E.S.E las condiciones laborales en sus diferentes dimensiones muestran que el 68% del personal siente que los superiores hacen comentarios favorables cuando realizan los procedimientos estipulados por la institución, a su vez un gran número de encuestado sienten que no se pierde la información de los usuarios, y

que los cambios de turno influyen de manera positiva en el cuidado de los pacientes.

Reporte de eventos adversos / errores		N=65	n (%)
¿Cuándo se informa la ocurrencia de un indicio de atención insegura, se siente que está siendo denunciada la persona y no el problema?			
NO		33	51%
SI		32	49%
¿Los empleados temen que los errores que cometen consten en su hoja de vida?			
NO		24	37%
SI		41	63%
¿El personal reporta continuamente si identifica algo que podría afectar negativamente el cuidado del paciente?			
NO		8	12%
SI		57	88%
¿Cuándo cometo un error que NO le hace daño al paciente siempre lo reporto?			
NO		14	22%
SI		51	78%
¿Cuándo cometo un error que le causa daño al paciente, siempre lo reporto?			
NO		14	22%
SI		51	78%
¿El personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo, aparentemente no está bien?			
NO		35	54%
SI		30	46%
¿Existe un procedimiento para notificar indicios de atención insegura?			
NO		8	12%
SI		57	88%

¿Cuántos reportes de indicios de atención insegura realizó en el año inmediatamente anterior?	Frecuencia	%	% Acumulado
0	35	54%	54%
1	12	18%	72%
De 2 a 3	10	15%	88%
De 4 a 5	5	8%	95%
Más de 5	3	5%	100%
Total	65	100%	

El personal de salud tiene el concepto que el reportar eventos adversos tiene una respuesta punitiva desde el programa de seguridad del paciente, hay percepción general que las fallas que se presenten queden registradas en sus hojas de vida,

piensan que esto es una falta muy grave y que los superiores tendrán represarías; de allí que el porcentaje de reportes de eventos adversos sea tan bajo. Se evidencia que no se tiene bien clara la cultura del reporte de índices de atención insegura. Durante el proceso de aplicación de la encuesta, varios funcionario manifestaron obstáculos al reporte de eventos adverso como la percepción de castigo, formato de reporte poco estimulante y falta de compromiso; por lo cual es de gran importancia sensibilizar al personal, que el programa no es punitivo, que busca errores y no castigos, con el objeto de aumentar las barreras de seguridad y lograr una atención de calidad.

Grado de seguridad del paciente	N=65	n (%)
¿En esta área tenemos problemas con la seguridad de los pacientes?		
NO	40	62%
SI	25	38%
Para mí, el nivel de seguridad del paciente en mi área de trabajo es:		
Excelente	17	26%
Bueno	42	65%
Regular	6	9%
¿Considero que el programa de seguridad del paciente de la ESE ha reducido la ocurrencia de indicios de atención insegura?		
NO	6	9%
SI	59	91%

¿Cuál de las siguientes opciones define el objetivo de la seguridad del paciente en la ESE?	Frecuencia	%	% Acumulado
Garantizar la atención a los pacientes	7	11%	11%
Grado en el cual las personas se comprometen individualmente y como grupo, con la seguridad del paciente	12	18%	29%
Minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en la atención en salud o de mitigar sus consecuencias	42	65%	94%
Reportar continuamente indicios de atención insegura	4	6%	100%
Total	65	100%	

Cuál de estas definiciones es para usted la de "cultura de seguridad del paciente"	Frecuencia	%	% Acumulado
Garantizar la atención a los pacientes	7	11%	11%
Grado en el cual las personas se comprometen individualmente y como grupo, con la seguridad del paciente	42	65%	75%
Minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en la atención en salud o de mitigar sus consecuencias	13	20%	95%
Reportar continuamente indicios de atención insegura	3	5%	100%
Total	65	100%	

Los funcionarios sienten en general que el grado de seguridad del paciente es bueno, pero todavía identifican acciones inseguras (fallas activas) y factores contributivos (fallas latentes) en sus áreas de trabajo, que pueden llegar a generar incidentes, eventos adversos prevenibles, eventos adversos no prevenible, eventos adversos centinelas o alguna otra complicación hacia el paciente. Según la opinión de los encuestados, esto se puede mejorar con la implementación de barreras de seguridad y prácticas seguras según la política y manual de seguida del paciente institucional.

9.1 DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En este estudio se evaluó la cultura de seguridad del paciente en el personal que labora en la E.S.E Hospital Santa Ana del municipio de Guática, en el primer trimestre del año en curso. Se identificaron los aspectos que afectan y propician la seguridad del paciente y se pudieron establecer algunas similitudes y diferencias entre el personal de contacto directo e indirecto con el usuario.

En esta investigación se identificaron las causas del no reporte de eventos adverso como criterio de priorización según el análisis de los resultados de la encuesta, debido a que la mayoría de los funcionarios consideran este tema como castigo, miedo, temor y culpabilidad, generando una creencia que el personal asistencial lo considera como punitivo.

La tasa del reporte de eventos adversos en la E.S.E Hospital Santa Ana no es el esperado, se identificaron varias barreras comunes en el reporte de los eventos adverso tales como limitaciones de tiempo, procesos insatisfactorios, inadecuada retroalimentación y percepción de escaso valor del proceso, siendo estos últimos considerados elementos críticos a trabajar para incrementar el reporte.

En el estudio se pudo establecer que el 100% del personal ha recibido Información sobre el tema de seguridad del paciente, sin embargo, partiendo de los 12 dominios o áreas de interés en la cultura de seguridad del paciente, es necesario resaltar los aspectos positivos para darles continuidad, trabajar sobre los aspectos por mejorar y reforzar aquellos que muestran debilidades.

6.2 PLAN DE MEJORA

PLAN DE MEJORA SEGÚN HALAZGOS ENCONTRADOS EN EL ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS								
DÍA	MES	AÑO	NOMBRE IPS	TEMA	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	NIT IPS	CÓDIGO HABILITACIÓN
25	MARZO	2018	ESE HOSPITAL SANTA ANA GUATICA	CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE, HOSPITAL SANTA ANA DE GUÁTICA, RISARALDA 2018	RISARALDA	GUÁTICA	891410661-0	663180079901
QUÉ			CÓMO	CUÁNDO	QUIÉN	DÓNDE	POR QUÉ	
DESCRIPCIÓN PROBLEMA			PLAN DE MEJORA	EJECUCIÓN DEL PLAN DE MEJORA	RESPONSABLE	IPS	OBJETIVO	
Desconocimiento de la política de seguridad del paciente			Difundir la política de seguridad del paciente	Programar con el funcionario de calidad.	Comité de seguridad del paciente	Hospital Santa Ana de Guática Risaralda	Fortalecer en la ESE Hospital Santa Ana la cultura de seguridad del paciente que involucre no solo a los funcionarios sino también a los pacientes y sus familias para reducir la ocurrencia de eventos adversos prevenibles y garantizar de esta manera a la comunidad una atención y entorno seguros.	

<p>Deficiencia de la cultura del reporte de acciones inseguras (evento adverso e incidentes)</p>	<p>Generar cultura del reporte no punitivo</p>	<p>Programar con el funcionario de calidad.</p>	<p>Comité de seguridad del paciente</p>	<p>Hospital Santa Ana de Guática Risaralda</p>	<p>Diseñar programas y procesos considerando la participación activa del personal con el fin de que la responsabilidad no se vea delegada a los jefes o al área administrativa, sino que sea asumida como parte del día a día con visión de mejoramiento continuo, incentivando el cambio actitudinal y trabajando en pro de la calidad y de una atención segura en salud.</p>
<p>Fallas en el proceso de la identificación, reporte, análisis y retroalimentación de indicios de atención insegura</p>	<p>Gestión oportuna del evento adverso, creando el formato de reporte de indicios de atención insegura que motive a la cultura de seguridad del paciente, y un formato de modelo de acta de retroalimentación de eventos adversos donde se vincule al personal relacionado con el indicio, para generar barreras de seguridad y procesos de mejora no punitivos</p>	<p>Programar con el funcionario de calidad.</p>	<p>Comité de seguridad del paciente</p>	<p>Hospital Santa Ana de Guática Risaralda</p>	<p>Disminuir los riesgos inherentes a la prestación de servicios de salud, dando a conocer al personal colaborador todo el proceso de análisis de los indicios de atención insegura, desde su identificación, hasta su plan de mejora; logrando con esto, el progreso oportuno de la cultura del reporte.</p>

Se anexa modelo de formato de reporte de eventos adverso y modelo de acta de retroalimentación

10. CONCLUSIONES

- ✚ La .E.S.E Hospital Santa en su programa de seguridad del paciente, involucra no solo a los funcionarios sino también a los pacientes y sus familias para reducir la ocurrencia de eventos adversos prevenibles y garantizar de esta manera a la comunidad una atención y entorno seguros.
- ✚ En esta entidad se preocupan por capacitar en la política de seguridad del paciente al personal vinculado, evidenciado en el conocimiento que tienen estos funcionario sobre el tema de seguridad del paciente en su institución, en los paquetes instruccionales ya implementados según MINISALUD y en el cumplimiento de los requerimientos del proceso de habilitación relacionados con seguridad del paciente.
- ✚ En el aprendizaje organizacional a partir de los errores o fallas cometidas durante la atención en salud es bueno ya que los funcionarios en especial el personal asistencial tienen claro el tema de la política de seguridad del paciente; un numero bajo de la población encuestada, manifiestan que estas fallas o errores han llevado a cambios positivos en la organización; pero gran parte de los funcionarios no asistenciales desconocen el proceso de seguridad del paciente que tiene implementado la E.S.E.
- ✚ En cuanto a la cultura de seguridad del paciente, el personal siente que se les informa las fallas, discuten maneras de prevenir errores en la atención, tienen la percepción que el programa de seguridad del paciente los tiene informados sobre los cambios que se realizan de acuerdo a los planes de mejora. Se evidencia una posición neutra y negativa en un porcentaje significativo frente a la respuesta punitiva ante el error, en el cual sienten que si reportan un evento adverso este puede reflejarse en las hojas de vida, que si alguien más lo comete lo sienten como una acusación hacia la persona y no al problema, por tal motivo se identificó que el reporte de eventos adversos en el año 2017 no fue lo esperado para el proceso de calidad en la E.S.E.
- ✚ Esta investigación se constituye en un aporte para los estudiantes de la Fundación Universitaria del Área Andina en investigaciones futuras que promuevan cambios culturales dinamizadores de los procesos de salud.

11. RECOMENDACIONES

Se recomienda al comité de seguridad del paciente y a la asesora de calidad:

- ✚ Difundir la política de seguridad del paciente, con un plan de capacitación para fortalecer en la ESE Hospital Santa Ana la cultura del reporte, involucrando no solo a los funcionarios sino también a los pacientes y sus familias.
- ✚ Generar cultura del reporte no punitivo diseñando programas y procesos de re-inducción, considerando la participación activa del personal con el fin de que la responsabilidad no se vea delegada a los jefes o al área administrativa, sino que sea asumida como parte del día a día con visión de mejoramiento continuo, incentivando el cambio actitudinal y trabajando en pro de la calidad y de una atención segura en salud
- ✚ Dar a conocer a todo el personal de la E.S.E, el proceso de análisis de eventos adversos, desde su identificación, hasta su plan de mejora; logrando con esto, el progreso oportuno de la cultura del reporte no punitivo, crear un formato de reporte de indicios de atención insegura que motive a la cultura del reporte y un formato de modelo de acta de retroalimentación de eventos adversos donde se vincule al personal relacionado con el indicio, para generar barreras de seguridad y procesos de mejora no punitivos.

11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. García Barbero M. La alianza mundial para la seguridad del paciente. Servicios Integrados de Salud. Unidad de Políticas, Sistemas y Servicios Sanitarios. [Internet]. Organización Mundial de la Salud, Oficina Europea. Barcelona (España). 2010. [Revisado Diciembre de 2018]. Disponible en: <https://rafalafena.files.wordpress.com/2012/01/la-alianza-mundial-para-la-seguridad-del-paciente.pdf>
2. Colombia. Ministerio de la Protección Social & Universidad CES;. Promoción de la cultura de seguridad del paciente. Seguridad del Paciente; Calidad de la Atención en Salud; Seguridad del Paciente;. 51p. Recuperado de : https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia_promocion_seguridad_paciente.pdf
3. Ministerio de la Protección Social República de Colombia. GUÍA TÉCNICA “BUENAS PRACTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN SALUD” [Guía de internet]. [Internet]. Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud (SOGCS), Dirección General de Calidad de Servicios Unidad sectorial de Normalización, Centro Médico Imbanaco Cali; Versión 001 del 4 de marzo de 2010. Pag: 18. [Revisado en enero 2018]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/1/Gu%C3%ADa%20T%C3%A9cnica%20de%20Buenas%20Pr%C3%A1cticas%20en%20Seguridad%20del%20Paciente.PDF>
4. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. RESOLUCIÓN NÚMERO 00002003 DE 2014 (28 MAY 2014), “Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud” [Internet]. pag: 21 Proceso prioritarios “Cuenta con un programa de seguridad del paciente” [Internet]. [Revisado en enero 2018]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20003%20de%202014.pdf
5. Gómez Ramírez O J, Soto Gámez A, et al. Una mirada actual de la cultura de seguridad del paciente [Artículo de internet]. Rev. av. enferm, Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia, Ciudad Universitaria, Bogotá.2011; 29 (2). [Revisado en enero 2018]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002011000200015

6. Silva Gama Z A, Souza Oliveira A, et al. Cultura de seguridad del paciente y factores asociados en una red de hospitales públicos españoles [Artículo de internet]. Rev. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2013; 29(2):283-293. [Revisado en enero 2018]. Disponible en: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v29n2/15.pdf><http://www.scielo.org/pdf/csp/v29n2/15.pdf>
7. Ministerio de la protección social. Observatorio de la Calidad de la Atención en Salud. Buenas Prácticas en Seguridad del Paciente, Procesos Asistenciales Seguros, Paquetes Instruccionales [En línea] [Noviembre 11 del 2011] [Internet]. [Revisado en enero 2018]. Disponible en: <http://calidadensalud.minsalud.gov.co/Paginas/Inicio.aspx>
8. Martín Delgado M C, Cabré Pericas L. Aspectos éticos y legales sobre la seguridad del paciente [Artículo de internet]. Rev. Bioética y Derecho, Universidad de Barcelona, 2015; Número extra, recopilatorio especial: 146-159. [Revisado en enero 2018]. Disponible en: www.bioeticayderecho.ub.edu
9. Gascón Cánovas JJ, Saturno Hernández PJ, et al. Cuestionario sobre Seguridad de los Pacientes: Versión Española del Hospital Survey on Patient Safety Culture (Agency for Healthcare Research and Quality – AHRQ). [Internet]. Universidad de Murcia Grupo de Investigación en Gestión de la Calidad Proyecto CUSEP paciente 2011; 17. [Revisado en noviembre 2018]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/MOSPS.pdf>
<https://www.um.es/calidadsalud/archivos/CuestionarioSeguridadPacientes.pdf>
10. Camargo TG., Queiroz Becerra AL, et al. Cultura de la seguridad del paciente en la atención sanitaria: un estudio bibliométrico [Artículo de internet]. Rev. Enfermería global, Brasil, Enero 2014; 13 (33): 336. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v13n33/revision1.pdf>
11. Villarreal Pérez JZ, Gómez Almaguer D, et al. Errar es humano. [Artículo de internet]. Rev. Revista Medicina Universitaria. Facultad de Medicina UANL. Publicado por Elsevier México. 2011; Vol. 13 núm. (51):69-71. [Revisado en enero 2018]. Disponible en: file:///C:/Users/pcmesa/Downloads/X1665579611240505_S300_es.pdf

12. Vaca Auz J, Muñoz P, et al. Eventos adversos relacionados con los cuidados de enfermería en el Hospital de Ibarra, provincia de Imbabura. [Artículo de internet]. Enfermería Investigativa. Investigación, vinculación, docencia y gestión. Universidad Técnica de Ambato Ecuador (2016). Vol. 1, Núm. 3. [Revisado en febrero de 2018]. Disponible en: <https://enfermeriainvestiga.uta.edu.ec/index.php/enfermeria/article/view/7/81>
13. Ministerio de la Protección Social. Manual de acreditación en salud, ambulatorio y hospitalario. Estándares 1 a 74. [Internet]. Colombia. Versión 03 Bogotá, Octubre de 2011. Pag 21. [Revisado en enero 2018]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/manual-acreditacion-salud-ambulatorio-hospitalario.pdf>
14. Organización Mundial de la Salud. IBEAS: red pionera en la seguridad del paciente en Latinoamérica. Hacia una atención hospitalaria más segura. [Internet]. RESEARCH Better knowledge for safer care 2010. [Revisado en enero 2018]. Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/research/ibeas_report_es.pdf
15. Carreras Viñas M, Fiuza Barreiro B, et al. Sistema de Seguridad del Paciente y Gestión de Riesgos Sanitarios. [Internet]. Santiago de Compostela España, Publicado por Vector Digital, SL. 2014. Revisado en enero 2018]. Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/research/ibeas_report_es.pdf
16. Bauer de Camargo AE, Bortoli Cassiani SH, et al. Prospective risk analysis of the anti-infective medication administration process [Artículo de internet]. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2013; 21(233): 41. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23459912>
17. Santamaría Benhumea N H., Garduño Alanís A. Aspectos legales del error médico en México. [Artículo de internet]. Rev. CONAMED 2014; 19(1):32-36. Disponible en: [file:///C:/Users/lorena/Downloads/Dialnet-AspectosLegalesDelErrorMedicoEnMexico-4730769%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/lorena/Downloads/Dialnet-AspectosLegalesDelErrorMedicoEnMexico-4730769%20(1).pdf)
18. Fajardo-Dolci G, Rodríguez-Suárez J, et al. Cultura sobre seguridad del paciente en profesionales de la salud [Artículo de internet]. Rev. Cirugía y Cirujanos Academia Mexicana de Cirugía, A.C. México. 2011; 78 (6): 527- Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc-2010/cc106j.pdf>

19. Vera WALDOW R. Cuidado humano: LA VULNERABILIDAD DEL SER ENFERMO Y SU DIMENSIÓN DE TRASCENDENCIA [Artículo de internet]. Rev. Index Enferm (Gran) 2014; 23(4):234-238. Disponible en: <http://www.index-f.com/index-enfermeria/v23n4/pdf/9478.pdf>
20. Rodríguez Suárez J, Santacruz Varela J. Historia de los sistemas de notificación y registro de incidentes [Artículo de internet]. Rev. CONAMED. 2012; 17 (2): 77- 80. Disponible en: <http://132.248.9.34/hevila/RevistaCONAMED/2012/vol17/no2/5.pdf>
21. Wegner W, Rubim-Pedro E. Patient safety in care circumstances: prevention of adverse events in the hospitalization of children [Artículo de internet]. Rev. Latino-Am. Enfermagem. Porto Alegre, RS, Brasil. 2012; 20(3):427-34. Disponible en: www.eerp.usp.br/rlae
22. Estepa del Árbol, M. Moyano Espadero, MC. Pérez Blancas, C. Crespo Montero, R. Eficacia de los programas de seguridad del paciente [Artículo de internet]. Rev. Enferm Nefrol. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. España. 2016: Enero-Marzo; vol. 19 (1): 63-75. Disponible en: http://www.revistasden.org/files/Articulos_3672_81evisin110323.pdf
23. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. PROMOCIÓN DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE. [Internet]. Revisado en enero 2018]. Disponible en: www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia_promocion_seguridad_paciente.pdf
24. Betancourt Betancour JA, Cepero Morales RJ, et al. Factores que pueden afectar la seguridad del paciente [Artículo de internet]. Rev. Archivo Médico de Camagüey. Centro Provincial de Información de Ciencias Médicas de Camagüey y Cuba 2011; 15 (6): 936-944 Disponible en: <http://www.redalyc.org/exportar cita.oa?id=211121510002>
25. Astier Peña M.P, Olivera Cañadas G. El reto de sostener cultura de la seguridad del paciente en las instituciones sanitarias. [Artículo de internet]. Rev. Anales Sis San Navarra vol.40 no.1 Pamplona ene./abr. 2017. [Revisado en enero 2018]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1137-66272017000100005&script=sci_arttext&tlng=en

26. Alcaldía de Guática – Risaralda “Sí HAY CAMPO PA' TODOS” Sitio oficial de Guática en Risaralda, Colombia. [Internet]. [Revisado en enero 2018]. Disponible en: <http://www.guatica-risaralda.gov.co/index.shtml#2>
27. Empresa Social del Estado Hospital Santa Ana Guática Risaralda Nit. 891410661-0, CR.A 5º N° 14-58. Tel: 3539093-3539358. E-MAIL: guatica.santaana@risaralda.gov.co , hospital.guatica@risaralda.gov.co
28. Treadwell JR, Lucas S. Preoperative Checklists and Anesthesia Checklists. In Making HealthCare Safer II, An Updated Critical analysis of the evidence for patient safety practices. 2013. Chapter 13, Pages 122-139. [Revisado en febrero 2018]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24423049>
29. MINISALUD. Observatorio Nacional de Calidad en Salud. PREVENIR EL CANSANCIO EN EL PERSONAL DE SALUD. PAQUETES INSTRUCCIONALES GUÍA TÉCNICA “BUENAS PRÁCTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN SALUD” versión 2. [En línea] [Noviembre 11 del 2011] [Internet]. [Revisado en enero 2018]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Prevenir-el-cansancio-personal-salud.pdf>
30. Flores N, Jenaro C, et al. Síndrome de burnout y calidad de vida laboral en profesionales de servicios sanitarios [Artículo de internet]. Rev. Pensado psicología, Universidad Cooperativa de Colombia. 2013; 9 (16). [Revisado en enero 2018]. Disponible en: <http://revistas.ucc.edu.co/index.php/pe/article/view/613/578>
31. Ramírez EN, Paravic Klijin T, et al. Riesgo de los turnos nocturnos en la salud integral del profesional de enfermería [Artículo de internet]. Rev. Índice de Enfermería. 2013; 22 (3): 152-155. [Revisado en enero 2018]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962013000200008>
32. Solar Ruiz L. Seguridad del paciente en los cuidados de Enfermería [Artículo de internet]. Rev. Escuela Universitaria de Enfermería Casa de Salud Valdecilla, Universidad de Cantabria España. O5- 2014; ISO 690. [Revisado en enero 2018]. Disponible en: [file:///C:/Users/lorena/Desktop/SolarRuizL%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/lorena/Desktop/SolarRuizL%20(1).pdf)

33. Arias Gallegos W L, Arias Cáceres G. Relación Entre el Clima Organizacional y la Satisfacción Laboral en una Pequeña Empresa del Sector Privado [Artículo de internet]. Universidad Católica San Pablo. Arequipa, Perú. Rev. SCIEL. Cienc Trab. vol.16 no.51 Santiago dic. 2014 versión On-line ISSN 0718-2449. [Revisado en enero 2018]. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S071824492014000300010&script=sci_arttext&tlng=pt
34. Ministerio de la Protección Social, Colombia. Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente [Internet]. [Revisado en Diciembre 2017]. Disponible en: http://www.unisinucartagena.edu.co/ObservatorioS/doc/LINEAMIENTO_SEGURIDAD_DEL_PACIENTE.pdf
35. MINISALUD. Observatorio Nacional de Calidad en Salud. MODELO PEDAGÓGICO PAQUETES INSTRUCCIONALES GUÍA TÉCNICA “BUENAS PRÁCTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN SALUD” versión 2. [En línea] [Noviembre 11 del 2011] [Internet]. [Revisado en enero 2018]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CAM/odelo-pedagogico.pdf>
36. Giraldo Bernal L F, Peña YK, et al. Factores que influyen en la omisión del reporte de incidentes y eventos adversos en una institución acreditada de tercer nivel en Bogotá. [Artículo de internet]. Bogotá D.C. Rev. cien. tecnol. salud. vis. ocul. / vol. 14, no. 1 / enero-junio del 2016 / pp. 79-87 / issn: 1692-8415-isbn-e: 2389-8801. [Revisado en enero 2018]. Disponible en: <file:///C:/Users/pcmesa/Downloads/3518Texto%20del%20art%C3%ADculo-9946-2-10-20160617.pdf>
37. Organización Mundial de la Salud. Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, La Investigación en Seguridad del Paciente, Mayor conocimiento para una atención más segura. [Internet]. 2008. [Revisado en enero 2018]. Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/information_centre/documents/ps_research_brochure_es.pdf
38. Crespo Montero R, Pérez Blancas C, et al. Eficacia de los programas de seguridad del paciente. Enfermería Nefrológica 2016;19(63-75). [Internet]. [Revisado febrero 2018]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/>
39. Ashish KJ. The global burden of unsafe medical care: analytic modelling of observational studies [Artículo de Internet]. BMJ Qual Saf 2013; 22: 809-

815. [Revisado en enero 2018]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24048616>
40. Deverik et al, Strategies to prevent surgical site infections in acute care hospital, *Infect Cont and Hospit Epidemiol* [Artículo de Internet], 2014;(35), S66-88 [Revisado en enero 2018]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4267723/>
41. Organización Mundial de la Salud. La higiene de las manos en la asistencia ambulatoria y domiciliaria y en los cuidados de larga duración, *Common Sense*, [Internet]. 2013; Grecia. ISBN 978 92 4 350337 0 (Clasificación NLM: WB 300). [Revisado en febrero 2018]. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/84918>
42. Gillaizeau F, Caruba T, Prognon P, et al. Drug Administration Errors in Hospital Inpatients: A Systematic Review. Departamento de Farmacia, Hôpital Européen Georges Pompidou, Asistencia Publique - Hôpitaux de Paris, París, Francia. [Artículo de Internet], 2013. 8: 6 Article Number: e68856. Date of Publication: 20 Jun 2013; [Revisado en febrero 2018]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23818992>
43. Zed P.J., Haughn C., et al. Medication-related emergency department visits and hospital admissions in pediatric patients: A qualitative systematic review of Pediatrics. Facultad de Ciencias Farmacéuticas, Departamento de Medicina de Emergencia, Universidad de Columbia Británica, Vancouver, Columbia Británica, Canadá. peter.zed@ubc.ca [Artículo de Internet] 2013; 163:2 (477-483). Date of Publication: August 2013. [Revisado en febrero 2018]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23465404>
44. Christensen M, Lundh A. Medication review in hospitalised patients to reduce morbidity and mortality. *Cochrane Database of Systematic*. Departamento de Farmacología Clínica, Hospital Bispebjerg, Bispebjerg Bakke 23, Copenhagen, Dinamarca, 2400. [Artículo de Internet] 2016; Feb 20;2: CD008986. doi: 10.1002/14651858.CD008986.pub3. Revisado en febrero 2018]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26895968>

45. Levinson W, Hudak P, et al. A systematic review of surgeon-patient communication: strenghts and opportunities for improvement. Departamento de Medicina, Universidad de Toronto, Toronto, Canadá. wendy.levinson@utoronto.ca [Artículo de Internet] 2013; Oct; 93 (1): 3-17. doi: 10.1016 / j.pec.2013.03.023. Epub 2013 16 de julio. [Revisado en febrero 2018]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23867446>
46. Jiménez Fernández, J A ,Buller Viqueira E, et al .La comunicación como base en la seguridad del paciente. Revista Clínica de Medicina de Familia 2016. [Revisado febrero 2018].Disponible en: www.redalyc.com/articulo.oa?id=169645639009
47. Milán L, Guadalupe M. La importancia de la comunicación entre profesionales sanitarios y sus pacientes. Dimensiones psicológicas y su incidencia en la calidad asistencial. Repositorio institucional Universidad de Extremadura, Atribución-NoComercial-SinDerivadas 3.0 España. [Artículo de Internet] 2014; [Revisado en febrero 2018]. Disponible en: <http://dehesa.unex.es:8080/xmlui/handle/10662/1686>
48. Cabré Pericas L, Martín Delgado M C, Aspectos éticos y legales sobre la seguridad del paciente. Revista de Bioética y Derecho 2015 146-159. [Internet]. [Revisado febrero 2018]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=78343122016>
49. Aires de Freitas C H, da Silva Severino Lima F, et al. Implicaciones de la seguridad del paciente en la práctica del cuidado de enfermería. Enfermería Global 201413293-309. [Internet]. [Revisado febrero 2018]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=365834854017>
50. Castañeda Hidalgo H, Garza Hernández R, et al. PERCEPCIÓN DE LA CULTURA DE LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES POR PERSONAL DE ENFERMERÍA. Cienc. enferm. [Internet]. 2013 [citado 2016 Nov 03]; 19(2): 77-88. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532013000200008

12. BIBLIOGRAFÍA

-Organización Mundial de la Salud, Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente La Investigación en Seguridad del Paciente Mayor conocimiento para una atención más segura [Internet]. 2008. Disponible: http://www.who.int/patientsafety/information_centre/documents/ps_research_brochure_es.pdf

-MINSALUD. [Ministerio de Salud y Protección Social](#) Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad (SOGC). Fecha de actualización: Viernes, 17 de junio de 2016 Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/Sistema-Obligatorio-Garant%C3%ADa-Calidad-SOGC.aspx>

-Ministerio de la Protección Social. Lineamiento para la implementación de la política de Seguridad del Paciente [Internet]. Bogotá DC. 2008. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/LINEAMIENTOS_IMPLEMENTACION_POLITICA_SEGURIDAD_DEL_PACIENTE.pdf

-Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución Número 00002003 de 2014 (28 mayo 2014). Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%202003%20de%202014.pdf

ANEXOS

Anexo A: ENCUESTA SOBRE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA E.S.E HOSPITAL SANTA.

ENCUESTA SOBRE LA CULTURA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ESE HOSPITAL SANTA ANA

Descripción del formulario

Le recordamos que este cuestionario es estrictamente confidencial; todos los datos se gestionarán respetando de



Cargo *

- | | | |
|--------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Asesora Calidad | <input type="checkbox"/> Coordinadora Facturación | <input type="checkbox"/> Médico SSO |
| <input type="checkbox"/> Auxiliar Administrativo | <input type="checkbox"/> Coordinadora Médica | <input type="checkbox"/> Odontólogo |
| <input type="checkbox"/> Auxiliar de Digitación | <input type="checkbox"/> Coordinadora SST | <input type="checkbox"/> Orientador de Seguridad |
| <input type="checkbox"/> Auxiliar de Laboratorio | <input type="checkbox"/> Enfermera | <input type="checkbox"/> Psicólogo |
| <input type="checkbox"/> Auxiliar de Enfermería | <input type="checkbox"/> Estadística | <input type="checkbox"/> Regente de Farmacia |
| <input type="checkbox"/> Bacterióloga | <input type="checkbox"/> Fisioterapeuta | <input type="checkbox"/> Servicios Generales |
| <input type="checkbox"/> Conductor | <input type="checkbox"/> Higienista Oral | <input type="checkbox"/> Sistemas |
| <input type="checkbox"/> Contador | <input type="checkbox"/> Gerente | <input type="checkbox"/> Subgerente |
| <input type="checkbox"/> Coordinadora Enfermería | <input type="checkbox"/> Jefe de Control Interno | <input type="checkbox"/> Enfermera de Salud Pública |
| | <input type="checkbox"/> Mantenimiento | |
| | <input type="checkbox"/> Médico General | |

...

¿Cuánto tiempo lleva usted laborando en la ESE Hospital Santa Ana? *

1. Menos de 1 año
2. De 1 a 5 años
3. De 6 a 10 años
4. de 11 a 20 años
5. Más de 20 años

¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en su actual área / servicio?

1. Menos de 1 año
2. De 1 a 5 años
3. De 6 a 10 años
4. de 11 a 20 años
5. Más de 20 años

¿Normalmente cuántas horas a la semana trabaja usted en la Institución? *

1. Menos de 20 horas
2. De 20 a 39 horas
3. De 40 a 59 horas
4. De 60 horas en adelante

SECCIÓN A

Descripción (opcional)

⋮

En esta sección de preguntas, piense en su “Área o Servicio” como el lugar de trabajo donde usted pasa la mayor parte de su horario de trabajo o proporciona sus servicios



1. El personal de salud se apoya mutuamente en el servicio *

SI

NO

2. Considera que tenemos suficiente personal para afrontar la carga laboral? *

SI

NO

3. Cuando usted tiene mucho trabajo, encuentra apoyo en su equipo para terminarlo

SI

NO

⋮

4. En el servicio, el personal se trata con respeto. *

SI

NO

5. El personal en este servicio trabaja más horas de lo que sería conveniente para el cuidado del paciente

- SI
- NO
- NO APLICA

6. Considera que la ESE tiene actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente

- SI
- NO

7. Existe un procedimiento para notificar indicios de atención insegura *

- SI
- NO

⋮

8. El personal siente que sus errores son usados en su contra *

- SI
- NO

9. Cuando se detecta alguna falla o error en la atención, se ponen en marcha medidas para evitar que vuelva a ocurrir

- SI
- NO

⋮

10. Considero que el programa de seguridad del paciente de la ESE ha reducido la ocurrencia de indicios de atención insegura

- SI
- NO

11. Cuando un funcionario está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en sus compañeros

SI

NO

12. Cuando se informa la ocurrencia de un indicio de atención insegura, se siente que está siendo denunciada la persona y no el problema

SI

NO

13. Después de introducir cambios para mejorar la seguridad de los pacientes, la ESE evalúa su efectividad

SI

NO

14. Frecuentemente trabaja bajo presión intentando hacer mucho y rápidamente.

SI

NO

15. Usted relaciona la Seguridad del Paciente con hacer más trabajo *

SI

NO

16. Los empleados temen que los errores que cometen consten en su hoja de vida

SI

NO

17. En esta área tenemos problemas con la seguridad de los pacientes. *

- SI
 NO

18. Los procedimientos y sistemas de la ESE son efectivos para prevenir la ocurrencia de indicios de atención insegura

- SI
 NO

19. Mi jefe inmediato hace comentarios favorables cuando ve un trabajo hecho de conformidad con los procedimientos establecidos

- SI
 NO

...

20. El jefe inmediato considera seriamente las sugerencias del personal para mejorar la seguridad de los pacientes

- SI
 NO

21. Cuando la presión de trabajo aumenta, el jefe inmediato quiere que trabajemos más rápido, aunque se ponga en riesgo la seguridad de los pacientes

- SI
 NO
 NO APLICA

22. El jefe inmediato no hace caso de los problemas de seguridad en los pacientes aunque se repitan una y otra vez

- SI
 NO

SECCIÓN B

Descripción (opcional)

Indique por favor el grado en el que está de acuerdo con las siguientes afirmaciones referidas a la ESE



23. Los directivos de la ESE propician un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente *

- SI
- NO

24. Las áreas de la ESE se coordinan bien entre ellas *

- SI
- NO

25. La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando es trasladada de un servicio a otro *

- SI
- NO
- NO APLICA

26. Hay buena cooperación entre las áreas de la ESE que deben trabajar juntas *

- SI
- NO

27. A menudo se pierde información importante de los pacientes durante los cambios de turno

- SI
- NO
- NO APLICA

...

28. En la ESE, con frecuencia resulta incómodo trabajar con personal de otras áreas

- SI
- NO

29. Con frecuencia es problemático el intercambio de información entre las áreas de la ESE

- SI
- NO

30. Las acciones de los directivos muestran que la seguridad del paciente es altamente importante

- SI
- NO

31. Los directivos sólo parecen interesados en la seguridad del paciente después de que ocurre un indicio de atención insegura

- SI
- NO

32. Las áreas de la ESE trabajan juntas y coordinadamente para proveer el mejor cuidado a los pacientes

- SI
- NO

33. Los cambios de turno son problemáticos para los pacientes de la ESE *

- SI
- NO
- NO APLICA

SECCIÓN C

Frecuencia en la que ocurren las siguientes circunstancias en su servicio/área de trabajo.

Frecuencia en la que ocurren las siguientes circunstancias en su área de trabajo.



34. Se me informa sobre los cambios realizados a partir de los sucesos que he notificado

- SI
- NO

35. El personal reporta continuamente si identifica algo que podría afectar negativamente el cuidado del paciente

- SI
- NO

36. Se me informa sobre los indicios de atención insegura que se presentan en esta área y se realiza retroalimentación de los mismos para evitar que ocurran nuevamente

SI

NO

37. El personal a menudo cuestiona las decisiones o acciones de aquellas personas con mayor autoridad

SI

NO

38. En el servicio proponemos formas de prevenir la ocurrencia de indicios de atención insegura

SI

NO

39. El personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo, aparentemente no está bien

SI

NO

40. Cuando cometo un error que NO le hace daño al paciente siempre lo reporto

SI

NO

41. Cuando cometo un error que le causa daño al paciente, siempre lo reporto

SI

NO

42. Para mí, el nivel de seguridad del paciente en mi área de trabajo es: ³

- Excelente
- Buena
- Regular

SECCIÓN D

Descripción (opcional)

Califique el grado de seguridad del paciente en su servicio/área.



43. Cuántos reportes de indicios de atención insegura realizó en el año inmediatamente anterior

- 0
- 1
- De 2 a 3
- De 4 a 5
- Más de 5

44. Cuál de las siguientes opciones define el objetivo de la seguridad del paciente en la ESE?

1. Reportar continuamente indicios de atención insegura
2. Minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en la atención en salud o de mitigar sus consecuencias
3. Garantizar la atención a los pacientes
4. Grado en el cual las personas se comprometen individualmente y como grupo, con la seguridad del paciente

45. Cuál de estas definiciones es para usted la de "cultura de seguridad del paciente"

- Grado en el cual las personas se comprometen individualmente y como grupo, con la seguridad del paciente
- Minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en la atención en salud o de mitigar sus consecuencias
- Reportar continuamente indicios de atención insegura
- Garantizar la atención a los pacientes

Recuerde que:

"Lo peor no es cometer un error, sino tratar de justificarlo"



Muchas gracias por su colaboración!!! Con su información está contribuyendo a mejorar cada día más la seguridad del paciente en la E.S.E Hospital Santa Ana

Fin de la encuesta.

Anexo B: LISTADO DE ASISTENCIA FUNCIONARIOS E.S.E HOSPITAL SANTA DE GUATICA

		E.S.E. HOSPITAL SANTA ANA Guática Risaralda	ASISTENCIA	CÓDIGO DEL FORMATO	VERSIÓN	FECHA ACTUALIZACIÓN
				FO-730-3		
#	NOMBRE		CARGO		FIRMA	
1	ADRIANA MARÍA OSORNO LÓPEZ		ODONTÓLOGA			
2	ALBA LUCÍA ZULUAGA OSORIO		AUXILIAR DE ENFERMERÍA			
3	ALBANY RAMIREZ NARANJO		AUXILIAR DE ENFERMERÍA			
4	LUIISA FERNANDA RAMIREZ MURILLO		ENFERMERA SALUD PUBLICA			
5	BELLA HERMANIA HURTADO		AUXILIAR DE ENFERMERÍA			
6	BLANCA NANCY VILLADA MAYA		AUXILIAR DE ENFERMERÍA			
7	CARLOS ANDRÉS POSADA BUITRAGO		GERENTE			
8	CAROLINA ARANGO PEREZ		MÉDICO GENERAL			
9	CAROLINA MONTOYA BALLESTEROS		COORDINADORA SST			
10	CLAUDIA LORENA CAÑAS BUITRAGO		ENFERMERA URG Y HOSPITALIZACIÓN			
11	CONSUELO MONCADA OSPINA		AUXILIAR ADMINISTRATIVO			
12	CRISTIAN DAVID MARÍN LUNA		MÉDICO GENERAL			
13	DEICY YANET HOYOS SÁNCHEZ		SUBDIRECTORA ADMINSITRATIVA Y FINANCIERA			
14	DEISCY CRISTINA ALZATE VELASQUEZ		AUXILIAR DE ENFERMERÍA			
15	DEISY FERNANDA GONZALEZ ORDOÑEZ		COORDINADORA MÉDICA			
16	MARIA ISABEL OSPINA ALZATE		BACTERIÓLOGA			
17	DORA MARINA TUSARMA TABA		AUXILIAR DE ENFERMERÍA			
18	ELOISA GUAPACHA CASTRO		AUXILIAR DE ENFERMERÍA			
19	ERIKA VIVIANA OSPINA HEREDIA		SERVICIOS GENERALES			
20	ESTEFANY RODRIGUEZ HOYOS		AUXILIAR ADMINISTRATIVO			
21	ESTHER MILENA BUITRAGO PELAEZ		AUXILIAR DE ENFERMERÍA			
22	FRANCIA YURANY RAMIREZ CARVAJAL		AUXILIAR ADMINISTRATIVO			
23	GENIFER GISLENA GRANADA ABONCE		HIGIENISTA ORAL			
24	GLORIA ALEXANDRA GUZMAN LOAIZA		HIGIENISTA ORAL			
25	GONZALO DIAZ TABORDA		ESTADISTICA MTO INFORMATICA			
26	HERNANDO DE JESÚS TABA		MANTENIMIENTO GENERAL			
27	HORALIA HERNÁNDEZ RAMIREZ		ORIENTADORA DE SEGURIDAD			
28	JEINY LAURA VALENCIA BOLAÑOS		MÉDICO GENERAL			
29	CINDY PAOLA MONTOYA ARIAS		MÉDICO SSO			
30	MARTHA JOHANNA ORTIZ PEREA		MÉDICO SSO			
31	JORGE ANDRÉS RAMIREZ ZULUAGA		CONDUCTOR			
32	JOSE ARMANDO NAVARRO GARCÍA		CONDUCTOR			
33	JULY KATHERINE LONDOÑO MARULANDA		ASESORA JURÍDICA			
34	LAURA CAMILA GRAJALES		FARMACIA			

35	LAURA FERNANDA HENAO JARAMILLO	COORDINADORA FN Y CARTERA	
36	LILIANA PATRICIA GONZALEZ G.	AUXILIAR LABORATORIO	
37	LINA MARIA RAMIREZ GUAPACHA	SECRETARIA Y TESORERA	
38	LUCÍA DEL CARMEN BENJUMEA VANEGAS	ALIMENTACIÓN PACIENTES	
39	LUZ ALEIDA SALDARRIAGA JARAMILLO	SERVICIOS APOYO	
40	LUZ AMANDA GUTIERREZ	SERVICIOS GENERALES	
41	LYDA CRISTINA YEPES AGUDELO	ASESORA DE CONTROL INTERNO	
42	MARCO AURELIO BUITRAGO PELAEZ	CONDUCTOR	
43	MARIA CARMENZA LOPEZ CASTAÑO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO SIAU	
44	MARIA YULEIDY GONZALEZ LEYVA	AUXILIAR ADMINSITRATIVO	
45	MARIO AUGUSTO NAVARRO CASTRILLÓN	CONTADOR	
46	MARTHA LUCÍA GUEVARA TREJOS	ORIENTADORA DE SEGURIDAD	
47	MAYELINE DEL CARMEN ÚTIMA TONUZCO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	
48	MERARDO JARAMILLO HEREDIA	SICOLÓGO	
49	MERY ELIZABETH TOBAR FLOREZ	MÉDICO GENERAL	
50	MIRYAM LUCÍA GUEVARA JARAMILLO	HIGIENISTA ORAL	
51	MONICA YULIETH CALVO QUICENO	ENFERMERA AMBULATORIOS	
52	NANCY YANETH ROJAS OBANDO	COORDINACIÓN ENFERMERÍA	
53	NATALIA POSADA RAMIREZ MOTATO	FARMACIA	
54	NELSON FERNANDO MUÑOZ ROMAN	AUXILIAR ADMINISTRATIVO CONTRATACIÓN	
55	NORMAN CONTRERAS OROZCO	ORIENTADOR DE SEGURIDAD	
56	OLGA DICELLY CALLE CASTAÑO	ASESORA DE CALIDAD	
57	SANDRA MILENA RAMIREZ MORENO	AUXILIAR DE ENFERMERÍA	
58	YAMILED GUEVARA GUAPACHA	AUXILIAR DE ENFERMERÍA	
59	YULI ESNEB BALLESTEROS MANSO	SERVICIOS GENERALES	
60	YURY MARCELA EUSSE TOBÓN	FISIOTERAPEUTA	
61	DORA ARGENIS RAMÍREZ MAYA	AUXILIAR DE ENFERMERÍA	
62	ERIKA VIVIANA VALENCIA	ODONTÓLOGA	
63	FABIOLA BECERRA	SERVICIOS GENERALES	
64	ANDREA LILIANA TABA GARCIA	AUXILIAR DE ENFERMERÍA	
65	HEDY LORENA MARIN	AUXILIAR DE ENFERMERÍA	
66	LILIANA MARIA CORREA JARAMILLO	ENFEMRERA	
67	MARISOL ZULUAGA	ESTADIDITCA	

Anexo C: VALIDEZ DEL INSTRUMENTO



Guática Risaralda, 23 de noviembre de 2017

EXPERTO- VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

DOCTOR
Carlos Andrés Posada Buitrago
GERENTE
ESE Hospital Santa Ana
Guática Risaralda

Reciba un cordial saludo,

La presente comunicación, es para solicitarle su valiosa colaboración, como experto de validación del Instrumento de Recolección de Datos para su aplicación de área de competencia; la importancia de esta solicitud, es para el desarrollo de la siguiente investigación: "DETERMINAR EL CONOCIMIENTO DE LA POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL PERSONAL QUE LABORA EN LA E.S.E HOSPITAL SANTA ANA DE GUÁTICA RISARLADA, SEGUNDO SEMESTRE DE 2017, PARA DISEÑAR UN PLAN DE MEJORA DE ACUERDO A LO ENCONTRADO". Trabajo presentado como requisito para optar al Grado de Especialización en Auditoria en salud de la Fundación Universitaria del Área Andina, bajo la Tutoría Académica de la Docente Diana Constanza López García y el Temático Doctor Jhon Byron Eusse Londoño.

Agradecemos su valiosa colaboración,

Daniela Castañeda Cancimanse
ENFERMERA
1087558649

Juan Carlos Erazo Lema
ENFERMERO
CC: 1088285649

Claudia Lorena Cañas Buitrago
ENFERMERA
CC: 41117198

pd
E.S.E. Hospital Santa Ana
Guática - Risaralda
23. 11. 2017
3:50 pm
1024
NO BERRA

Guática Risaralda, 09 de Diciembre de 2017

EXPERTO- VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

DOCTORA
ANA MILENA MONTOYA CÁRDENAS
DOCENTE- ESPECIALISTA EN SALUD
FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA
Pereira, Risaralda

Reciba un cordial saludo,

La presente comunicación, es para solicitarle su valiosa colaboración, como experto de validación del Instrumento de Recolección de Datos para su aplicación de área de competencia; la importancia de esta solicitud, es para el desarrollo de la siguiente investigación: "DETERMINAR EL CONOCIMIENTO DE LA POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL PERSONAL QUE LABORA EN LA E.S.E HOSPITAL SANTA ANA DE GUÁTICA RISARLADA, SEGUNDO SEMESTRE DE 2017, PARA DISEÑAR UN PLAN DE MEJORA DE ACUERDO A LO ENCONTRADO". Trabajo presentado como requisito para optar al Grado de Especialización en Auditoría en salud de la Fundación Universitaria del Área Andina, bajo la Tutoría Académica de la Docente Diana Constanza López García y el Temático Doctor Jhon Byron Eusse Londoño.

Agradecemos su valiosa colaboración,

Daniela Castañeda c.
Daniela Castañeda Cancimanse
ENFERMERA
1087558649

Juan Carlos Erazo Lema
Juan Carlos Erazo Lema
ENFERMERO
CC: 1088285649

Claudia Lorena Cañas Buitrago
Claudia Lorena Cañas Buitrago
ENFERMERA
CC: 41117198

Recibí:
ANA MILENA
MONTOYA C.

Validado el
día 08/12/2017

Guática Risaralda, 09 de Diciembre de 2017

EXPERTO- VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

DOCTOR
DIEGO CARMONA
MÉDICO DOCENTE- ESPECIALISTA EN SALUD
FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA
Pereira, Risaralda

Reciba un cordial saludo,

La presente comunicación, es para solicitarle su valiosa colaboración, como experto de validación del Instrumento de Recolección de Datos para su aplicación de área de competencia; la importancia de esta solicitud, es para el desarrollo de la siguiente investigación: "DETERMINAR EL CONOCIMIENTO DE LA POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL PERSONAL QUE LABORA EN LA E.S.E HOSPITAL SANTA ANA DE GUÁTICA RISARLADA, SEGUNDO SEMESTRE DE 2017, PARA DISEÑAR UN PLAN DE MEJORA DE ACUERDO A LO ENCONTRADO". Trabajo presentado como requisito para optar al Grado de Especialización en Auditoria en salud de la Fundación Universitaria del Área Andina, bajo la Tutoría Académica de la Docente Diana Constanza López García y el Temático Doctor Jhon Byron Eusse Londoño.

Agradecemos su valiosa colaboración,

Daniela Castañeda C.
Daniela Castañeda Cancimanse
ENFERMERA
1087558649

Juan Carlos Erazo L.
Juan Carlos Erazo Lema
ENFERMERO
CC: 1088285649

Claudia Lorena Cañas B.
Claudia Lorena Cañas Buitriago
ENFERMERA
CC: 41117198

VALIDADO
Feijó
DIC 01/17

Anexo D: CONSENTIMIENTO INSTITUCIONAL E INFORMADO



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL SANTA ANA
GUÁTICA RISARALDA
hospital.guaticora.risaralda.gov.co

Guática Risaralda, 23 de noviembre de 2017

ESTUDIANTES DEL POSGRADO DE LA FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA

Yo CARLOS ANDRÉS POSADA BUITRAGO Gerente de la E.S.E Hospital Santa Ana Guática Risaralda, como representante legal de esta I.P.S, autorizo a los estudiantes DANIELA CASTAÑEDA CANCEMANSE, CLAUDIA LORENA CAÑAS BUITRAGO y JUAN CARLOS ERAZO LEMA, asesorados por la DOCENTE DIANA CONSTANZA LÓPEZ GARCÍA, para realizar la investigación sobre seguridad del paciente durante el segundo semestre del año 2017.

Seré informado periódicamente de los avances del proyecto y me serán suministrados los resultados de la investigación. Me ha sido explicado que puedo retirar a la institución de este proyecto en el momento que lo considere necesario.

CARLOS ANDRES POSADA BUITRAGO
Gerente
E.S.E Hospital Santa Ana
Guática, Risaralda.

Guática Risaralda, 23 de noviembre de 2017

DOCTOR
Carlos Andrés Posada Buitrago
GERENTE
ESE Hospital Santa Ana
Guática Risaralda

Cordial Saludo,

El grupo conformado por DANIELA CASTAÑEDA CANCEMANSE, CLAUDIA LORENA CAÑAS BUITRAGO y JUAN CARLOS ERAZO LEMA, quienes se encuentran cursando la Especialización en Auditoria en Salud en la Fundación Universitaria del Área Andina, asesorados por DIANA CONSTANZA LÓPEZ GARCÍA, desean realizar la investigación sobre Seguridad del Paciente, para lo

cual requerimos el consentimiento de la ESE HOSPITAL SANTA ANA que usted dirige.

Los resultados de dicho trabajo serán socializados en la ESE Hospital Santa Ana Santa Ana dirigido a la Gerencia y al área de Calidad, la información será obtenida para fines académicos.

Agradecemos su valiosa colaboración,

Daniela Castañeda Cancimanse
ENFERMERA
1087558649

Juan Carlos Erazo Lema
ENFERMERO
CC: 1088285649

Claudia Lorena Cañas Buitrago
ENFERMERA
CC: 41117198

E.S.E. Hospital Santa Ana
Guática - Risaralda

Fecha 23-11-2017

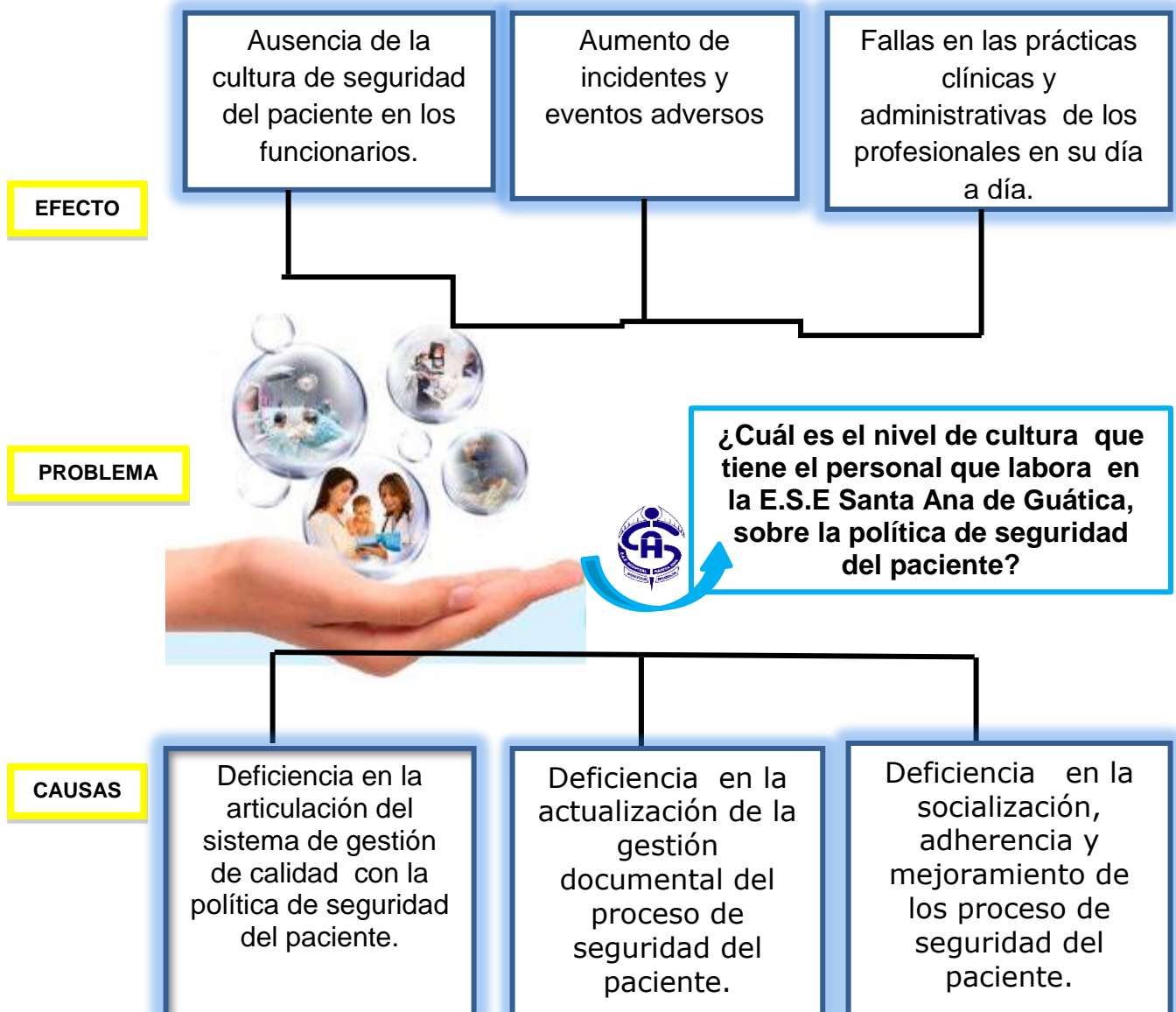
Hora 3:50 pm

1025

v=BoCA-R

Anexo E. ÁRBOL DE PROBLEMA

ÁRBOL DE PROBLEMA




Anexo F. ÁRBOL DE SOLUCIONES

ÁRBOL DE SOLUCIONES



Anexo H: MODELO DE ACTA DE RETROALIMENTACIÓN DE EVENTOS ADVERSO

	HOSPITAL SANTA ANA DE GUÁTICA	ACTA DE RETROALIMENTACIÓN DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS PREVENIBLES	CÓDIGO DEL FORMATO	VERSIÓN	FECHA DE ACTUALIZACIÓN
DATOS GENERALES DEL INCIDENTE O EVENTO ADVERSO PREVENIBLE					
(INC/EAP):	Fecha:	Servicio:	# Indicio en la Base de Datos:	# Protocolo Londres:	
Incidente o Evento Adverso Prevenible:					
DATOS DE LA RETROALIMENTACIÓN					
Acta No.	Fecha:	Hora:	Acta de Comité de Seguridad de Paciente donde se socializó esta retroalimentación:		
1. RETROALIMENTACIÓN DEL INCIDENTE O EVENTO ADVERSO PREVENIBLE (Socialización de las definiciones y evidencia científica del correcto hacer)					
3. FACTORES CONTRIBUTIVOS (FALLAS LATENTES)					
Página 1					
4. ACCIONES INSEGURAS (FALLAS ACTIVAS)					
5. BARRERAS Y DEFENSAS (PRÁCTICAS SEGURAS)					
6. ASISTENCIA					
Nombre		Cargo		Firma	