

**VERIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL
PACIENTE POR PARTE DEL PERSONAL ASISTENCIAL DE LA UCI ADULTO
DEL HOSPITAL LAS MERCEDES DE COROZAL - SUCRE**

LICET MILENA FAYAD MERCADO

MAYDA ROCIO SIERRA BUELVAS

**CORPORACIÓN UNIVERSITARIA DEL CARIBE
FACULTAD DE HUMANIDADES Y EDUCACIÓN
ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA DE LA CALIDAD Y AUDITORIA EN SALUD
COHORTE 15B
SINCELEJO - SUCRE
2015**

**VERIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL
PACIENTE POR PARTE DEL PERSONAL ASISTENCIAL DE LA UCI ADULTO
LAS MERCEDES DE COROZAL - SUCRE**

LICET MILENA FAYAD MERCADO

MAYDA ROCIO SIERRA BUELVAS

**Trabajo de grado presentado como requisito para optar al título de Especialista en
Gerencia de la Calidad y Auditoría en Salud**

**Director
GERMÁN ARRIETA
Magister En Microbiología**

**CORPORACIÓN UNIVERSITARIA DEL CARIBE
FACULTAD DE HUMANIDADES Y EDUCACIÓN
ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA DE LA CALIDAD Y AUDITORIA EN SALUD
COHORTE 15B
SINCELEJO - SUCRE
2015**

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	5
2. ANTECEDENTES	8
3. JUSTIFICACIÓN	15
4. OBJETIVOS	18
4.1 Objetivo general	18
4.2 Objetivo específico	18
5. MARCO CONCEPTUAL	19
6. MARCO METODOLÓGICO	31
6.1 Tipo de estudio	31
6.2 Población	31
6.3 Muestra	31
6.4 Criterios de inclusión	31
6.5 Instrumentos	31
7. ANALISIS DE LOS RESULTADOS	33
7.1 Resultados encuesta clima de seguridad	33
7.2 Análisis de resultado de la encuesta clima de seguridad	34
7.3 Resultados lista de chequeo para las buenas prácticas de seguridad de pacientes obligatorias del Ministerio de Salud y Protección Social	35
7.4 Resultados del cuestionario de verificación de conocimiento del programa de seguridad del paciente	36
7.5 Análisis resultados del cuestionario de verificación de conocimiento del programa de seguridad del paciente	36
8. CONCLUSIONES	37
9. RECOMENDACIONES	38
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	39

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La atención en salud en sí misma es un acto muy complejo en el que además de tratar de proveer a un usuario el tratamiento más adecuado a un problema de salud a través de la interacción profesional de la salud – Paciente se corre el riesgo causar daño a este mismo. En este acto, además de la interacción antes mencionada, se ven involucrados un sinnúmero de factores que pueden afectar positiva o negativamente la prestación de un servicio de salud determinado y generar las condiciones favorables para la comisión de errores.

Es así que elementos tales como las políticas institucionales del prestador de servicios de salud, el ambiente de trabajo, la definición clara de las tareas, la carga de trabajo, el grado de estandarización de procesos, y la infraestructura física, entre otros pueden contribuir a la generación de daño involuntario a un paciente en caso determinado.

Ante esta situación se gestó un movimiento mundial avalado por la organización mundial de la salud, que creó en el año 2004 la “alianza mundial para la seguridad del paciente”, que fue formalizada en Colombia a través de un documento nacional que estableció oficialmente una política de seguridad del paciente y que fue el denominado "Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente" promulgado por el Ministerio de la Protección Social de Colombia en junio de 2008, seguido en el 2009 de una Guía técnica “Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud”.

Recientemente y como producto de los lineamientos dictados por el Ministerio de salud, a través de expedición de la resolución 1441 de 2013, derogada por la resolución 2003 de 2014, se establece de manera obligatoria para la prestación de servicios de salud en la modalidad ambulatoria y hospitalaria por parte de IPS, la implementación del programa de seguridad del paciente, entendiendo a este mismo como una herramienta indispensable para minimizar los

riesgos de causar eventos adversos a los pacientes derivados de la atención en salud y generar un cambio cultural a nivel organizacional que permita aprender del error para así prevenirlo.

Por otra parte, la no implementación del programa de seguridad del paciente o la implementación parcial o “de papel” del mismo, puede conducir a una UCI a brindar una atención insegura a sus pacientes, que genere, sin duda, eventos adversos que no van a notificarse, tampoco a analizarse, ni a evaluarse y de los cuales la organización no va a aprender para poder prevenirlos, sin contar desde luego, con las consecuencias legales, financieras y de imagen que la ocurrencia de eventos adversos puede generar en una institución prestadora de servicios de salud.

La falta de conocimiento y la puesta en práctica del programa de seguridad del paciente, en una UCI, es prioritario ya que se pueden generar situaciones multiplicadoras en seguridad del paciente, por esto hay que diseñar e implementar herramientas evaluativas de riesgo que mejoren las barreras de seguridad y herramientas de seguimiento indispensable para un entorno seguro sobre todo en las áreas más críticas.

Nuestra propuesta va encaminada a verificar el cumplimiento de un programa de seguridad del paciente en la UCI las Mercedes de Corozal, donde poco se promueve una innovación hacia una cultura de seguridad; Se observa poca motivación, compromiso y cooperación de los diferentes actores para sensibilizar, promover, concertar, y coordinar acciones que realmente alcancen logros efectivos de líneas de acción estratégicas para la seguridad del paciente. Igualmente no se evidencian herramientas para el mejoramiento continuo en la seguridad del paciente, no existe un seguimiento de los procesos y protocolos institucionales, no se evidencian reuniones de comités para estudios de casos de eventos adversos.

Consecuentes con lo anteriormente expuesto surge la pregunta

¿El programa de seguridad del paciente de la UCI las Mercedes cumple con los lineamientos planteados en la normatividad legal vigente?, ¿Existen evidencias de un aprendizaje organizacional derivado de la implementación del programa de seguridad del paciente?

¿cómo realizar la verificación de cumplimiento del programa de seguridad del paciente y que instrumentos se implementarían para su evaluación apoyados en los lineamientos del Ministerio de la Protección Social?, donde los pilares sean la cultura de la seguridad del paciente, basada en la cultura profesional, la búsqueda de fallas en la organización y en los procesos que predisponen a la ocurrencia de errores; un análisis de la ocurrencia del error no centrado en el individuo, sino en el acompañamiento de los distintos niveles jerárquico para corregir los aspectos frágiles.

2. ANTECEDENTES

En la historia de la medicina Occidental, en la Grecia clásica (siglo VI y V a.c.), los textos escritos por Hipócrates, el padre de la medicina, mencionan el compromiso que asumía la persona que decidía curar al prójimo; el deber del médico para actuar siempre en beneficio del ser humano y no perjudicarlo.

Este concepto está enunciado en el juramento hipocrático, cuando invita a los médicos a “seguir el régimen que de acuerdo con su habilidad y juicio consideren benéfico para el paciente y se abstengan de todo aquello que sea deletéreo o nocivo”.

El juramento hipocrático es de naturaleza individual muestra como para los antiguos los resultados de los tratamientos se sustentaban en las aptitudes personales más que en las responsabilidades de grupo. La calidad se alcanzaba de manera individual, a través del esfuerzo, la dedicación y bienestar de los pacientes. El juramento estableció las bases para la ética y conducta médica, cuyo fin era mejorar su práctica y sus resultados, principios que están vigentes actualmente.

La influencia de la medicina clásica griega se transmitió al mundo helenístico, Alejandro y romano hasta la Edad Media, donde su máximo exponente fue Galeano (siglo II d.c) con una interpretación de las enfermedades especulativas en torno a las alteraciones de los humores localizados en las distintas partes del cuerpo.

En la medicina de la Europa Medieval se presentaron dos tendencias, una la asimilación de la medicina clásica de origen griego donde se reunieron las influencias de las primeras escuelas medicas de la antigüedad, incorporado el saber medico clásico de origen griego con los

aportes de las culturas, latinas, hebrea y árabe. Estas escuelas establecieron regulaciones del trabajo médico con contenidos de elementos de auditoría.

Por otra parte la práctica de la medicina estaba en manos de monjes, donde la iglesia tuvo mucha influencia. Las enfermedades se consideraban castigo divino. De esta manera el principio de humildad se convirtió en lo que pudiera llamarse el apostolado deservicio con lo que el progreso médico se estancó durante varios siglos.

En el Renacimiento, aparece el médico Paracelso, Teobasto Bombast Von Hohenheim, quien se alzó a favor del estudio independiente y el derecho al juicio personal. En sus escritos encontramos referentes a los eventos adversos. Creía que la medicina descansaba sobre cuatro pilares: la astronomía, la ciencia natural, la química y el amor. La figura central del Renacimiento en la medicina fue Vesalio, el padre de la anatomía, donde estableció una ruptura con la tradición galénica, sustituyendo la tradición por la observación, junto con Copérnico dan inicio a la edad de la ciencia.

En el siglo XVII, comienza a prepararse el camino racional a la medicina a través de la ciencia. A comienzos del siglo XVIII, se alcanzan avances en cuanto a la comprensión y tratamiento de la enfermedad. Para mediados del siglo XVIII, no había un concepto de salud-enfermedad y los médicos formulaban teorías con el objetivo de competir entre ellos más que curar a los enfermos, para cambiar esta situación en Inglaterra se propuso renovar el juramento hipocrático mediante la adopción de una ética profesional de servicio virtuoso a una misión científica superior, y así comenzaron los médicos a asistir a conferencias de ética para médicos donde se les invitaba a mejorar sus prácticas médicas y resultados.

El médico Inglés Jhon Gregory creó el ideal, que todavía se mantiene vivo hoy en día, del médico humano, virtuoso y compasivo, cuya efectividad en las curaciones se deriva tanto de su humanidad como de su ciencia.

En 1803, el médico inglés, Tomas Percival, publicó su libro, *Medical Ethics*, en el que describe los deberes del médico. En su trabajo propuso responsabilidades de grupo, que denominó *ética profesional*, siendo esta la primera vez que se usó este término. El trabajo de Percival sirvió de inspiración para la elaboración de códigos profesionales de asociaciones médicas, y sirvió como antecedente al código publicado en 1847, llamado AMA (Asociación Médica Americana), donde los médicos debían asumir una serie de compromisos frente a la sociedad y a cambio recibían libertad de establecer sus propios estándares profesionales. Poco después se crearon comités para establecer estándares de educación médica, medicina práctica, cirugía, obstetricia, literatura médica y publicaciones.

Con Richar Cabot, profesor de medicina y ética de la universidad de Harvard, se produjo un cambio drástico en la orientación de la formación de los médicos. Para él la caballerosidad de las normas no era lo importante, lo crítico es la habilidad para tratar la enfermedad, lo cual, además de competencia individual, frecuentemente implica trabajar con otros, incluidos los no médicos. A esta ética se le denomina *ética de competencia*. Cabot en un primer informe realizado al Hospital General de Massachussets encontró errores significativos en el diagnóstico premortem, el concluyó con una condena a los médicos o sus motivaciones. En su segundo informe para el año 1912, en el cual revisó 2000 casos más, identificó un desacuerdo significativo entre el diagnóstico premortem y los hallazgos post mortem, pero este informe describió graves errores sistemáticos en la práctica médica. Al publicar estos informes hizo la observación que los métodos de diagnósticos, no los hombres que los usan, eran defectuosos. El mensaje fue reformar, no culpar.

En 1910 Abraham Flexner, en un reporte titulado *Educación Médica en los Estados Unidos y Canadá: Un informe de la fundación Carnegie para el avance de la enseñanza* y recomendó una reducción en el número de facultades de medicina: de 155 a 31. Estudio que dio paso a la transformación y reforma de la educación médica en Norte América, con hondos

repercusiones, años más tardes en Colombia y en todo el continente (1972). Flexner para el año 1972 realizó un estudio sobre la educación médica en Europa y en 1925 unos comparativos entre

la educación médica norteamericana y la de algunos países europeos. En 1930 publicó estudios sobre las universidades americanas, inglesas y alemanas.

Algunas consideraciones del informe fueron:

- Existe superproducción de médicos mal capacitados y hay exceso de malas escuelas de medicina que obedecen principalmente a razones económicas.
- Un médico superfluo generalmente es un mal médico.
- En la educación médica el bajo nivel tiende a desplazar al alto nivel.
- Los bajos estándares y el mal entrenamiento de deben constituir el método usual para proveer de médicos a las comunidades.
- El país necesita menos y mejores doctores.

Tal filosofía contribuyó al mejoramiento de la educación médica en Estados Unidos y en otros Países. El modelo Flexner es adoptado en Colombia en el año 1948, se propone la fundación de la facultad de medicina en la universidad del Valle, fundado en 1950, gracias al apoyo de la fundación Rockefeller.

La primera mitad del siglo XX fue una época de grandes adelantos científicos y técnicos. Estos avances disminuyeron los índices de mortalidad y mejoraron la calidad de vida de las personas. A finales de la década de los 60 un grupo de médicos se dieron cuenta que con la aplicación de principios de epidemiología clínica y de bioestadística podían encontrar respuestas apropiadas al tratamiento, diagnóstico y pronóstico de sus pacientes. Nace el gran movimiento moderno conocido como medicina basada en la evidencia.

En 1999, el Instituto de Medicina de los Estados Unidos (EE.UU.) publicó el estudio: *To Err is Human: Building a Safer Health System*, en el que se estima que los “errores médicos” causan entre 44.000 y 98.000 muertes anuales. Además, sugiere que ello genera un costo anual cercano a los 26 billones de dólares americanos y sitúa al error en la atención como una de las causas principales de muerte en ese país. A partir de este momento la seguridad del paciente alcanzó relevancia.

El tema es actualmente promovido en la mayoría de los países del mundo por gobiernos, asociaciones médicas y organizaciones relacionadas con los procesos de salud, incluida la Organización Mundial de la Salud, quien desde el año 2004 creó la "Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente". Luego se publicó el informe europeo "Una Organización con Memoria" y le han seguido múltiples publicaciones y planes de acción nacionales e institucionales en especial en hospitales pero también en todo tipo de instituciones prestadoras de servicios de salud.

En América Latina el primer documento nacional que estableció oficialmente una política de seguridad del paciente fue el denominado "Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente" en Colombia promulgado por el Ministerio de la Protección Social de Colombia en junio de 2008 seguido en el 2009 de la una Guía técnica “Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud”.

En Colombia se incluyó dentro del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud la seguridad del paciente como una característica de este, esto quedó evidenciado en el decreto 1011 de 2006 donde textualmente se define la Seguridad como “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.” Subsecuentemente y como parte de los componentes del sistema obligatorio de garantía de la calidad en salud en el año 2006 el ministerio de la protección social promulga la resolución 1445 de ese mismo año, que estableció

entre otras disposiciones, el manual de estándares de acreditación de IPS, que esbozaba muy someramente y de forma tácita el concepto de seguridad del paciente como parte del proceso de acreditación, aclarando que este era absolutamente voluntario.

En el año 2007 el Ministerio de la Protección Social publica el documento Herramientas para promover la estrategia de la Seguridad del Paciente en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, donde se clarifican conceptos relativos al tema y se proporcionan herramientas para la implementación de esta estrategia y para la notificación y análisis de eventos adversos derivados de la atención en salud.

En el año 2008 el Ministerio de la Protección Social publica el documento Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente, donde se establece el compromiso integral del país con el impulso de una política de seguridad del paciente, se establecen los principios que orientan esta política, los objetivos de la misma y se proporcionan lineamientos generales para la implementación de esta a nivel intra e interinstitucional. Es importante resaltar que el documento proporciona una herramienta para evaluar el clima institucional de seguridad del paciente.

En 2009 el Ministerio de la protección social publica el documento Guía técnica “Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud”, que establece de manera muy clara que estrategias deben implementarse para prevenir la aparición de los eventos adversos más comunes.

En el 2012 se expide por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, la resolución 0123 del mismo año, que modifica la resolución 1445 de 200, e implementa un nuevo manual de estándares de acreditación para IPS, que establece la seguridad del paciente como uno de los ejes del proceso y además como uno de los estándares del proceso de atención del cliente asistencial, lo que hace obligatoria la implementación de un programa de seguridad del paciente para cualquier IPS que desee acreditarse, entendiendo que el proceso de acreditación sigue siendo voluntario. Dentro de este contexto, y con el ánimo de hacer extensivos los beneficios de la

implementación del programa de seguridad del paciente a IPS no acreditadas, en 2013 se emitió por parte del Ministerio de Salud y Protección Social la resolución 1441 expedida en mayo de ese mismo año, que derogaba a la resolución 1043 de 2006, y que además estableció el nuevo manual de estándares de habilitación, el cual, dentro del estándar específico de procesos prioritarios asistenciales estableció como requisito la implementación del programa de seguridad del paciente en todas las IPS del territorio nacional.

En este mismo año se publicó por parte del Ministerio de Salud y Protección Social la “Lista de chequeo para las buenas prácticas de seguridad de pacientes obligatorias”, diseñada para evaluar la implementación y funcionamiento del programa de seguridad del paciente en IPS ambulatorias y hospitalarias de cualquier nivel de complejidad.

La falta de claridad en algunos aspectos consignados en la resolución 1441 de 2013 contribuyó a que esta fuera derogada en 2014 por la resolución 2003 de este mismo año, cabe resaltar que la obligatoriedad de la implementación del programa de seguridad del paciente no fue modificada con la promulgación de esta última norma y que siguen aplicando los mismos requisitos de la norma anterior.

3. JUSTIFICACIÓN

En los últimos años, la calidad de la asistencia sanitaria y la seguridad del paciente se han convertido en una preocupación creciente, constituyendo un reto y una prioridad de todos los sistemas sanitarios. Es así que la atención en salud conlleva el riesgo de que ocurran eventos adversos que pueden ocasionar lesiones, discapacidades, e incluso la muerte.

En Colombia las unidades de cuidado intensivo se han convertido en una unidad de atención especializada, de alto costo y alto nivel de complejidad; en los últimos años se ha registrado un aumento en el número de unidades y camas de UCI, debido a la necesidad de una sociedad que presenta deterioro de salud notable y mucho más complejo. Sin embargo la situación actual del cuidado intensivo en este país ha sido tocada por los intereses económicos, administrativos y poco menos asistenciales, a pesar de ello la lucha de todos aquellos a quienes les gusta el cuidado intensivo ha sido un cuidado con calidad y de alto nivel.

Dada la complejidad de la atención del paciente crítico, la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) constituye un ámbito de alto riesgo para la aparición de eventos adversos, muchos de ellos evitables. Varios estudios demuestran la influencia de factores organizativos y enfocados en el sistema en la reducción del riesgo asistencial y en el resultado de los pacientes críticos. El conocimiento sobre la atención integral del paciente adulto y el adecuado manejo de este por parte del personal de salud una vez que ingresa en la unidad de cuidados intensivos es de suma importancia no solo para obtener la recuperación y bienestar del paciente, sino también para determinar la calidad de los cuidados brindados y la seguridad de una atención asertiva ya que esta es el objetivo de la atención sanitaria, actividad cada vez más compleja, que entraña riesgos potenciales y en la que no existe un sistema capaz de garantizar la ausencia de eventos adversos, puesto que se trata de una actividad en la que se combinan factores inherentes al sistema de salud

con actuaciones humanas. Pero por ello no se puede considerar como una excusa para dejar de buscar la máxima seguridad en la atención en salud.

Uno de los indicadores más importantes de la seguridad del paciente es el número de eventos adversos relacionados con la práctica de la Medicina. Por este motivo, diferentes organismos han puesto de manifiesto la importancia y magnitud del problema, implantando políticas internacionales con el objetivo preciso de reducir el número de errores en los sistemas de atención en salud. Se sabe que la incidencia de errores o eventos adversos oscila entre el 1 y el 32% en dependencia del rigor y la sinceridad con que se recogen los datos. Todavía existe la creencia de que comunicar un error conlleva un castigo o sanción; creencia que debe ser borrada con un espíritu constructivo, dado que prácticamente todos los enfermos críticos están expuestos a sufrir errores. Se han registrado una media de 2 errores/enfermo/día. Y se sabe que 1/5 parte de los enfermos en UCI podrían sufrir un evento adverso grave.

El conjunto de elementos que integran el sistema sanitario debe aspirar a ofrecer unos servicios de máxima calidad, garantizando una atención adecuada y segura en aras del resultado deseado. Así, el Instituto de Medicina de EE.UU recomienda utilizar herramientas que permitan descubrir, analizar y rediseñar sistemas para eliminar los errores, mejorando la calidad y minimizando los riesgos.

La seguridad del paciente, componente clave de la calidad asistencial, ha adquirido gran relevancia en los últimos años tanto para los pacientes y sus familias, que desean sentirse seguros y confiados en los cuidados sanitarios recibidos, como para los gestores y profesionales que desean ofrecer una asistencia sanitaria segura, efectiva y eficiente.

Las UCIS son lugares de elevado riesgo para la seguridad del paciente, debido a una serie de factores predisponentes:

- Son las zonas del hospital en donde existe un mayor trasiego de personal.
- Existe una elevada complejidad y gravedad en los procesos que se atienden.
- Son necesarias múltiples interacciones profesional/paciente.

- Se llevan a cabo procedimientos diagnósticos y terapéuticos nuevos e invasivos.
- Se administran múltiples fármacos (la mayoría de ellos por vía intravenosa).
- El personal que trabaja en estas dependencias está sometido a mucho estrés.
- Existe una necesidad de comunicación estrecha y permanente en el tiempo, lo que en muchas ocasiones, no es posible por la complejidad de las relaciones interpersonales y el exceso de trabajo.

De no llegar a realiza seguimiento a estos procesos dentro de la Institución Prestadora de Servicios de Salud, se esperará entonces el aumento de los eventos adversos y los riesgos para los pacientes internos en las Unidades de Cuidado Critico.

Por todo lo anterior y Teniendo en cuenta la exigencia y la importancia de este programa en las Unidades de Cuidado Critico es de gran interés a nivel administrativo y asistencial de la UCI adultos Las mercedes del Hospital Nuestra Señora de las Mercedes de Corozal poder evaluar a través de herramientas prácticas y educativas, los procesos que conlleven a la mejora en la calidad de los servicios de salud del paciente en cuidado intensivo en pacientes con diagnósticos de aislamiento, haciendo estricto cumplimiento y seguimiento de la política de seguridad del paciente, de igual manera que estas herramientas promuevan el interés de alcanzar el propósito de establecer una atención segura, hiendo más allá de lo establecido en la normas; Es motivar a el compromiso y la cooperación de los diferentes actores para sensibilizar, promover, concertar, y coordinar acciones que realmente alcancen logros efectivos, se busca Diseñar e implementar herramientas evaluativas de riesgo, tomando como base la política de seguridad del paciente en el cuidado intensivo e intermedio, esta inquietud queda igualmente reflejada en los diferentes planes de Calidad y estrategias específicas para la Seguridad del Paciente.

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo general

Verificar el nivel de cumplimiento del programa de seguridad del paciente por parte del personal asistencial de la UCI adultos Mercedes de Corozal.

4.2 Objetivos específicos

- Describir las pautas del desarrollo del programa de seguridad del paciente por parte del personal asistencial de la UCI adultos mercedes de Corozal.
- Identificar los criterios con menor grado de cumplimiento que puedan ser considerados como oportunidades de mejoramiento por la UCI las Mercedes de Corozal.
- Analizar los resultados hallados en el estudio de verificación del cumplimiento del programa de seguridad del paciente por parte del personal asistencial de la UCI adultos mercedes de Corozal.
- Obtener información que permita la posterior elaboración de una propuesta de acompañamiento para la ejecución del programa de seguridad del paciente.
- Recomendar la implementación de acciones de mejoramiento al programa de seguridad del paciente de la UCI las Mercedes derivadas de los hallazgos encontrados.

5. MARCO CONCEPTUAL

Legislación Seguridad del Paciente

La política está apoyada por medio de diferentes acuerdos, leyes y decretos el principal es **Decreto 1011 de 2006** se hace énfasis en los resultados que se consiguen en el paciente; lo cual se destaca en el artículo 3 donde se habla que las acciones que desarrolle el SOGCS se orientarán a la mejora de los resultados de la atención en salud, centrados en el usuario, que van más allá de la verificación de la existencia de estructura o de la documentación de procesos los cuales solo constituyen como prerrequisito para alcanzar los mencionados resultados y con ello el despliegue de la estrategia de vigilancia y gestión de eventos adversos normada por la **Resolución 1446 de 2006** Por la cual se define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoria del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud y que se ha traducido en el reporte, clasificación y organización en varios dominios de calidad técnica y gerencia del riesgo del sistema de información para la calidad que nos dan una idea del estado de la seguridad del paciente en la institución.

Para el 11 de junio de 2008 Colombia impulsa una política de seguridad del paciente, liderada por el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud, cuyo objeto es prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y de ser posible evitar Eventos Adversos para contar con instituciones seguras y competitivas internacionalmente. Llamada “**LINEAMIENTOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA REPUBLICA DE COLOMBIA**”. Donde promulga unos principios orientados a alcanzar el propósito de establecer una atención segura, va más allá del establecimiento de normas; estas son solamente el marco de referencia. Es necesario el compromiso y la cooperación de los diferentes actores para sensibilizar, promover, concertar, y coordinar acciones que realmente alcancen logros efectivos. Los problemas de seguridad del paciente son inherentes a la atención en salud. Para el efecto resulta relevante establecer unos principios transversales que orienten todas las acciones a implementar.

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.

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. Es deber de los diferentes actores del sistema facilitar las condiciones que permitan dicho ambiente.

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.

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.

Validez

Para impactarlo se requiere implementar metodologías y herramientas prácticas, soportadas en la evidencia científica disponible.

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.

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. En el año **2009** nace el **proyecto IBEAS**, como una red pionera en la seguridad del paciente en Latinoamérica, ha sido el primer estudio llevado a cabo a gran escala en América Latina para conocer la magnitud de los problemas que pueden ocurrir en los hospitales como resultado de la atención. Se ha tratado de un esfuerzo valiente que reconoce la complejidad del sector y que realiza el compromiso de sus líderes con la salud y el bienestar de sus pacientes. Se ha establecido un modelo colaborativo en el que han participado 58 centros y equipos de investigadores de **Argentina, Costa Rica, Colombia, México y Perú**, bajo el liderazgo de sus respectivos

Ministerios de Salud. Se ha fortalecido con ello una masa crítica de profesionales cualificados en seguridad del paciente de enorme importancia para el futuro del sector en América Latina.

El Estudio Iberoamericano de Eventos Adversos (IBEAS), es el primer estudio sobre Incidentes que causan daño en la asistencia sanitaria que se realiza a gran escala en

Latinoamérica. La ausencia de estudios previos en el ámbito latinoamericano supone un difícil reto, pero a la vez pone de relieve la trascendencia del Estudio IBEAS como primer paso necesario para avanzar en la seguridad de los pacientes, con este estudio se buscaba: 1. Obtener una primera visión sobre la magnitud del problema, 2. Estudiar qué tipos de incidentes dañinos se producían con mayor frecuencia, cómo eran de graves, en qué momento se producían y cuál había sido su causa más probable, 3. Analizar en qué medida los incidentes que causaron daño se podrían haber evitado y cuáles eran los factores determinantes. Para este mismo año surgieron discusiones y aprobación en el Comité de Buenas Prácticas de la Unidad Sectorial de Normalización (USN), de la guía **TÉCNICA PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN SALUD** en donde participaron 291 profesionales de 111 instituciones, provenientes de 44 ciudades del país, fue entregada al Consejo Técnico de la USN el día 13 de noviembre de 2009, y luego de surtir el proceso de Consulta pública fue aprobada como la **Guía Técnica en Salud 001 el día 4 de marzo de 2010**. El propósito de esta guía es brindar a las instituciones recomendaciones técnicas, para la operativización e implementación práctica de los mencionados lineamientos en sus procesos asistenciales, recopila una serie de prácticas disponibles en la literatura médica que son reconocidas como prácticas que incrementan la seguridad de los pacientes, bien sea porque cuentan con evidencia suficiente, o porque aunque no tienen suficiente evidencia, son recomendadas como tales por diferentes grupos de expertos. Se complementa con el desarrollo de paquetes de instrucciones que apoyan la implementación de sus recomendaciones en los procesos internos de las instituciones, los cuales están publicados en el Observatorio de Calidad de la Atención en Salud.

El 26 de enero de 2012 el Ministerio de salud y Protección social de Colombia publica la **Resolución 0123 de 2012**, donde resuelve modificar el art. 2 de la Resolución 1445 de 2006, que

habla sobre los estándares de acreditación en salud y se adoptan manuales de estándares de acreditación.

En el año 2013 el Ministerio de salud y Protección social a través de la **Resolución 1441 de 2013** Adopta el Manual de Habilitación de Prestadores de Servicios de Salud, el cual hace parte integral de la presente resolución.

Y en la actualidad nos rige la resolución 2003 de 2014.

Propuesta Icontec

El instituto Colombiano de Normas Técnicas propone durante los programas de formación en seguridad del paciente a las instituciones un modelo que incluya: Compromiso gerencial (política de seguridad). Definición de un sistema de seguridad del paciente: Liderado por la Dirección General, con el apoyo de una oficina de seguridad, un equipo investigador de eventos adversos que realice control y seguimiento de situaciones inseguras y educación continuada en cultura de la seguridad, el cual es apoyado por el comité de seguridad.

Sistema de identificación y gestión de eventos adversos (auto reporte y análisis aplicando el modelo SHELL y modelo ANCLA).

Auditoria de seguridad, que contempla:

1. Adherencia con normas de seguridad y protocolos.
2. Equipos con adecuado mantenimiento
3. Entrenamiento, certificación y educación continuada del personal
4. Ergonomía del lugar de trabajo
5. Horarios y dedicación del personal
6. Comunicaciones y sistema de información

Propuesta Centro De Gestión Hospitalaria

Esta entidad nacional emite boletines relacionados con prácticas nacionales e internacionales donde se evidencian estrategias que minimizan la ocurrencia de eventos adversos y brinda herramientas aplicables a las instituciones en donde se está implementando. Es así como se ha tomado de referencia dos recomendaciones que otorga el Instituto de mejora de los servicios de salud de Norteamérica:

La primera, **Rondas de seguridad**: En ellas un alto directivo de la organización realiza, una vez por semana, el mismo día y a la misma hora en lo posible, las 52 semanas del año, una ronda en la cual únicamente se discuten temas de seguridad.

La segunda, se denomina **cápsulas de seguridad**: Son reuniones con frecuencia variable, en las que grupos asistenciales acompañados de su líder hablan de un tema de seguridad del paciente,

Estudio de Seguridad del paciente frente a las Instituciones de Salud

En Colombia existen empresas de salud que han venido trabajando en el cumplimiento de las políticas ministeriales, basadas en experiencias y en el conocimiento de profesionales de auditoría de calidad, dentro de estas empresas tenemos un **Listado De Instituciones Referenciadas como son:**

Instituciones Acreditadas

- Hospital Pablo Tobón Uribe
- Centro Medico Imbanaco
- Fundación Valle De Lili

Instituciones De Referencia Bibliográfica

- Observatorio De Calidad

- Centro De Gestión Hospitalaria
- Icontec

EXPERIENCIAS EXITOSAS DE INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD

HOSPITAL PABLO TOBON URIBE

Desde 1997 inició la filosofía institucional sobre la seguridad del paciente, motivando el reporte de los eventos adversos con el ánimo de mejorar, teniendo en cuenta que eran de carácter no punitivo, y sin señalar al personal.

Crearon un formato de reporte, con base de datos en Epinfo, donde se identificaban las causas de los eventos adversos, siendo las principales aquellas relacionadas con caídas y medicamentos, las cuales eran analizadas para definir acciones correctivas, presentando informes mensuales.

Realizaban un análisis individual de los eventos adversos y para hacer conscientes a las personas responsables del paciente los hacían participes en la solución, participaban en su análisis: el jefe de sección, el jefe de departamento y el jefe de división, para establecer acciones de mejora. En el año 2004 se adaptó el formato de reporte con base en la propuesta del Ministerio de Protección Social.

Además, implementaron las siguientes estrategias:

Realizaron revisiones bibliográficas identificando cuales eran las mejores prácticas de seguridad en el mundo.

Crearon el comité de cultura de seguridad

Crearon el grupo de líderes integrales de seguridad.

Mejoraron el sistema de comunicación interna.

Fomentaron la campaña “ya verificaste?”

Las rondas de seguridad integral

Identificaron sus puntos críticos y establecieron dentro de su programa de seguridad seis estrategias encaminadas a salvar vidas de los pacientes:

1. Desarrollo de grupos de respuesta rápida.
2. Evitar muertes por IAM.
3. Prevención de eventos adversos por medicamentos.
4. Prevención de infecciones en sitio quirúrgico.
5. Prevención de neumonía asociada al ventilador.
6. Prevención de infecciones de línea central

CENTRO MEDICO IMBANACO

Definieron una política de seguridad del paciente enfocada a la cultura de seguridad institucional y para su cumplimiento implementaron las siguientes acciones:

- Rondas de seguridad y seguimiento,
- Investigación e implementación de prácticas seguras,
- Estandarización de guías de atención
- Auditoría de los resultados adversos (complicaciones, mortalidad, eventos adversos) donde se determinan lecciones aprendidas de errores cometidos o por omisión.
- La gerencia de los procesos
- La cultura de la excelencia operacional.
- El direccionamiento estratégico hacia la seguridad del paciente como prioridad.
- Educación en seguridad del paciente a través de campañas, boletines, auditorías de pares, reuniones con grupos de la clínica.
- El sistema de reportes del evento adverso donde se incluyen análisis sistemáticos por el ciclo PHVA y seguimiento a las acciones.

- Involucrar al paciente en su auto cuidado mediante folletos educativos en las diferentes áreas de la institución y la medición del clima de seguridad.

Además mensualmente realizaban boletines informativos, incentivos al reporte y conocimiento sobre seguridad del paciente, tips de seguridad, listas de verificación, sistema informático para el reporte de los eventos adversos, y publicaciones estadísticas

FUNDACIÓN VALLE DE LILI

A través de su portal en internet dan a conocer la metodología que implementaron y que actualmente aplican para fortalecer las prácticas seguras.

Estas son:

Política institucional de seguridad del paciente en la Fundación Valle de Lili:

Considera la seguridad del paciente como uno de sus valores y la más relevante dimensión de calidad. Desarrolla acciones de identificación, prevención y gestión de riesgos relacionados con el proceso de atención médico-asistencial.

Oficina de seguridad del paciente:

La cual se encuentra bajo la responsabilidad de la gestión clínica.

Comité de seguridad del paciente:

Con la participación de personal médico y asistencial de diferentes áreas de la fundación.

Promoción de la cultura de seguridad:

Representada por la participación de todas las áreas en la implementación, despliegue, difusión y réplica de metodologías que aporten a la seguridad del paciente. Esta cultura es difundida permanentemente y se fortalece promoviendo los proyectos y las mejoras.

Sistema efectivo de identificación y gestión de eventos adversos:

Mediante la aplicación del auto reporte y el análisis con el protocolo de Londres

ASPECTOS RELACIONADOS EN LOS PROGRAMAS ANALIZADOS

Definición de una política de seguridad del paciente

La definición de esta política emitida desde la Gerencia, refleja el compromiso que existe en las instituciones para generar una cultura de seguridad en cada uno de sus colaboradores. Por lo que se considera que este aspecto es importante y fundamental para iniciar el estudio de verificación del programa de Seguridad del Paciente que existe en la Uci las Mercedes de Corozal.

Promoción de la cultura de seguridad del paciente

Difundir y promover permanentemente la cultura de seguridad del paciente en las instituciones, ha permitido que la participación de cada uno de sus colaboradores sea activa y efectiva en la prevención de los riesgos, la promoción de prácticas laborales seguras, la concientización del reporte oportuno de los incidentes y eventos para que se analicen sus causas y se generen barreras de seguridad que promuevan la atención segura. Es evidente que con la participación y compromiso de las personas otras instituciones han logrado obtener resultados positivos con respecto a la seguridad del paciente, por ello para garantizar la efectividad del programa de seguridad del paciente en la Uci adulto las Mercedes de corozal es necesario tener en cuenta la estrategia de promoción de la cultura de seguridad.

Creación del comité de seguridad del paciente

En las instituciones de salud analizadas el Comité de Seguridad del paciente conformado por profesionales líderes de las diferentes áreas de la institución y dirigido por la Dirección

Médica con apoyo de la Gerencia, les ha permitido tomar decisiones e implementar acciones

enfocadas hacia la prevención de los riesgos logrando así minimizar la ocurrencia de incidentes y eventos adversos. Por lo tanto es conveniente verificar en el programa si cumple con esta estrategia que facilitará el desarrollo.

Creación de la oficina de seguridad

Con esta estrategia las instituciones de salud analizadas han logrado la organización del trabajo en lo relacionado con la seguridad del paciente. El estar conformada por personas competentes para promover y divulgar cultura de seguridad, realizar investigación y análisis de las causas de los eventos adversos y desarrollar acciones para minimizar los riesgos durante la atención, promueve instituciones seguras y por esto debe existir en el programa de seguridad de paciente el cumplimiento de creación de esta oficina en la Uci adulto las Mercedes.

Creación de un mecanismo de reporte de los eventos Adversos

Las instituciones analizadas han creado diferentes mecanismos para reportar sus eventos adversos que van desde sistemas de información compleja y electrónica hasta formatos cada vez más sencillos y prácticos para su diligenciamiento, incentivando así el reporte en el personal. Esta última forma de reporte debe verificarse el cumplimiento en el programa de seguridad del paciente en la Uci Adulto Las Mercedes de Corozal considerando que no todas las áreas están conectadas a un sistema de información en red.

Estrategias Para Fomentar La Cultura De Seguridad Del Paciente.

La definición de diferentes estrategias de cultura de seguridad ha garantizado en cada una de las organizaciones el éxito de los programas implementados, por ello es indispensable aplicar en la Uci Adulto Las Mercedes de Corozal, diferentes estrategias educativas tanto para los funcionarios como para el paciente y su familia las cuales han sido implementadas en otras

instituciones y les han permitido obtener logros satisfactorios a través de folletos ilustrativos, creación y divulgación de tips y campañas de seguridad, boletines informativos mensuales, programas de incentivos por el conocimiento en temas de seguridad y reuniones entre otros.

Rondas De Seguridad

Las inspecciones a diferentes áreas de las instituciones de salud realizadas por grupos de profesionales con conocimiento en seguridad del paciente, le ha permitido a las instituciones identificar sus riesgos y definir acciones para prevenir y disminuir la ocurrencia de eventos adversos. Esta estrategia es muy importante y por ello se verifica que este incluida en el programa de seguridad del paciente de la Uci adulto Las Mercedes porque le permitirá evaluar sus condiciones de riesgo y generar

6. MARCO METODOLÓGICO

6.1 Tipo de estudio

Estudio descriptivo-observacional

6.2 Población

La investigación se realizará con el personal asistencial de la uci. El total de la población corresponde a 25 personas entre médicos especialistas, médicos generales, enfermeras, fisioterapeutas.

6.3 Muestra

De los cuales se tomara 15 personas del área asistencial de la UCI.

6.4 Criterio De Inclusión

Para ser partícipe de la investigación los candidatos deberán tener el siguiente criterio:

- Pertenecer al área asistencial de la uci

6.5 Instrumentos

Para la recolección de la información que requiere el presente estudio, se utilizaron dos instrumentos:

A. Encuesta de 48 preguntas relacionadas con el clima de seguridad, dividido en diferentes habilidades propias de las labores diarias en el lugar de trabajo (servicio, comunicación, interacción gerencia-servicios, seguridad).

B. Lista de chequeo para las buenas prácticas de seguridad de pacientes obligatorias del Ministerio de Salud y Protección Social.

C. Cuestionario verificación de conocimiento del programa de seguridad del paciente

Estos instrumentos están relacionados con desarrollo del programa de seguridad del paciente, manejo de información de calidad, y cumplimiento de procesos de calidad en la UCI del Hospital de las Mercedes de Corozal-Sucre.

7. ANALISIS Y DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS

7.1. Resultados encuesta de clima de seguridad-Descripción de habilidades

Habilidad	Descripción de la habilidad	PROMEDIO HABILIDAD
Servicio	Tiene que ver con el demostrar sensibilidad hacia las necesidades o demandas que el cliente puede requerir en el presente o en futuro, y ser capaz de satisfacerlas.	3,1
Comunicación	Se trata de canalizar clara y comprensiblemente ideas y opiniones hacia los demás.	3,0
Interacción Gerencia - Servicio	Refleja la armonía entre las decisiones políticas y estratégicas de la alta gerencia para garantizar la seguridad en la atención de pacientes y como este repercute en el servicio.	3,1
Seguridad	Acciones tendientes a reducir los riesgos inherentes a la prestación del servicio, estas actividades deben ser conocidas y practicadas por el personal que interviene en la atención.	3,3

<i>Puntaje</i>	<i>Nivel de desarrollo de habilidades de gestión</i>
1 - 2	Inadecuado
2,1 - 3	Aceptable

3,1 - 4

Adecuado

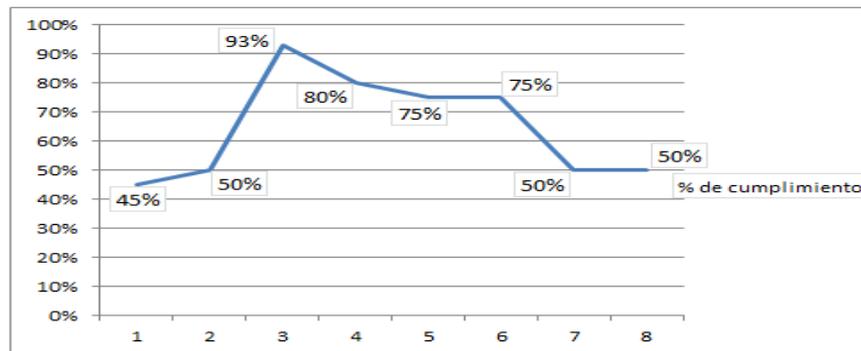
7.2 Análisis del instrumento: encuesta sobre el clima de seguridad

Teniendo en cuenta el nivel de desarrollo de habilidades por gestión, la uci adulto las mercedes de corozal, se encuentra en un nivel promedio general del clima de seguridad en el entorno laboral Adecuado con 3,1 prevaleciendo la **seguridad** en un mayor porcentaje 3,3 el personal demuestra compromiso en las estrategias tendientes a reducir los riesgos inherentes a la prestación del servicio y las actividades que van en la mejora de la calidad en la atención, involucrado el paciente y su familia, previniendo las posibles lesiones o los efectos adversos relacionados con la atención sanitaria.

En segundo nivel de desarrollo encontramos la **interacción gerencia servicio y servicio** con un 3,1 que demuestra que el personal se encuentra un buen manejo del clima laboral, trabajo en equipo y cooperación al momento de brindar un buen servicio al paciente, con la mejor y adecuada atención posible, la gerencia se encuentra involucrada y muestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades.

En el último nivel de desarrollo tenemos la **Comunicación** con un 3,0 lo que refleja que aunque existe internamente en la unidad de cuidado crítico canales de ideas, comunicación clara y comprensible entre el personal, al momento que esta comunicación involucra otras unidades de atención existen fallas en su coordinación y La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando éstos se transfieren desde una unidad/servicio a otra, o cuando surgen problemas en la atención de los pacientes como consecuencia de los cambios de turno, por la omisión de información, este instrumento nos demuestra como la comunicación afecta cuando Existe intercambio de información entre los diferentes servicios con el hospital de corozal, resultando molestias al trabajar con personal de otros servicios/unidades.

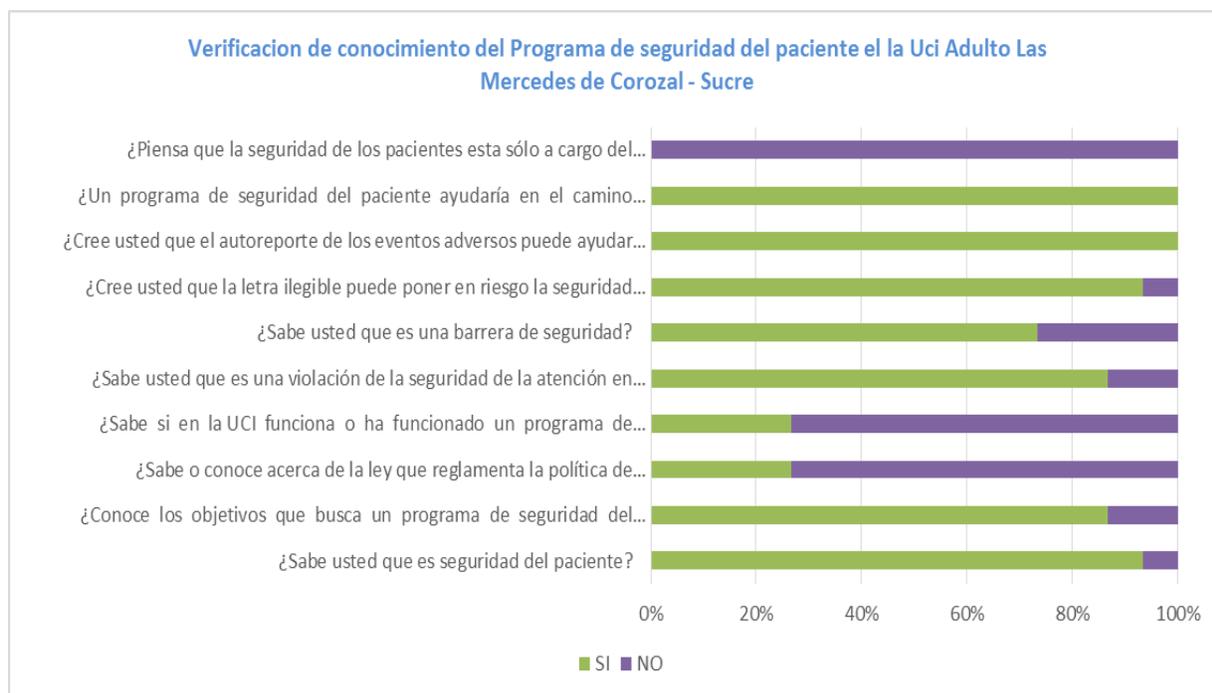
7.3 Resultados lista de chequeo para las buenas prácticas de seguridad de pacientes obligatorias del Ministerio de Salud y Protección Social.



ITEMS A VERIFICAR	
1	PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE, IDENTIFICACIÓN Y GESTIÓN DE EVENTOS ADVERSOS
2	MONITORIZACIÓN DE ASPECTOS RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTES
3	DETECTAR, PREVENIR Y REDUCIR EL RIESGO DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD
4	MEJORAR LA SEGURIDAD EN LA UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS
5	ASEGURAR LA CORECCTA IDENTIFICACIÓN DE LOS APCIENTES EN LOS SERVICIOS ASISTENCIALES
6	PROCESOS PARA LA PREVENCIÓN Y REDUUCIÓN DE CAIDAS
7	PREVENIR LAS ULCERAS POR PRESIÓN
8	PREVENIR COMPLICACIONES ASOCIADAS A LA DISPONIBILIDAD Y MANEJO DE SANGRE

Gráfica 1. Porcentaje de cumplimiento de las buenas prácticas de seguridad de pacientes obligatorias del Ministerio de Salud y Protección Social.

7.4 Resultados cuestionario verificación de conocimiento del programa de seguridad del paciente en la UCI Adulto del hospital Las Mercedes de Corozal-Sucre.



Gráfica 2. Verificación de conocimiento del programa de seguridad del paciente en la UCI Adulto del hospital Las Mercedes de Corozal-Sucre.

7.5 Análisis del instrumento:

EL 73% de los encuestados NO conoce la ley que reglamenta la política de seguridad del paciente la cual está incluida en el manual único de acreditación y este mismo porcentaje, desconoce que en la UCI del Hospital Las Mercedes de Corozal-Sucre funciona un programa de seguridad del paciente. Es claro que el 100% de este personal que la seguridad del paciente no solo está a cargo del área de enfermería y que es fundamental este reporte de eventos adversos, debido a que ayuda a que no vuelva a ocurrir, es así como se demuestra que el 100% del personal ayudaría en el camino de la acreditación.

8. CONCLUSIONES

Los procesos de mejora de seguridad del paciente dentro de las IPS están ligados a las acciones de la gerencia.

La comunicación es una herramienta vital para el reporte de errores y E.A, así como para la buena práctica de procesos seguros.

El personal asistencial conoce que los reportes de los E.A ayudan a disminuir su ocurrencia.

Existe un programa de Seguridad del Paciente pero este no ha sido desarrollado en su totalidad, ni existe continuidad en los procesos de adherencia a guías y protocolos de atención.

9. RECOMENDACIONES

Crear un área de calidad que sirva de apoyo en la ejecución y continuidad del programa.

Contratar medio tiempo un auditor de calidad.

Realizar Comunicación escrita en cartelera, internet, grupo de redes sociales, boletines, charlas, talleres sobre el programa y la política de seguridad del paciente.

Inducción obligatoria a todo el personal con énfasis en calidad, cultura y seguridad del paciente.

Educación y Evaluación Continua en temas de calidad, cultura y seguridad del paciente.

Afianzar en la política de calidad con gestión de recurso Humano

Implementación de un referente para el comité de seguridad del paciente.

Reforzar en todo el personal que labora la institución, en forma clara todo lo relacionado con los eventos adversos y por tanto lo que refiere a la implementación institucional del programa de seguridad del paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Cabañas R. Evaluación de la atención de la salud. Revista Médica Hondureña. Recuperado de <http://www.bvs.hn/RMH75/pdf/1994/pdf/Vol62-1-1994-7.pdf>

Informe IBEAS. Recuperado de http://www.seguridaddelpaciente.es/resources/.../2009/INFORME_IBEAS.pd

Leon RC. *La seguridad del paciente, una responsabilidad en el acto del cuidado*. Revista Cubana Enfermer. Recuperado de http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol22_3_06/enf07306.html

Lista de chequeo para las buenas prácticas de seguridad de pacientes obligatorias. Recuperado de <http://www.dssa.gov.co/index.php/descargas/674-listadochequeo/file>

Luengas, S. (2009). *Seguridad del paciente: un modelo organizacional para el control sistemático de los riesgos de la atención en salud*. Fundación Corona.

Luengas, S. (2009). Seguridad del paciente: conceptos y análisis de eventos adversos. *Revista Vía Salud*, 48. pág. 6-21.

OMS. 55a Asamblea Mundial de la Salud. Calidad de la atención: seguridad del paciente. Recuperado de <http://www.paho.org/Spanish/AD/THS/EV/blood-4ta-resolucion.pdf>.

Organización Mundial de la Salud. Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. Recuperado de http://www.who.int/patientsafety/en/brochure_final.pdf.

Organización Mundial de la Salud. Calidad de la atención: seguridad del paciente. Recuperado de <http://www.binasss.sa.cr/seguridad/articulos/calidaddeatencion.pdf>

Resolución 0123 de 2012. Ministerio de salud y protección social. Recuperado de <http://www.acreditacionensalud.org.co/userfiles/file/Res123%20ene26de2012%20modificRes1445.pdf>

Resolución 1441 de 2013. Ministerio de salud y protección social. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/.../Resolución%201441%20de%202013.PDF>

Resolución 2003 de 2014. Ministerio de salud y protección social. Recuperado de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%202003%20de%202014.pdf

ANEXOS

Anexo 1. Encuesta clima de seguridad

ENCUESTA CLIMA DE SEGURIDAD					
Fecha:					
<p>A continuación pedimos su opinión sobre aspectos relacionadas con la seguridad del paciente y posibles incidentes. Contestarla, apenas, le llevará unos 15 minutos.</p> <p>Un incidente es cualquier tipo de error, equivocación, accidente o desviación de las normas/procedimientos, produzca o no daño en el paciente.</p> <p>La seguridad del paciente son las actividades dirigidas a prevenir las posibles lesiones o los efectos adversos relacionados con la atención sanitaria.</p>					
A continuación señale con una X su respuesta según la casilla correspondiente.					
Calificativo		4	3	2	1
HABILIDAD: SERVICIO		Muy de acuerdo	De acuerdo	En Desacuerdo	Muy en Desacuerdo
1	El personal se apoya mutuamente.				
2	Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo.				
3	Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo.				
4	En esta unidad nos tratamos todos con respeto.				
5	A veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora.				
6	Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente.				
7	En ocasiones no se presta la mejor atención al paciente porque hay demasiados sustitutos o personal temporal.				
8	Si los compañeros o los superiores se enteran de que has cometido algún error, lo utilizan en tu contra.				
9	Cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo.				

10	No se producen más fallos por casualidad.				
11	Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en los compañeros.				
12	Cuando se detecta algún fallo, antes de buscar la causa, buscan un “culpable”.				
13	Los cambios que hacemos para mejorar la seguridad del paciente se evalúan para comprobar su efectividad.				
14	Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado deprisa.				
15	Nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad del paciente.				
16	Cuando se comete un error, el personal teme que eso quede en su expediente.				
17	En esta unidad hay problemas relacionados con la “seguridad del paciente”				
18	Nuestros procedimientos y medios de trabajo son buenos para evitar errores en la asistencia.				
19	Mi superior/jefe expresa su satisfacción cuando intentamos evitar riesgos en la seguridad del paciente.				
20	Mi superior/jefe tiene en cuenta, seriamente, las sugerencias que le hace el personal para mejorar la seguridad del paciente.				
21	Cuando aumenta la presión del trabajo, mi superior/jefe pretende que trabajemos más rápido, aunque se pueda poner en riesgo la seguridad del paciente. Esto ocurre habitualmente.				
22	Mi superior/jefe pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente.				
SECCIÓN B: UCIA LAS MERCEDES					
23	La gerencia o la dirección de la entidad facilitan un clima laboral que favorece la seguridad del paciente.				

24	Las diferentes unidades de la entidad no se coordinan bien entre ellas.				
25	La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando éstos se transfieren desde una unidad/servicio a otra.				
26	Hay una buena cooperación entre las unidades/servicios que tienen que trabajar conjuntamente.				
HABILIDAD: INTERACCIÓN GERENCIA-SERVICIO					
27	En los cambios de turno se pierde con frecuencia información importante sobre la atención que ha recibido el paciente.				
28	Suele resultar incómodo tener que trabajar con personal de otros servicios/unidades.				
29	El intercambio de información entre los diferentes servicios es habitualmente problemático.				
30	La gerencia o dirección muestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades.				
31	La gerencia/dirección sólo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente.				
32	Los servicios/unidades trabajan de forma coordinada entre sí para proporcionar la mejor atención posible a los pacientes.				
33	Surgen problemas en la atención de los pacientes como consecuencia de los cambios de turno.				
HABILIDAD: COMUNICACIÓN					
34	Cuando notificamos algún incidente, nos informan sobre qué tipo de actuaciones se han llevado a cabo.				
35	Cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente a la atención que recibe el paciente, habla de ello con total libertad.				
36	Se nos informa de los errores que ocurren en este servicio/unidad.				
37	El personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores.				

38	En mi servicio/unidad discutimos de qué manera se puede evitar que un error vuelva a ocurrir.				
39	El personal teme hacer preguntas sobre lo que parece que se ha hecho de forma incorrecta.				
40	Se notifican los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente.				
41	Se notifican los errores que previsiblemente no van a dañar al paciente.				
42	Se notifican los errores que no han tenido consecuencias adversas, aunque previsiblemente podrían haber dañado al paciente.				
HABILIDAD: SEGURIDAD					
43	Cuando se reciben verbalmente órdenes sobre tratamientos, cuidados o procedimientos a realizar, el personal que las recibe repite en voz alta la orden recibida a quien la emite, para asegurarse que ha sido bien comprendida.				
44	Se elaboran informes o resúmenes de historias clínicas de memoria, sin tener delante toda la documentación (análisis, informes radiológicos, medicación administrada, etc).				
45	Cuando se reciben verbalmente órdenes sobre tratamientos, cuidados o procedimientos a realizar, el personal que las recibe las anota en el documento clínico que corresponde.				
46	Todos los cambios de medicación son comunicados de forma clara y rápida a todos los profesionales implicados en la atención del paciente.				
47	Cualquier información que afecte al diagnóstico del paciente es comunicada de forma clara y rápida a todos los profesionales implicados en la atención de ese paciente.				
48	Antes de que firme el consentimiento informado, se pide al paciente o a su representante que repita lo que ha entendido de las explicaciones recibidas sobre posibles riesgos y complicaciones de la intervención, exploración o tratamiento implicado.				

Anexo 2. Cuestionario conocimiento del programa de seguridad del paciente

CUESTIONARIO CONOCIMIENTO DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE			
A continuación pedimos su opinión sobre aspectos relacionadas con el conocimiento del programa institucional de seguridad del paciente y posibles incidentes. Contestarla, apenas, le llevará unos 5 minutos.		SI	NO
1	¿Sabe usted que es seguridad del paciente?		
2	¿Conoce los objetivos que busca un programa de seguridad del paciente?		
3	¿Sabe o conoce acerca de la ley que reglamenta la política de seguridad del paciente?		
4	¿Sabe si en la UCI funciona o ha funcionado un programa de seguridad del paciente?		
5	¿Sabe usted que es una violación de la seguridad de la atención en salud?		
6	¿Sabe usted que es una barrera de seguridad?		
7	¿Cree usted que la letra ilegible puede poner en riesgo la seguridad del paciente?		
8	¿Cree usted que el auto reporte de los eventos adversos puede ayudar a disminuir su ocurrencia?		
9	¿Un programa de seguridad del paciente ayudaría en el camino de acreditación para el que se proyecta La Uci las Mercedes?		
10	¿Piensa que la seguridad de los pacientes esta sólo a cargo del personal de enfermería?		