

**EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS BUENAS PRÁCTICAS PARA LA
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ESE CAMU SANTA TERESITA – LORICA,
2020**

**CAROLINA BURGOS HERNÁNDEZ
ELIZETH HERNÁNDEZ ARGEL**



**UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA
PROGRAMA ADMINISTRACIÓN EN SALUD
SANTA CRUZ DE LORICA
2020**

**EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS BUENAS PRÁCTICAS PARA LA
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ESE CAMU SANTA TERESITA – LORICA,
2020**

**CAROLINA BURGOS HERNÁNDEZ
HERNÁNDEZ ARGEL ELIZETH**

**Trabajo de investigación presentado para optar por el título de
administración en salud**

**Director (a): Yesenia Patricia Nieves Julio
Enfermera, Especialista en Auditoría Corporativa de la Calidad, Mg. en
Prevención de Riesgos Laborales**



**UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA
PROGRAMA ADMINISTRACIÓN EN SALUD
SANTA CRUZ DE LORICA
2020**

Nota de aceptación:

Firma del presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

DEDICATORIA

A Dios, quien nos dio la fe, la fortaleza, la salud y la esperanza para escalar este peldaño.

A nuestros padres por habernos forjado como las personas que somos hoy en día, por motivarnos constantemente para alcanzar nuestros propósitos. También a los que nunca dudaron que lograríamos este triunfo: hermanos, demás familiares y amigos.

Y por último dedicamos este trabajo a unas personas muy especiales en nuestra vida, y aunque no se encuentren físicamente, sabemos que en todo momento estuvieron con nosotras; en los desvelos, en los momentos más difíciles...; siempre están en nuestro corazón y los recordamos a todo momento, su herencia ha sido tan inmensa en nuestro ser, que cada noche que los echamos de menos miramos al cielo con admiración y algo de nostalgia, y asumimos que aunque los extrañemos sabemos que nos acompañan con sus consejos y enseñanzas.

AGRADECIMIENTOS

Primeramente agradecer a Dios por permitirnos realizar este trabajo, a nuestra familia por el apoyo, a los docentes y compañeros que en todo este proceso de formación han estado atentos, a la magister Martha Montoya que con su apoyo y guía se logró la primera parte de este trabajo, a la magister Yesenia Nieves que aceptó ser la guía para culminar el proceso.

A la facultad de Ciencias de la Salud y a la Universidad de Córdoba que han permitido soñar, pero que también han permitido llevar esos sueños a la realidad.

A la ESE Camu Santa Teresita del municipio de Santa Cruz de Lorica, que permitieron que nuestro equipo de investigación hiciera parte de su institución para llevar a cabo nuestro propósito y culminar con éxito lo planeado.

CONTENIDO

	pág.
RESUMEN.....	15
ABSTRACT	18
INTRODUCCIÓN	21
1. OBJETIVOS.....	24
1.1. OBJETIVO GENERAL	24
1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	24
2. MARCO REFERENCIAL	25
2.1. MARCO HISTÓRICO	25
2.2. MARCO LEGAL	28
2.3. MARCO CONCEPTUAL	31
2.3.1. Atención en salud.	32
2.3.2. Buenas prácticas para la seguridad del paciente	32

2.3.3.	Calidad de atención en salud.....	32
2.3.4.	Daño asociado a la atención en salud.....	33
2.3.5.	Error médico.....	33
2.3.6.	Evento adverso.....	33
2.3.7.	Incidente.....	33
2.3.8.	Inseguridad en salud.....	33
2.3.9.	Política nacional de seguridad del paciente.....	34
2.3.10.	Prácticas seguras.....	34
2.3.11.	Seguridad del paciente.....	34
2.4.	MARCO TEÓRICO.....	34
3.	METODOLOGÍA.....	41
3.1.	TIPO DE ESTUDIO.....	41
3.2.	LOCALIZACIÓN DEL ESTUDIO.....	41
3.3.	POBLACIÓN.....	42

3.4.	TIPO DE MUESTREO Y CÁLCULO DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA	42
3.5.	CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	44
3.6.	MÉTODOS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LOS DATOS	44
3.7.	PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE LOS DATOS	45
3.8.	PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS.....	46
4.	RESULTADOS Y DISCUSIÓN	47
4.1.	CONTAR CON UN PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE QUE PROVEA UNA ADECUADA CAJA DE HERRAMIENTAS PARA LA IDENTIFICACIÓN Y GESTIÓN DE EVENTOS ADVERSOS.....	47
4.2.	MONITORIZACIÓN DE ASPECTOS RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.....	49
4.3.	DETECTAR, PREVENIR Y REDUCIR EL RIESGO DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD.....	51
4.4.	MEJORAR LA SEGURIDAD EN LA UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS.....	53
4.5.	ASEGURAR LA CORRECTA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE EN LOS SERVICIOS ASISTENCIALES	55

4.6. PROCESOS PARA LA PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DE LA FRECUENCIA DE CAÍDAS	57
4.7. PREVENIR LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	59
4.8. GARANTIZAR LA ATENCIÓN SEGURA DEL BINOMIO MADRE HIJO	61
4.9. COMPONENTES DE LA LISTA DE CHEQUEO DE BUENAS PRÁCTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EVALUADOS	63
5. CONCLUSIONES	65
RECOMENDACIONES.....	67
PLAN DE MEJORA.....	69
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	74
ANEXOS.....	82

LISTA DE TABLAS

	pág.
Tabla 1. <i>Marco legal</i>	28
Tabla 2. <i>Evaluación al programa de seguridad del paciente</i>	47
Tabla 3. <i>Evaluación a la Monitorización de aspectos relacionados con la seguridad del paciente</i>	49
Tabla 4. <i>Evaluación al componente detectar, prevenir y reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención en salud</i>	51
Tabla 5. <i>Evaluación al componente mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos</i>	53
Tabla 6. <i>Evaluación al componente asegurar la correcta identificación del paciente en los servicios asistenciales</i>	55
Tabla 7. <i>Evaluación al componente procesos para la prevención y reducción de la frecuencia de caídas</i>	57
Tabla 8. <i>Evaluación al componente prevenir las úlceras por presión</i>	59
Tabla 9. <i>Evaluación al componente garantizar la atención segura del binomio madre hijo</i>	61

Tabla 10. Evaluación a los componentes de la lista de chequeo de buenas prácticas para la seguridad del paciente evaluados63

Tabla 11. Plan de mejora70

LISTA DE GRÁFICAS

pág.

Gráfica 1. Porcentaje de cumplimiento del componente programa de seguridad del paciente	48
Gráfica 2. Porcentaje del cumplimiento del componente de monitorización de aspectos relacionados con la seguridad del paciente	50
Gráfica 3. Porcentaje del cumplimiento del componente detectar, prevenir y reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención en salud.....	52
Gráfica 4. Porcentaje del cumplimiento del componente mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos	54
Gráfica 5. Porcentaje del cumplimiento del componente asegurar la correcta identificación del paciente en los servicios asistenciales	56
Gráfica 6. Porcentaje del cumplimiento del componente procesos para la prevención y reducción de la frecuencia de caídas	58
Gráfica 7. Porcentaje del cumplimiento del componente prevenir las úlceras por presión	60
Gráfica 8. Porcentaje del cumplimiento del componente garantizar la atención segura del binomio madre hijo	62

Gráfica 9. Porcentaje del cumplimiento de los componentes de la lista de chequeo de buenas prácticas para la seguridad del paciente evaluados64

LISTA DE ANEXOS

pág.

Anexo 1. <i>Lista de chequeo aplicada</i>	82
--	-----------

RESUMEN

En Colombia, la seguridad del paciente es una de las cinco características que incorpora el Ministerio de Salud y Protección Social (MINPRO) en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud (SOGCS), que busca disminuir y eliminar el riesgo de sufrir un daño innecesario causado por la atención en salud y/o fallos en los sistemas y mitigar sus consecuencias (Ministerio de Salud y Protección Social [MINPRO], 2006).

No obstante, hoy en día recibir atención en salud implica riesgos potenciales, aun cuando cada día millones de personas son atendidas de forma segura. Por ende, cuando una institución prestadora de servicios de salud (IPS) implementa prácticas seguras promueve el análisis causal que permite identificar los motivos por los cuales se presentó el evento adverso, incidente y/o muerte, de forma tal que el sistema pueda mejorarse continuamente; definiendo métodos de medición que permitan determinar e informar las estrategias o acciones que mejoren el sistema de atención al paciente y reducir el riesgo de recurrencia.

Así mismo, los daños o muertes en el paciente nacen a raíz de errores médicos, que implica además fallas en los sistemas de salud. Estos eventos adversos generan la creación de normas que ayudan a minimizar los errores y sus consecuencias en los sistemas de salud y por ende en los pacientes. En consecuencia, las diferentes IPS, deben cumplir con unas buenas prácticas para la seguridad del paciente, que permita minimizar las fallas en los niveles de seguridad en la prestación del servicio y se lleven a cabo estrategias innovadoras que protejan al paciente de riesgos evitables derivados de la atención en salud.

Por esta razón, y en aras de verificar continuamente las buenas prácticas para la seguridad del paciente y minimizar la ocurrencia de eventos adversos se trazó el presente trabajo de investigación, el cual tiene como objetivo principal evaluar el cumplimiento de las buenas prácticas para la seguridad del paciente en la ESE Camú Santa Teresita de Lórica – Córdoba. Además se realizarán recomendaciones para que la ESE se mantenga enfocada en el mejoramiento continuo, a través de la implementación de diferentes estrategias que ayuden a disminuir la ocurrencia de eventos adversos y a velar por la salud de las personas, minimizando así el riesgo de sufrir eventos adversos o mitigando sus consecuencias.

El presente trabajo de investigación comprende un estudio descriptivo transversal, con enfoque cuantitativo del cumplimiento de las buenas prácticas para la seguridad del paciente en la ESE Camu Santa Teresita – Lórica, 2020. Su alcance abarca desde realizar un proceso de diagnóstico que permita conocer la situación actual de la temática de atención segura y evaluarla mediante una lista de chequeo de “Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud” del Ministerio de Salud y Protección Social, según apliquen a la complejidad de la ESE Camu Santa Teresita; hasta obtener unos resultados que guíen a la priorización de unos procesos de atención en salud específicos de acuerdo a la oportunidad de mejora que evidencien.

Los resultados obtenidos muestran que las labores realizadas por el personal de salud no están enfocadas a proporcionar atención segura a los pacientes, el tema de la percepción de la cultura de seguridad se evidencia con resultados poco alentadores en cada uno de los componentes de la seguridad del paciente, ya que la ESE cumple en un 87% con la guía de buenas prácticas para la seguridad del

paciente. Además, la práctica con menor cumplimiento es prevenir úlceras por presión, pues solo cumple en un 63,6% indicando que su nivel de calidad es deficiente.

Por ende, la alta gerencia se debe enfocar lo suficiente en la implementación y desarrollo de la seguridad del paciente, dotando de equipos e insumos al personal y a la ESE en general, implementar protocolos y evidenciar su progreso; capacitar aún más al personal asistencial, ya que si no se tiene mayor control se puede ocasionar un riesgo en la atención en salud.

Palabras claves: Seguridad del paciente, buenas prácticas, evento adverso, atención en salud.

ABSTRACT

In Colombia, patient safety is one of the five characteristics that the Ministry of Health and Social Protection (MINPRO) incorporates in the Mandatory System for the Quality Assurance of Health Care (SOGCS), which seeks to reduce and eliminating the risk of suffering unnecessary harm caused by health care and / or system failures and mitigating their consequences (Ministry of Health and Social Protection [MINPRO], 2006).

However, today receiving health care involves potential risks, even though millions of people are cared for safely every day. Therefore, when an IPS implements safe practices, it promotes causal analysis that allows identifying the reasons for which the adverse event, incident and / or death occurred, so that the system can be continuously improved; define measurement methods that determine and inform strategies or actions that improve the patient care system and reduce the risk of recurrence.

Likewise, the damages or deaths in the patient are born as a result of medical errors, which also imply failures in the health systems. These adverse events generate the creation of standards that help minimize errors and their consequences in health systems and therefore in patients. Consequently, the different IPS must comply with good practices for patient safety, which allows minimizing failures in the security levels in the provision of the service and innovative strategies are carried out that protect the patient from avoidable risks derived from health care.

For this reason, and in order to continuously verify good practices for patient safety and minimize the occurrence of adverse events, the present research work was drawn up, which has as its main objective to evaluate compliance with good practices for patient safety at the ESE Camú Santa Teresita de Lorica - Córdoba. In addition, recommendations will be made so that the ESE remains focused on continuous improvement, through the implementation of different strategies that help reduce the occurrence of adverse events and ensure the health of people, thus minimizing the risk of suffering adverse events, or mitigating its consequences.

This research work comprises a cross-sectional descriptive study, with a quantitative approach to compliance with good practices for patient safety in the ESE Camu Santa Teresita - Lorica, 2020. Its scope ranges from carrying out a diagnostic process that allows knowing the situation current topic of safe care and evaluate it through a checklist of "Good practices for patient safety in health care", of the Ministry of Health and Social Protection, as applicable to the complexity of the ESE Camu Santa Teresita; until results are obtained that guide the prioritization of specific health care processes according to the opportunity for improvement that they show.

The results obtained show that the tasks carried out by health personnel are not focused on providing safe care to patients, the issue of the perception of the safety culture is evidenced with little encouraging results in each of the components of the safety of the patient, since the ESE complies in 87% with the guide of good practices for patient safety. In addition, the practice with the lowest compliance is to prevent pressure ulcers since it only complies in 63.6%, indicating that its quality level is poor.

Therefore, senior management must focus sufficiently on the implementation and development of patient safety, providing equipment and supplies to the staff and the ESE in general, implement protocols and evidence their progress; further train healthcare personnel, and that if there is no greater control of it, it can cause a risk in health care.

Key words: Patient safety, good practices, adverse event, health care.

INTRODUCCIÓN

En Colombia, el Ministerio de Salud y Protección Social (MINPRO) mediante el decreto 1011 de 2006 incorpora la seguridad del paciente como parte de las cinco características del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud (SOGCS) del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). El objetivo de la seguridad del paciente es generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país, aplicando instrumentos y metodologías, basadas en evidencia científicamente probada, que propenden a disminuir y eliminar el riesgo de sufrir un daño innecesario causado por la atención en salud y/o fallos en los sistemas y mitigar sus consecuencias (Ministerio de Salud y Protección Social [MINPRO], 2006).

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2009), considera la seguridad del paciente como ausencia de daño, real o potencial, relacionado con los servicios de salud. La seguridad del paciente, nace entonces a partir de la identificación de los eventos adversos resultantes de la atención en salud (Villarreal, 2007).

En este sentido, Muñoz y Maldonado (2005) afirman que la causa principal de daños en el paciente son los errores médicos, que incluye fallas en la prevención, el diagnóstico, tratamiento, uso de materiales no confiables o con efectos no deseados.

Por esto, la OMS (2019) alertó que más de 138 millones de personas se ven perjudicadas cada año a causa de una atención sanitaria poco segura y 2,6

millones mueren; la mayoría de estas muertes pueden evitarse. De acuerdo a esto, se estima que los daños a los pacientes durante la atención en salud son la 14.^a causa de morbilidad mundial. Estas cifras se refieren únicamente a los países de ingresos medios y bajos por lo que el número real podría ser incluso mayor.

Colombia no es la excepción, es por ello que a nivel nacional el MINPRO, ha implementado una guía técnica “Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud”, dirigida por el SOGCS, la cual brinda herramientas que permiten contribuir a prestar una atención segura a todos los pacientes de las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS), brindándole al paciente y familiares satisfacción; además de minimizar la ocurrencia de eventos adversos centinela y los sobre costos de la no calidad (MINPRO, 2010).

Para reforzar lo anterior se cuenta con unos lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente, cuyo objetivo es mitigar los eventos adversos, prevenir su ocurrencia y progresar en acciones que garanticen una práctica segura de la atención en salud (MINPRO, 2008).

Actualmente es necesario que las IPS implementen buenas prácticas para la seguridad del paciente y definan métodos de medición con indicadores específicos que permitan identificar las estrategias o acciones incorporadas en las instituciones que promuevan la seguridad del paciente (MINPRO, 2010).

Por lo tanto, si se implementan prácticas seguras y se trabaja continuamente para el mejoramiento de los factores humanos, se llevará a la IPS a brindar atención

sanitaria más segura y alejarse de los errores que suceden a diario; contribuyendo de esta manera a satisfacer a las comunidades y recuperar su confianza en los sistemas de salud, a lograr mejores resultados sanitarios, mejor calidad de vida de pacientes y la reducción de costos. Prestación de servicios que según explican Villamarin y Durán (2015):

Deben cumplir con las condiciones tecnológicas y científicas mínimas e indispensables para defender la vida, la salud del paciente y su dignidad, es decir, para los cuales hay evidencia de que su ausencia implica presencia de riesgo en la prestación del servicio y/o atenten contra la dignidad del paciente y en su defecto, implementar las condiciones y criterios que permiten garantizar al paciente que los servicios ofertados prestan el servicio de manera eficiente, responsable y con calidad (p. 19).

En consecuencia, se ha contemplado en la presente investigación evaluar el cumplimiento de las buenas prácticas para la seguridad del paciente en la ESE Camu Santa Teresita del municipio de Santa Cruz de Lorica, soportada en los lineamientos establecidos por el MINPRO; que ayudará, entre otros aspectos, a conocer el grado de cumplimiento, sus implicaciones para la salud de los pacientes y proporcionará información que será útil para el personal médico, asistencial, técnico, paramédico y administrativo; sobre cómo mejorar o controlar este problema de importancia mundial. De igual manera, contribuirá a tomar las mejores decisiones; que permitan reducir el riesgo presente y prepararse para tener una adecuada respuesta cuando la necesidad lo demande; donde los más favorecidos serán la ESE y por ende los pacientes y sus familiares, pues estos son el factor patente de la seguridad.

1. OBJETIVOS

1.1. OBJETIVO GENERAL

Evaluar el cumplimiento de las buenas prácticas para la seguridad del paciente en la ESE Camu Santa Teresita del Municipio de Santa Cruz de Lorica, 2020 para contribuir al mejoramiento de la atención en salud y minimizar el riesgo de presentar eventos adversos.

1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Realizar un diagnóstico de la situación actual de la ESE Camu Santa Teresita, con vista al cumplimiento de las buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud.
- Analizar el cumplimiento de las recomendaciones técnicas para las prácticas seguras en la atención del paciente que apliquen a la ESE Camu Santa Teresita con el fin de identificar oportunidades de mejora.
- Proponer un plan de mejoramiento, basado en los resultados de la lista de chequeo para las Buenas Prácticas de Seguridad del Paciente.

2. MARCO REFERENCIAL

2.1. MARCO HISTÓRICO

La seguridad del paciente no es un problema nuevo ni desconocido, la alta incidencia de eventos adversos aún se reporta en la literatura mundial, siendo muchos los esfuerzos que se realizan para mejorar la seguridad de la atención.

En el campo de la salud, desde las dos últimas décadas del siglo veinte el tema de la seguridad del paciente empezó a tomar auge, debido principalmente a la evidencia creciente de lesiones innecesarias en pacientes debidas a condiciones de inseguridad y fallas en la calidad de atención, así como a sus efectos económicos tanto en usuarios como en proveedores de servicios de salud (Rodríguez y Santacruz, 2011, p. 3).

No obstante, en el mundo entero el reporte “Errar es humano” publicado en el año 1999 por el 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, en el que según las estadísticas, los errores médicos eran la principal causa de muertes en pacientes (Jha A.K, et al., 2013).

Dos años después la OMS señaló en su 109ª reunión del Consejo Ejecutivo, que la atención en salud se realiza con el fin de beneficiar a los pacientes, pero también pueden causarle daño. La combinación compleja de procesos, tecnologías e interacciones humanas que constituyen el sistema moderno de prestación de atención de salud debe aportar beneficios importantes a los pacientes (Vega, 2007).

A causa de esto, en marzo del año 2002 la OMS emitió una resolución en la Asamblea Mundial, en favor de la seguridad del paciente, es así como en el marco de la 55ª asamblea general de la OMS se promueve la calidad de la atención en salud con el objetivo de evitar los eventos adversos, y mejorar la seguridad del paciente y la calidad de la atención de salud en general, propiciando la elaboración de normas, o directrices mundiales que permitan definir, medir y notificar los eventos adversos de la atención de salud, la adopción de medidas preventivas y la aplicación de medidas de reducción de los riesgos producidos o que se haya logrado evitar (OMS, 2002).

En respuesta a este problema mundial, en 2004 la OMS creó la antigua Alianza Mundial por la Seguridad de los pacientes y un año después lanzó el primer reto global de atención segura OPS-OMS titulado “Atención Limpia es una atención segura”. En el mismo año, la Comisión Conjunta y la Comisión Internacional Conjunta fueron escogidas como centro colaborador de la OMS, a fin de iniciar y coordinar el trabajo de elaboración y difusión de soluciones para la seguridad de los pacientes (OMS, 2007).

Por su parte, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI) en el año 2005 desarrolló una estrategia de seguridad del paciente para el Sistema Nacional de Salud (SNS) en colaboración con las Comunidades Autónomas, orientada a promover y mejorar la cultura de la seguridad en las organizaciones sanitarias e incorporar la gestión del riesgo sanitario; basándose en recomendaciones internacionales y de expertos españoles (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [MSSSI], 2016).

Por otro lado, en 2007, en América Latina, se realizó el estudio IBEAS (sobre la prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica), fue un proyecto desarrollado en conjunto con la OMS y la OPS. Por su magnitud y calidad de diseño, se constituyó como referente obligado en las publicaciones sobre seguridad del paciente y eventos adversos (Rodríguez H.R, et al., 2018).

Por tanto, a nivel nacional el MINPRO (2008), impulsó una política de seguridad del paciente con el objetivo de prevenir la ocurrencia de situaciones que afectarán la seguridad del paciente, y de ser posible eliminar la ocurrencia de eventos adversos. A estas les desarrolló unos paquetes de instrucciones para que las IPS tuvieran directrices técnicas para su implementación práctica.

En ese mismo año, la seguridad del paciente se incorporó como punto estratégico al programa legislativo y de trabajo de la Comisión Europea, mediante la presentación de un comunicado (Comisión de las Comunidades Europeas, 2008).

En el año 2009 el Consejo de la Unión Europea emitió las “Recomendaciones del consejo sobre la seguridad de los pacientes, en particular la prevención y lucha contra las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria” retomando el trabajo de la OMS sobre la seguridad del paciente, con el objetivo de estudiar los elementos que causan efectos sobre la prevalencia y las implicaciones de los eventos adversos (Comisión Europea, 2009).

Dos años después de que el MINPRO impulsara la política de seguridad del paciente; crea la Guía técnica “Buenas prácticas para la seguridad del paciente en

la atención en salud”, con el propósito de brindar a las instituciones recomendaciones técnicas, para la implementación práctica de lineamientos en sus procesos asistenciales, para lograr incrementar la seguridad de los pacientes (MINPRO, 2010).

2.2. MARCO LEGAL

Con la aprobación de la Constitución Política de 1991, que en su artículo 48 estableció que “la seguridad social es un servicio público de carácter obligatorio, prestado bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la ley” (p. 9), y esta podrá ser prestada por entidades públicas o privadas, de conformidad con la ley.

Con base en lo anterior, para el desarrollo del presente trabajo de investigación, es necesario reconocer e identificar la normatividad vigente relacionada con el tema de seguridad del paciente.

Tabla 1. Marco legal

N°	Norma	Emite	Objeto
1	Ley 100 de 1993	Congreso de la República Colombia.	Por el cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral para Colombia, el cual está conformado por cuatro subsistemas que son: Sistema General de Pensiones,

N°	Norma	Emite	Objeto
			Sistema General de Seguridad Social en Salud, Sistema General de Riesgos Profesionales y Servicios Sociales Complementarios.
2	Resolución 4445 de 1996	Ministerio de Salud	Por el cual se dictan normas para el cumplimiento del contenido del título IV de la ley 09 de 1979, en lo referente a las condiciones sanitarias que deben cumplir las IPS, para garantizar que se proteja la salud de sus trabajadores, de los usuarios y de la población en general.
3	Resolución 0741 de 1997	Ministerio de Salud	Imparte instrucciones para Instituciones y demás prestadores de servicios de salud, encaminadas a garantizar la seguridad, vigilancia, custodia, protección y cuidado de los usuarios del servicio de salud, por la ocurrencia de hechos ajenos o diferentes a las condiciones iniciales de la enfermedad diagnosticada o al motivo de consulta y que atente contra la integridad personal y la libertad del individuo sobre seguridad personal de usuarios.
4	Decreto 1011 de 2006	Ministerio de la Protección Social	Proveer de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de

N°	Norma	Emite	Objeto
			manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta un balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios.
5	Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente (2008)	Ministerio de la Protección Social	Establece las recomendaciones que deben tener en cuenta las IPS para prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y de ser posible eliminar la ocurrencia de eventos adversos para contar con instituciones seguras y competitivas internacionalmente.
6	Guía Técnica “Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud” (2010)	Ministerio de la Protección Social	Establece las recomendaciones técnicas que deben tener en cuenta las instituciones para incentivar, promover y gestionar la implementación de prácticas seguras de la atención en salud. Además, permite obtener procesos asistenciales e institucionales seguros; involucrar los pacientes y sus allegados en su seguridad e incentivar prácticas que mejoren la actuación de los profesionales.

N°	Norma	Emite	Objeto
7	Resolución 2003 de 2014	Ministerio de Salud y Protección Social.	Definir los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud.
8	Resolución 0256 de 2016	Ministerio de Salud y Protección Social.	Dicta disposiciones en relación con el Sistema de Información para la Calidad como componente del SOGCS del SGSSS, y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud, estructurados bajo al mejoramiento de la calidad en salud que impacte en el usuario.
9	Resolución 3100 de 2019	Ministerio de Salud y Protección Social.	Definir los procedimientos y las condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud, así como adoptar el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud.

Nota. Adaptado de “*Diario oficial de Colombia*” por C. Burgos, & E. Hernández, 2020.

2.3. MARCO CONCEPTUAL

A continuación, se relacionan ciertos conceptos claves y sobresalientes que van directamente relacionados con el título del trabajo de investigación “Evaluación del cumplimiento de las buenas prácticas para la seguridad del paciente en la ESE

Camu Santa Teresita – Lorica, 2020”; encontrados en los diversos artículos, libros, páginas web, bases de datos y otros documentos que apoyan los conceptos que respaldan el estudio de las siguientes variables.

2.3.1. Atención en salud.

Es el conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población (MINPRO, 2006, p. 2).

2.3.2. Buenas prácticas para la seguridad del paciente. Son procesos y/o técnicas llevados(as) a cabo en los diferentes ámbitos de la atención en salud en las IPS, encaminadas a prevenir y evitar eventos adversos, mejorando de esta manera la seguridad de los pacientes (MINPRO, 2006. p. 4).

2.3.3. Calidad de atención en salud. Es el estado de conformidad en el que los servicios de salud prestados a los pacientes y poblaciones son adecuados a las necesidades de estos; en conformidad con la educada asignación o uso de los recursos.

Es un proceso Técnico-Científico, Administrativo y Financiero, que busca asegurar una adecuada prestación de servicios de salud, con un alto grado de utilización, por parte de los usuarios del sistema y con un excelente nivel de atención y clara percepción por parte de los proveedores de la calidad del servicio que ofrecen (Malagón et al., 2003, p. 62).

2.3.4. Daño asociado a la atención en salud. “Es el daño que deriva de los planes o medidas adoptados durante la prestación de atención sanitaria o que se asocia a ellos, no el que se debe a una enfermedad o lesión subyacente” (OMS, 2009, p. 16).

2.3.5. Error médico. Es la consecuencia no intencional causada por un daño en la atención sanitaria de un paciente. Por su parte, Antúnez (2017), lo define como:

Una patología emergente en la actualidad y es una prioridad para el mejoramiento de la prestación de servicios médicos en el campo de la seguridad, calidad y eficiencia, enfocado en mejorar la seguridad del paciente, diseñando estrategias que tiendan a prevenir un evento adverso producto de un error médico (p. 39).

2.3.6. Evento adverso. “Incidente que resulta en un daño al paciente incluyendo enfermedad, lesión, sufrimiento, incapacidad y que este puede ser físico, social o psicológico” (Edmondson, 2004, p. 3).

2.3.7. 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” (Mojica, 2014, p. 9).

2.3.8. Inseguridad en salud. “Es la incapacidad del sistema sanitario para garantizar el acceso a los servicios de salud a todos los ciudadanos” (Rodríguez y Santacruz, 2011, p. 5).

2.3.9. Política nacional de seguridad del paciente. “Es prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir, y de ser posible eliminar la ocurrencia de eventos adversos para contar con instituciones seguras y competitivas internacionalmente” (MINPRO, 2008, p. 9).

2.3.10. Prácticas seguras. “Intervención tecnológica, científica o administrativa en el proceso asistencial con resultado clínico exitoso, que minimiza la probabilidad de ocurrencia de evento adverso” (Espinal, et al., 2010, p. 38).

2.3.11. Seguridad del paciente. “Conjunto de acciones orientadas a reducir al máximo posible los riesgos y fallas a los que está expuesto un paciente durante la atención médica (...)” (Rodríguez y Santacruz, 2011, p. 8).

2.4. MARCO TEÓRICO

Para elaborar el presente trabajo de investigación se han consultado diferentes artículos, casos de estudios, investigaciones, páginas web expertas, libros y otros documentos que apoyan los antecedentes y teorías que sustentan el estudio de la seguridad del paciente.

La seguridad del paciente es una gran preocupación a nivel mundial, ya que con el paso del tiempo se ha convertido en un componente clave en la calidad asistencial, que conlleva crear estrategias para minimizar el riesgo de sufrir un daño innecesario al momento de la atención en salud. Por esto, “una de las mayores preocupaciones que enfrentan los profesionales, gestores y usuarios de los sistemas de salud, es la seguridad del paciente, tal y como lo plantean las diferentes normativas y documentos” (Rodríguez, 2012, p. 10).

Pues para minimizar las fallas en el proceso de atención en salud, se ha contribuido a desarrollar programas y estrategias para disminuir los errores y sus consecuencias en los pacientes; en los sistemas de salud de todo el mundo. Por ende, se recomienda manejar instrumentos que permitan descubrir, analizar y rediseñar sistemas para ir eliminando estos errores, asimismo ir mejorando la calidad de atención y reduciendo los riesgos (Martín y Cabré, 2015).

Por esta razón, la Alianza Mundial para la seguridad del paciente, impulsada por la OMS, tiene por objetivo desarrollar acciones y estrategias para reducir los eventos adversos a nivel global o mundial. Además, ha facilitado la mejora de la seguridad de la atención sanitaria en los estados miembros mediante el establecimiento de los Retos Mundiales por la Seguridad del Paciente (OMS, 2019).

Así mismo, la OMS (2019) mediante la resolución WHA72.6 estableció la acción mundial en pro de la seguridad del paciente, cuya finalidad es promover la seguridad del paciente aumentando la concientización e implicación de la opinión pública, mejorando la comprensión mundial al respecto, y trabajando a favor de la solidaridad y la acción mundial. Además, la OMS ha desempeñado un papel fundamental en la promoción y configuración de la seguridad del paciente en todo

el mundo, ya que con esto intenta mejorar la satisfacción de los pacientes, reduciendo los riesgos y daños asociados a la atención en salud, lograr mejores resultados sanitarios y reducir los costos.

En ese orden de ideas se referencian algunos trabajos investigativos que han logrado abordar este tema de las buenas prácticas para la seguridad del paciente en IPS a nivel internacional, nacional y local, para enriquecer este trabajo que permita desarrollar cada uno de los objetivos planteados.

Lo anterior lleva a referenciar desde el ámbito internacional el trabajo de la Agencia Nacional para la Seguridad del Paciente (NPSA), la cual publicó un documento titulado “seven steps to patient safety”, una guía de buenas prácticas con el propósito de brindar a las organizaciones, orientación práctica y apoyo para conseguir una organización sanitaria más segura. En dicha guía se establecen siete acciones necesarias para desarrollar la seguridad del paciente en un sistema de salud; donde los primeros 3 pasos introducen los conceptos, métodos y herramientas de investigación necesarios para el desarrollo de una cultura de seguridad, con establecimiento de una política sólida en toda la organización y la integración de los sistemas de gestión de riesgos. En los pasos siguientes se describen los requerimientos de notificación nacional y local, los compromisos tanto del paciente como de la sociedad, el análisis de las causas básicas de los distintos incidentes y la traducción de las lecciones aprendidas en soluciones de tipo práctico (Woodward, 2005).

De igual forma, el Ministerio de Sanidad y Consumo de España, a través de un convenio realizaron el Estudio Nacional sobre los Eventos Adversos relacionados a la hospitalización (ENEAS); el cual fue un estudio de carácter cualitativo

retrospectivo, con el objetivo de determinar la incidencia de eventos adversos en los hospitales de España, establecer la proporción de éstos en el periodo de pre hospitalización, describir las causas inmediatas de los mismos, definir los evitables, conocer el impacto de éstos en términos de incapacidad y/o prolongación de la estancia hospitalaria. Con una muestra de 24 hospitales, sobre un total de 5.624 historias, donde se detectó durante la hospitalización una incidencia de 9,3% de eventos adversos, relacionado directamente con la asistencia hospitalaria y el 17,7% de los pacientes con evento adverso presento más de uno. Asimismo, el estudio arrojó que del porcentaje total de eventos adversos, el 37,4% estaban relacionados con la medicación, mientras que las infecciones nosocomiales de cualquier tipo constituyeron el 25,3% y un 25% de ellas estaban relacionadas con problemas técnicos durante un procedimiento. Además, se consideró que el 16% de estos eventos eran graves, y el 42.8% eran eventos adversos evitables (Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización [ENEAS], 2006).

Siguiendo el mismo orden de ideas, el (MSSSI, 2016) de España, impulsó y promovió la estrategia de seguridad del paciente del SNS, con objetivos orientados a promover y mejorar la cultura de la seguridad en las organizaciones sanitarias, incorporar la gestión del riesgo sanitario, formar a los profesionales y a los pacientes en aspectos básicos de seguridad del paciente, implementar prácticas seguras e implicar a pacientes y ciudadanos. Fue actualizado para un nuevo quinquenio 2015-2020, con el fin de tener un instrumento que dé una visión general de lo realizado previamente y facilite la reflexión y la toma de decisiones tomadas en torno a la seguridad del paciente en el SNS.

Un siguiente estudio también realizado en España es el APEAS. Fue un estudio transversal, en el cual se abordó el análisis de la frecuencia y tipo de los eventos

adversos en atención primaria; fue uno de los primeros estudios que se ocupó de esta problemática en los centros de salud, abarcando una amplia muestra de consultas de medicina y de enfermería. Esta investigación se llevó a cabo en 48 centros de salud pertenecientes a 16 comunidades autónomas, conformada por 452 profesionales sanitarios de medicina, pediatría y enfermería. Se analizaron los datos de 96.047 consultas; la prevalencia de pacientes con algún efecto adverso fue de 10,11% y un 6,7% de los pacientes acumuló más de un evento adverso. Además, arrojó que del porcentaje total de eventos adversos, el 47.8% constituían errores de medicación, el 5.9% se consideraron como eventos adversos graves y el 64.3% de los mismos fueron evitables (Estudio sobre la Seguridad de los Pacientes en la Atención Primaria de Salud [APEAS], 2008).

Por otro lado, el primer estudio realizado en América latina que evidenció el problema de la seguridad del paciente fue el estudio IBEAS. El cual era un estudio observacional analítico de corte transversal, hecho en 5 países latinoamericanos (Argentina, Costa Rica, Colombia, Perú y México) en el que participaron 58 centros hospitalarios y un total de 11.555 pacientes hospitalizados, con el fin de medir la prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica por medio de la aproximación a la magnitud, trascendencia e impacto de los efectos adversos y al análisis de las características de los pacientes. Dicho estudio evidenció que en estos países, el 10% de los pacientes sufren al menos un daño durante su atención y un 5% mueren (IBEAS, 2009).

Ahora bien, desde el ámbito nacional, se encuentra el trabajo de Blandón et al. (2011) los cuales realizaron un proceso de auditoría en seguridad del paciente en la ESE Hospital Francisco Luís Jiménez Martínez de Carepa (Antioquia), el cual fue un estudio del programa de seguridad del paciente analizando la cultura del reporte hasta el comportamiento y la frecuencia con que se presentaron los

eventos adversos en la IPS. En la que se pudo evidenciar falencias en el cumplimiento de los procesos relacionados con la prevención de los eventos.

Así mismo, Quiroga y Triana (2016) realizaron un estudio de tipo evaluativo, descriptivo de corte transversal, con el fin de determinar el cumplimiento de las buenas prácticas de seguridad del paciente en el Hospital Regional de San Gil en el servicio de cirugía en el periodo comprendido del mes de agosto a octubre del año 2016, donde se generó un diagnóstico institucional el cual evidenció fortalezas que permitían el mejoramiento continuo dentro de la institución, previniendo la aparición de eventos que causaran daño o lesión durante la prestación del servicio, y de esta manera seguir estableciendo mejoras en la política de seguridad del paciente en el servicio de Cirugía.

Por otra parte, a nivel local se encontró en una investigación realizada en cuatro Empresas Sociales del Estado (ESE) de segundo nivel del departamento de Córdoba, cuyo objetivo era determinar el nivel de implementación de la política de seguridad del paciente e identificar en la plataforma estratégica su articulación con la política institucional; donde se evidenció que todas las IPS contaban con la política formalmente documentada. Sin embargo, sólo dos instituciones cumplían con los lineamientos exigidos por la normatividad (Espitia et al., 2015).

Siguiendo el mismo ámbito local con Díaz y Vásquez (2019), en su trabajo: Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la ESE Camu del Prado, de Cereté Córdoba- 2019. La investigación presentó como propósito evaluar el cumplimiento de buenas prácticas para la seguridad del paciente en la ESE Camu del Prado, mediante un estudio descriptivo transversal con enfoque mixto, en siete de las doce sedes, utilizando la herramienta Lista de Chequeo de Buenas

Prácticas para la Seguridad del Paciente del MINPRO. Los autores concluyen que existe una política y un programa de seguridad del paciente que garantiza su aplicabilidad e implementación con participación de todo el personal de la ESE, con el propósito de brindar una atención segura en los servicios que ofrecen.

Por su parte, la ESE Camu Santa Teresita de Santa Cruz de Lorica, desde el año 2012 diseña su política de seguridad del paciente, de la mano con un programa de seguridad del paciente, la cual se enmarcó bajo los lineamientos de la política nacional de seguridad del paciente, con una adecuada caja de herramientas que describe la aplicación de las prácticas seguras obligatorias; buscando de esta manera, minimizar el riesgo durante la atención en salud.

Igualmente crea un comité y se nombra un coordinador de seguridad del paciente, quien inicia el despliegue de la política, y las demás acciones programadas para cumplir un plan de actividades anual, que permitan cumplir las prácticas seguras. Asimismo, se realiza periódicamente sensibilización a los trabajadores para garantizar el aumento de la cultura en la seguridad del paciente.

De esta manera se puede conocer cómo se generaron los lineamientos a nivel nacional e internacional que promulgan la creación de políticas para la seguridad de los pacientes, acorde a las perspectivas planteadas, las necesidades y exigencias de cada IPS y de los pacientes que asisten a los servicios de salud.

3. METODOLOGÍA

3.1. TIPO DE ESTUDIO

Para llevar a cabo cada uno de los objetivos de esta propuesta, con el cual se pretende evaluar el cumplimiento de las buenas prácticas para la seguridad del paciente en la ESE Camu Santa Teresita del Municipio de Santa Cruz de Lórica, 2020, es necesario implementarlos mediante un diseño de investigación cuantitativa, en efecto esto según Hueso y Josep (2012) implica el uso de técnicas estadísticas para conocer ciertamente aspectos de interés sobre la población que se está estudiando.

Para ello es necesario que se desarrolle con el método descriptivo transversal, dado que, según Lafuente y Marín (2008) permite mostrar las características de un grupo, de un fenómeno o de un sector, a través de la observación y medición de sus elementos. Asimismo, argumenta Salkind (1999) que en la investigación descriptiva, no se pueden obtener conclusiones generales, ni explicaciones, sino más bien, descripciones del comportamiento de un fenómeno dado en un momento y tiempo definido.

3.2. LOCALIZACIÓN DEL ESTUDIO

La ESE Camu Santa Teresita es una institución prestadora de servicios de salud de baja complejidad, con cobertura en el municipio de Santa Cruz de Lórica, cuenta con 21 sedes; presta servicios de consulta médica general, urgencias,

odontología, laboratorio clínico, imagenología, vacunación, farmacéuticos, entre otros. Ubicada en la diagonal 22 A N° 20 – 42 en el barrio Alto Kennedy del municipio de Santa Cruz de Lorica – Córdoba, Colombia.

Santa Cruz de Lorica se encuentra ubicada al norte del departamento de Córdoba, en la zona baja del río Sinú y próxima al litoral del mar Caribe a una distancia de 29 km de Coveñas, y 60 km de Montería. Tiene una extensión aproximada de 1.033 km² y una superficie de 126.00 hectáreas; se encuentra situada a las siguientes coordenadas geográficas: Latitud Norte: 9° 13' 59" y Longitud Oeste: 75° 49' 1". La temperatura es de 29° C, suavizada por los suaves vientos alisios del nordeste, que soplan en las épocas de verano. Su altura media es de 7 metros sobre el nivel del mar.

3.3. POBLACIÓN

La población objeto de la investigación fueron 124 funcionarios (37 médicos, 7 integrantes del comité de seguridad del paciente, 5 médicos de urgencias, 7 enfermeras(os) profesionales, 56 auxiliares de enfermería y 12 auxiliares del Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI) de la ESE Camu Santa Teresita de Santa Cruz de Lorica - Córdoba.

3.4. TIPO DE MUESTREO Y CÁLCULO DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA

Para el tipo de muestreo se utilizará la fórmula del tamaño de la muestra por proporción para población finita, como se muestra a continuación:

Dónde:

n = Tamaño de la muestra calculada.

z= Nivel confianza del 95% su valor correspondiente bajo la curva normal de estándares es de 1,96.

p= Probabilidad a favor; 0,5 produce el mayor tamaño posible de la muestra.

q= Probabilidad en contra; si $p + q = 1$, entonces $q = 0,5$.

e= Error máximo tolerable de muestreo, 0,05 es muy confiable.

N= Tamaño de la población o universo.

En efecto, para determinar la muestra se tiene entonces que:

$$n = z^2 pq/e^2 + (z^2 pq/N)$$

$$n_1 = n / 1 + (n - 1) / N$$

Donde:

n = incógnita

$z^2 =$ Confianza = $(1,96)^2$

$e^2 =$ Error del 5% = 0,05

p = 50% Suceda el evento = 0,5

q = 50% No suceda el evento = 0,5

N = Tamaño de la población = 124 trabajadores

Al procederse a calcular la muestra, se tiene que:

$$n = z^2 \frac{pq}{e^2} + \left(z^2 \frac{pq}{N} \right) = 1,96^2 \frac{(0,5 * 0,5)}{0,05^2} + 1,96^2 \frac{(0,5 * 0,5)}{124} = 384,16$$

$$n_1 = \frac{n}{1} + \frac{n-1}{N} = \frac{384,16}{1} + \frac{384,16-1}{124} = 93,92665037$$

Si redondeamos la cifra, entonces la muestra estaría determinada por 94 encuestas.

3.5. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Como criterios de inclusión se tendrá en cuenta que el personal a encuestar debe tener un vínculo laboral mínimo de seis meses, además debe aceptar participar de la investigación. Como criterios de exclusión, el personal de vacaciones o incapacitado en el período de aplicación del instrumento.

3.6. MÉTODOS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LOS DATOS

Las técnicas de recolección de datos que favorecerán este trabajo de investigación, serán:

- La aplicación de la lista de chequeo de buenas prácticas para la seguridad del paciente del Ministerio de Salud y Protección Social, la cual fue reorganizada de acuerdo a la complejidad y los servicios habilitados de la ESE, para evaluar el cumplimiento de la atención segura. Esta técnica se llevará a cabo mediante

formularios en línea (Google Docs.), ya que esta técnica según, J.J. Alarco, et al., es uno de los servicios para la creación de formularios a partir de hojas de cálculo que permiten de forma rápida y sencilla editar formularios destinados a la elaboración de encuestas para la creación de bases de datos que pueden orientarse a la realización de trabajos de investigación.

- La Revisión documental o bibliográfica, de la que se apoyará esta investigación para fortalecer y enriquecer cada uno de los procesos llevados a cabo.

3.7. PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE LOS DATOS

El procedimiento para la recopilación de la información implica la realización de una comparación entre los requisitos establecidos en la lista de chequeo y las prácticas de atención en salud llevadas a cabo en la ESE, para así evaluar el cumplimiento o incumplimiento que aportó.

Para recolectar dicha información se llevará a cabo los siguientes pasos:

1. Se contactara a un funcionario del comité de seguridad del paciente de la ESE Camu Santa Teresita para la supervisión de la auditoria.
2. Se diseñará un formulario en google drive de acuerdo a las prácticas seguras a evaluar en la ESE.
3. Se enviara el link al coordinador de calidad o al referente de seguridad del paciente de la ESE; para la recolección de la información. Este a su vez lo enviara al personal asistencial de la ESE para su posterior aplicación.

4. La lista de chequeo se aplicara a 94 trabajadores asistenciales (como se indica en el numeral 3.4).
5. La aplicación de las encuestas se monitoreara mediante el Excel que genera el formulario de google drive para conocer el número de encuestas aplicadas.
6. Una vez aplicadas las 94 encuestas, se comenzará a graficar la información mediante tablas y gráficas.

3.8. PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS

Una vez recopilada la información, se procederá a tabularla en el software Excel versión 2013, posteriormente esta misma será analizada y procesada a través de estadística descriptiva y se presentaran en tablas y gráficas en el orden de los objetivos específicos planteados para determinar el nivel global de cumplimiento de la atención segura de la IPS.

4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Para la recolección de los datos se aplicó la lista de chequeo de Buenas Prácticas para la Seguridad de Paciente establecida por el MINPRO, la cual cuenta con 10 componentes de evaluación sobre seguridad del paciente. En el caso de la ESE Camu Santa Teresita del Municipio de Santa Cruz de Lorica, por ser una IPS de baja complejidad, solo aplican 8 componentes, los cuales se describen a continuación:

4.1. CONTAR CON UN PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE QUE PROVEA UNA ADECUADA CAJA DE HERRAMIENTAS PARA LA IDENTIFICACIÓN Y GESTIÓN DE EVENTOS ADVERSOS

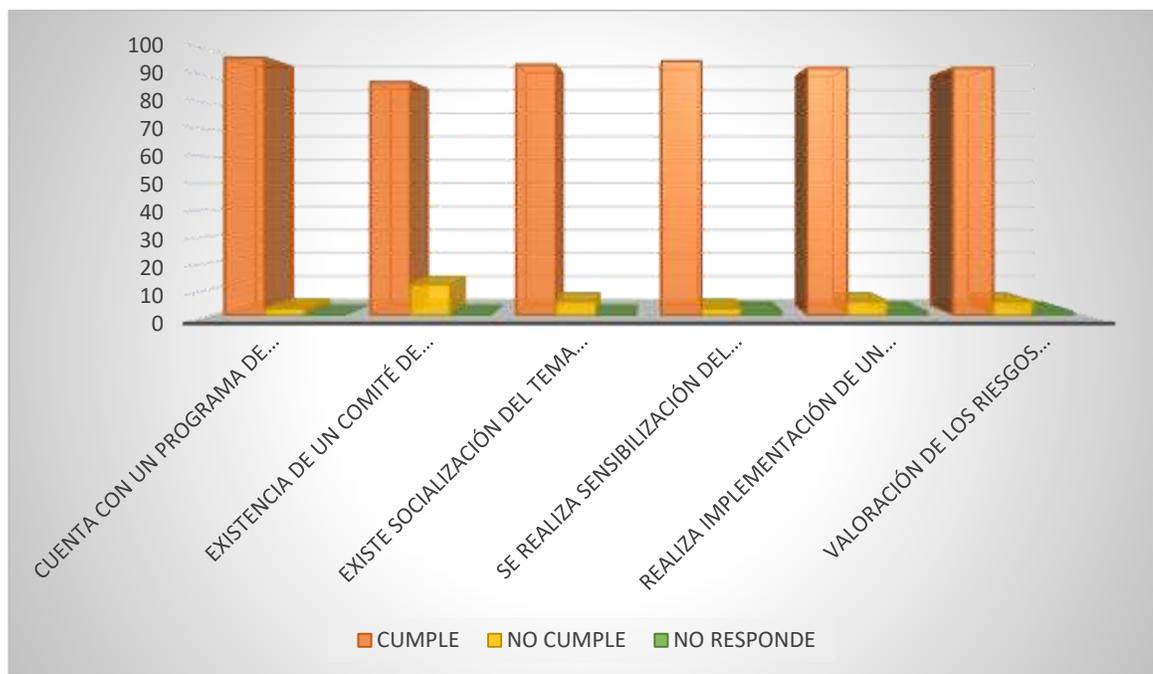
Tabla 2. Evaluación al programa de seguridad del paciente.

N°	Ítems a verificar	Cumple	No cumple	No responde
1	Cuenta con un programa de seguridad del paciente de acuerdo a los lineamientos nacionales.	97,4%	2,6%	0%
2	Existencia de comité de seguridad del paciente debidamente documentado.	88,3%	11,7%	0%
3	Existencia de socialización del tema básico de seguridad del paciente.	94,8%	5,2%	0%
4	Se realiza sensibilización del sistema de reportes y eventos	96,1%	2,6%	1,3%

N°	Ítems a verificar	Cumple	No cumple	No responde
	adversos.			
5	Implementación de un sistema de análisis de causas de las fallas en la atención en salud.	93,5%	5,2%	1,3%
6	Valoración de los riesgos para procesos asistenciales.	93,5	5,2%	1,3%
Total		94%	5,4%	0,6%

Fuente. Elaboración propia 2020.

Gráfica 1. Porcentaje de cumplimiento del componente programa de seguridad del paciente



Fuente. Elaboración propia 2020.

Se evidenció que la ESE cumple en un 94% con un programa de seguridad del paciente que provee una adecuada caja de herramientas para la identificación y gestión de eventos adversos a través de una política de seguridad que cumple con los lineamientos nacionales. Además se encontró que para el ítem existencia de comité de seguridad del paciente debidamente documentado el 88,3% (68) de la población encuestada responde que cumple, y el 11,7% (9) restante dice que no cumple; en cuanto a si se realiza sensibilización del sistema de reportes y eventos adversos el 96,1% (74) responde que cumple; a la pregunta de que si existe socialización del tema básico de seguridad del paciente el 5,2% responden que no cumple; para los ítems de implementación de un sistema de análisis de causas de las fallas en la atención en salud y la valoración de los riesgos para procesos asistenciales el 93,5% (72) responden que la ESE cumple con dichos parámetros.

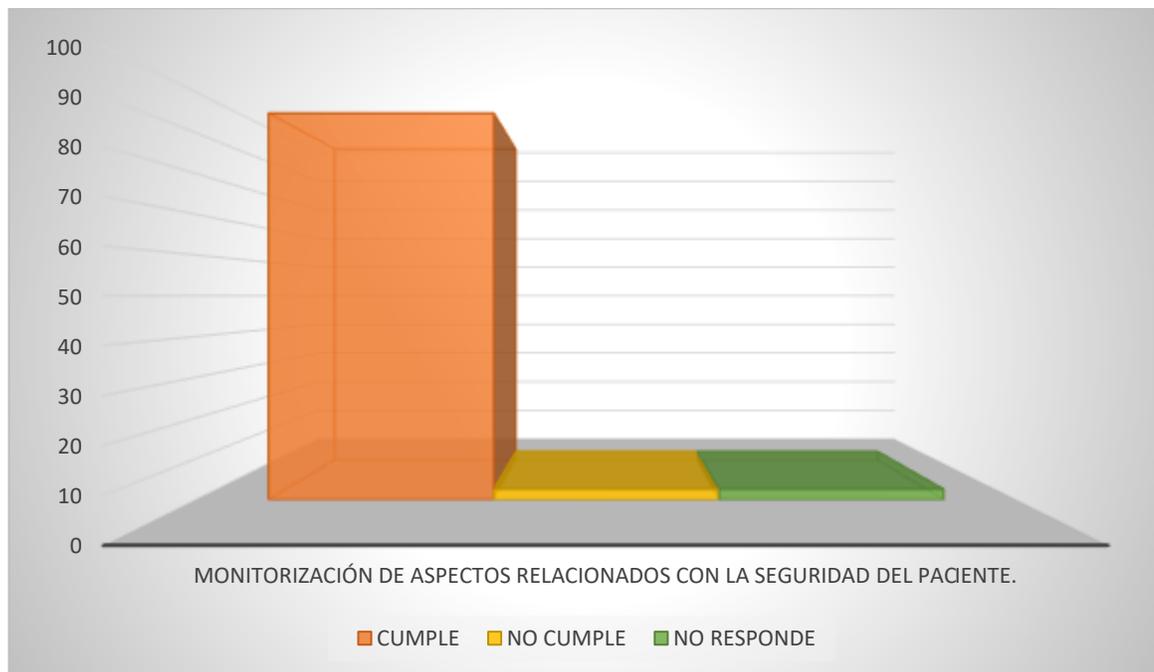
4.2. MONITORIZACIÓN DE ASPECTOS RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.

Tabla 3. Evaluación a la Monitorización de aspectos relacionados con la seguridad del paciente.

N°	Ítem a verificar	Cumple	No cumple	No responde
1	Monitorización de aspectos relacionados con la seguridad del paciente.	94,8%	2,6%	2,6%
Total		94,8%	2,6%	2,6%

Fuente. Elaboración propia 2020.

Gráfica 2. Porcentaje del cumplimiento del componente de monitorización de aspectos relacionados con la seguridad del paciente.



Fuente. Elaboración propia 2020.

Se evidenció que la ESE cumple con el 94.8 % (73) de los parámetros establecidos para la monitorización de los aspectos relacionados con la seguridad del paciente e incumple el 2,6 % (2), el otro 2,6 % faltante corresponde a las personas que no respondieron dicho ítems. Cabe resaltar que dentro de la implementación del programa de seguridad del paciente es necesario conocer que la seguridad debe ser un atributo de la calidad y así ser coherente con los objetivos estratégicos de la institución.

4.3. DETECTAR, PREVENIR Y REDUCIR EL RIESGO DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD.

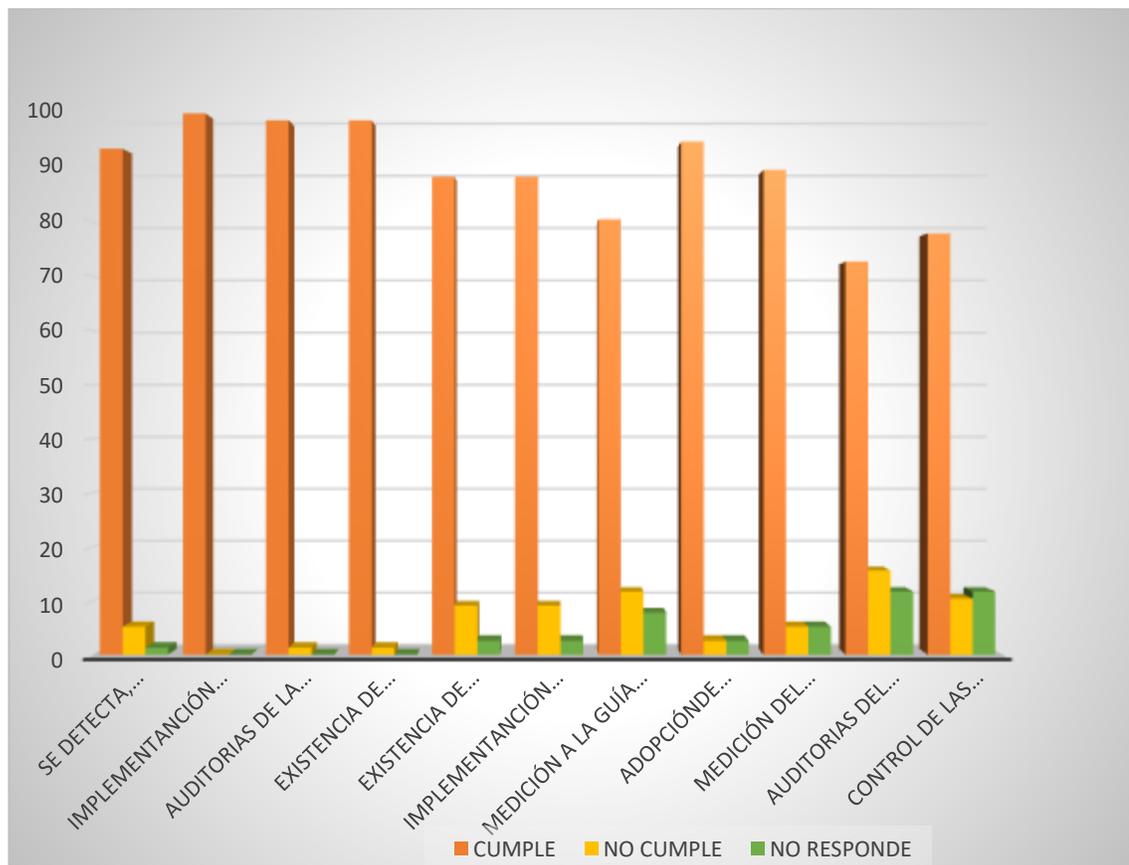
Tabla 4. Evaluación al componente detectar, prevenir y reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención en salud.

N°	Ítems a verificar	Cumple	No cumple	No responde
1	Se detecta, previene y reduce el riesgo de infecciones asociadas a la atención en salud.	93,5%	5,2%	1,3%
2	Implementación protocolo de higiene de manos.	100%	0%	0%
3	Auditorías a la adherencia al protocolo de higiene de manos.	98,7%	1,3%	0%
4	Existencia de insumos institucionales para la higiene de manos.	98,7%	1,3%	0%
5	Existencia de protocolo de venopunción.	88,3%	9,1%	2,6%
6	Implementación de guías para el aislamiento de pacientes.	88,3%	9,1%	2,6%
7	Realizan medición a la guía de aislamiento de pacientes.	80,5%	11,7%	7,8%
8	Adopción de manual de bioseguridad institucional.	94,8%	2,6%	2,6%
9	Medición al manual de bioseguridad.	89,6%	5,2%	5,2%
10	Auditorías del indicador de infecciones de endometritis post –	72,7%	15,6%	11,7%

N°	Ítems a verificar	Cumple	No cumple	No responde
	parto.			
11	Control de las flebitis infecciosas asociadas al uso de catéter periférico.	77,9%	10,4%	11,7%
	Total	89,4%	6,5%	3,1%

Fuente. Elaboración propia 2020.

Gráfica 3. Porcentaje del cumplimiento del componente detectar, prevenir y reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención en salud.



Fuente. Elaboración propia 2020.

En el componente detectar, prevenir y reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención en salud, se encontró que el único ítems que cumple a cabalidad 100% (77) es el de la implementación de un protocolo de higiene de manos, mientras que los ítems con más bajo porcentaje fueron las auditorias del indicador de infecciones de endometritis post-parto, ya que el 72,7% (56) consideran que cumple a cabalidad y el 15,6% (12) consideran lo contrario, y para el control de las flebitis infecciosas asociadas al uso de catéter periférico el 77,9% (60) del personal respondieron que cumple con dicho control, el 10,4% (8) respondieron que no cumple, mientras el 11,7% (9) de los encuestados no respondieron nada. En cuanto al ítem de realización de medición a la guía de aislamiento de pacientes el 80,5% (62) responden que cumple, el 11,7% (9) no cumple y el 7,8%(6) se encuentran ajenos a este tema. En general, mediante este componente enfocado a la seguridad del paciente en el contexto asistencial, se puede observar que la ESE cumple en promedio con un 89,4% con las exigencias establecidas por el ministerio en cuanto a asistencia segura, y solo no cumple con el 6,5%, mientras que el 3,1% de los encuestados no respondieron si cumple o no cumple con dicho componente.

4.4. MEJORAR LA SEGURIDAD EN LA UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS.

Tabla 5. Evaluación al componente mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos.

N°	Ítems a verificar	Cumple	No cumple	No responde
1	Evidencia de proceso para la dispensación segura de medicamentos.	92,2%	2,6 %	5,2%

2	Evaluación al proceso de dispensación segura de medicamentos.	92,2%	1,3%	6,5%
3	Existencia de protocolo para el uso racional de antibióticos.	79,2%	13%	7,8%
4	Verificación al protocolo para el uso racional de antibióticos.	77,9%	14,3%	7,8%
Total		85,4%	7,8%	6,8%

Fuente. Elaboración propia 2020.

Gráfica 4. Porcentaje del cumplimiento del componente mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos.



Fuente. Elaboración propia 2020.

En el componente de mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos la ESE cumple en un 85,4%, demostrando que no hay una adherencia total de las guías de buenas prácticas para la administración segura de medicamentos, siendo este uno de los componentes más importantes, dado que el no cumplimiento de sus ítems, podría causar afecciones de forma directa la integridad física del paciente. Por su parte, el 13% (10) de los encuestados respondieron que en la ESE existe protocolo para el uso racional de antibióticos y el 14,3% dice que no hacen verificación al protocolo para el uso racional de antibióticos. Esto puede estar asociado a que no identifican las acciones inseguras y factores contributivos, debido a la falta de seguimiento al cumplimiento de esta práctica o la omisión del reporte por parte del personal que ejecuta dicha actividad asociado a la falta de cultura en seguridad del paciente.

4.5. ASEGURAR LA CORRECTA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE EN LOS SERVICIOS ASISTENCIALES.

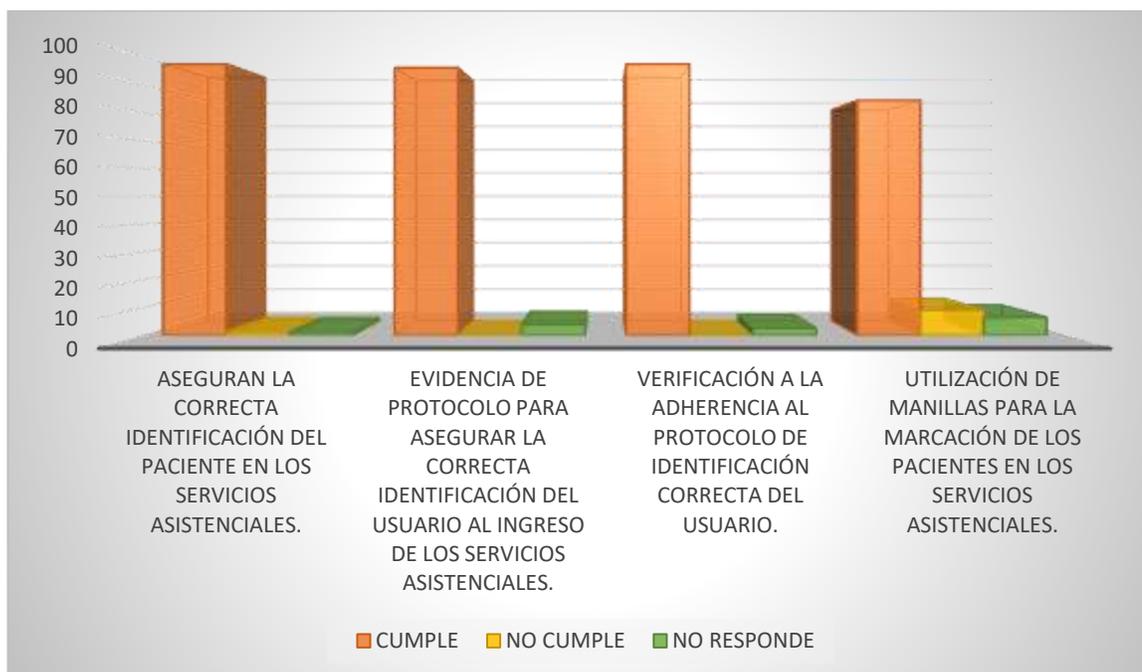
Tabla 6. Evaluación al componente asegurar la correcta identificación del paciente en los servicios asistenciales.

N°	Ítems a verificar	Cumple	No cumple	No responde
1	Aseguran la correcta identificación del paciente en los servicios asistenciales.	97,4%	1,3%	1,3%
2	Evidencia de protocolo para asegurar la correcta identificación del usuario al ingreso de los servicios asistenciales.	96,1%	0%	3,9%
3	Verificación a la adherencia al	97,4%	0%	2,6%

	protocolo de identificación correcta del usuario.			
4	Utilización de manillas para la marcación de los pacientes en los servicios asistenciales.	84,4%	9,1%	6,5%
Total		93,8%	2,6%	3,6%

Fuente. Elaboración propia 2020.

Gráfica 5. Porcentaje del cumplimiento del componente asegurar la correcta identificación del paciente en los servicios asistenciales.



Fuente. Elaboración propia 2020.

Con respecto a la correcta identificación del paciente en los servicios asistenciales se puede observar según las respuestas de los encuestados, que la ESE cumple en un 93,8%, ya que no evidencia fallas en su desarrollo, puesto que su

porcentaje de cumplimiento es mayor que 96% en los ítems que se requieren para una seguridad en la identificación de los pacientes. No obstante, en el caso de la marcación de manillas para pacientes en los servicios asistenciales, procedimiento que se cumple en un 84,4%, dado que según los encuestados algunos de los funcionarios los realizan y otros no, siendo este último, el de mayor prevalencia, dejando a los usuarios expuestos a una confusión que podría generar errores o daños a la integridad del paciente; ya que asegurarse de que el paciente correcto reciba el tratamiento o procedimiento correcto es prioritario para cualquier IPS, de ello depende la vida del paciente y la responsabilidad social, económica y legal de la entidad que presta el servicio.

4.6. PROCESOS PARA LA PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DE LA FRECUENCIA DE CAÍDAS.

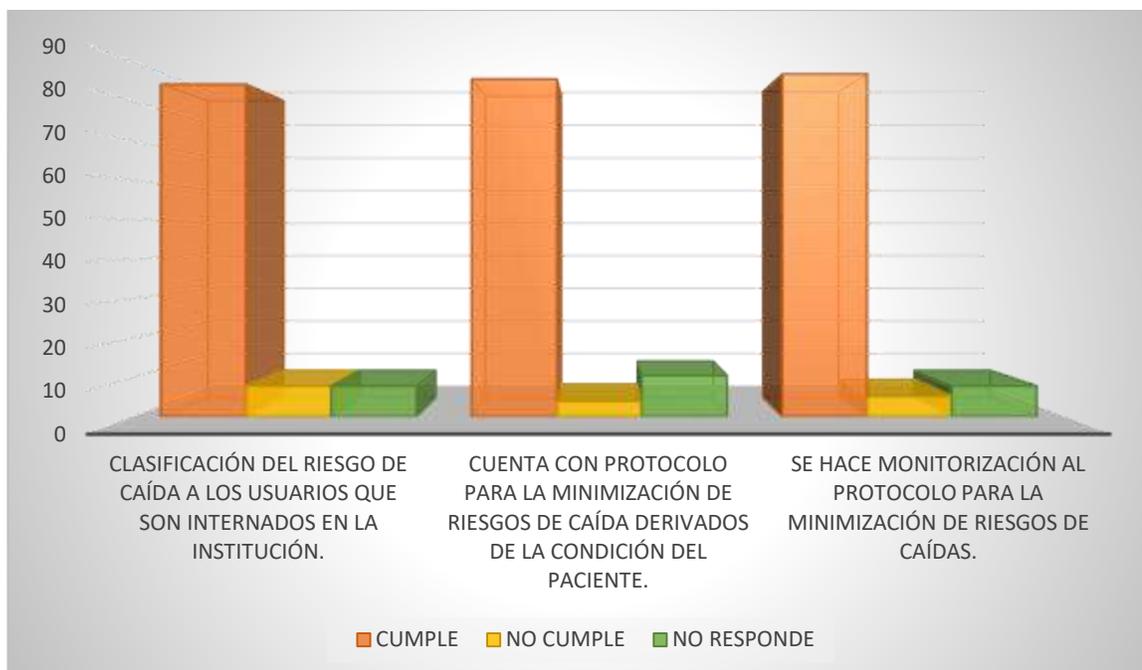
Tabla 7. Evaluación al componente procesos para la prevención y reducción de la frecuencia de caídas.

N°	Ítems a verificar	Cumple	No cumple	No responde
1	Clasificación del riesgo de caída a los usuarios que son internados en la institución.	84,4%	7,8%	7,8%
2	Cuenta con protocolo para la minimización de riesgos de caída derivados de la condición del paciente.	85,7%	3,9%	10,4%
3	Se hace monitorización al protocolo para la minimización de riesgos de caídas.	87%	5,2%	7,8%

Total	85,7%	5,6%	8,6%
-------	-------	------	------

Fuente. Elaboración propia 2020.

Gráfica 6. Porcentaje del cumplimiento del componente procesos para la prevención y reducción de la frecuencia de caídas.



Fuente. Elaboración propia 2020.

De acuerdo a la encuesta realizada la ESE no logra a cabalidad el cumplimiento de esta práctica; pues solo el 84,4% (65) de los encuestados respondieron que la ESE clasifica el riesgo de caída a los usuarios que son internados en la institución, el 85,7% (66) respondieron que cuenta con protocolo para la minimización de riesgos de caída derivados de la condición del paciente y el 10,4% no tiene conocimiento sobre esta práctica; mientras que el 87% (67) dice que la ESE hace monitorización al protocolo para la minimización de riesgos de caídas, el 5,2% (4) dice que no y el 7,8% (6) restante no respondió nada. Factores que si no se cumplen a cabalidad facilitan la presencia de eventos adversos.

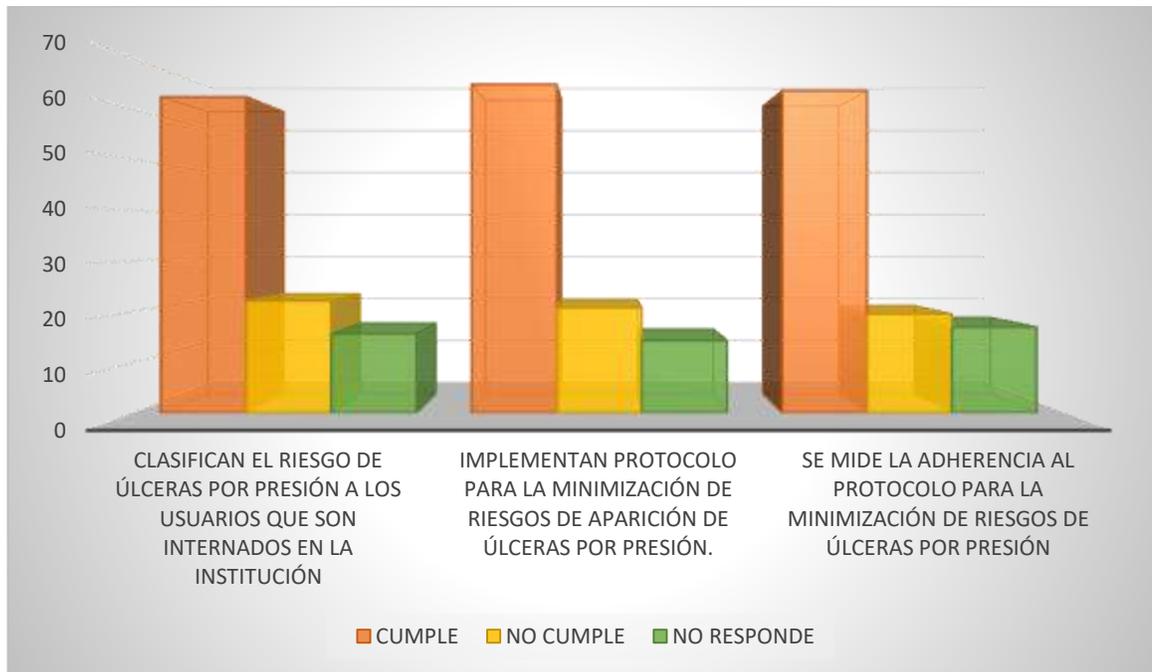
4.7. PREVENIR LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN.

Tabla 8. Evaluación al componente prevenir las úlceras por presión.

N°	Ítems a verificar	Cumple	No cumple	No responde
1	Clasifican el riesgo de úlceras por presión a los usuarios que son internados en la institución	62,4%	22,1%	15,6%
2	Implementan protocolo para la minimización de riesgos de aparición de úlceras por presión.	64,9%	20,8%	14,3%
3	Se mide la adherencia al protocolo para la minimización de riesgos de úlceras por presión	63,6%	19,5%	16,9%
Total		63,6%	20,8%	15,6%

Fuente. Elaboración propia 2020.

Gráfica 7. Porcentaje del cumplimiento del componente prevenir las úlceras por presión.



Fuente. Elaboración propia 2020.

Este es uno de los componentes más críticos que tiene la ESE Camu Santa Teresita de acuerdo a la evaluación realizada, esto está relacionado a que solo el 62,4% (48) de los encuestados respondieron que se clasifica el riesgo de úlceras por presión a los usuarios que son internados en la institución, el 22,1% dice que no cumple y el 15,6% (12) no respondieron nada. Asimismo, el 20,8% (16) de la población encuestada respondieron que la ESE no cumple con la medición de la adherencia al protocolo para la minimización de riesgos de úlceras por presión y el 14,3% (11) de los encuestados no tienen conocimiento sobre esta práctica. Por ende, no cuentan con un plan de mejoramiento para mitigar o disminuir los eventos adversos asociados a esta práctica.

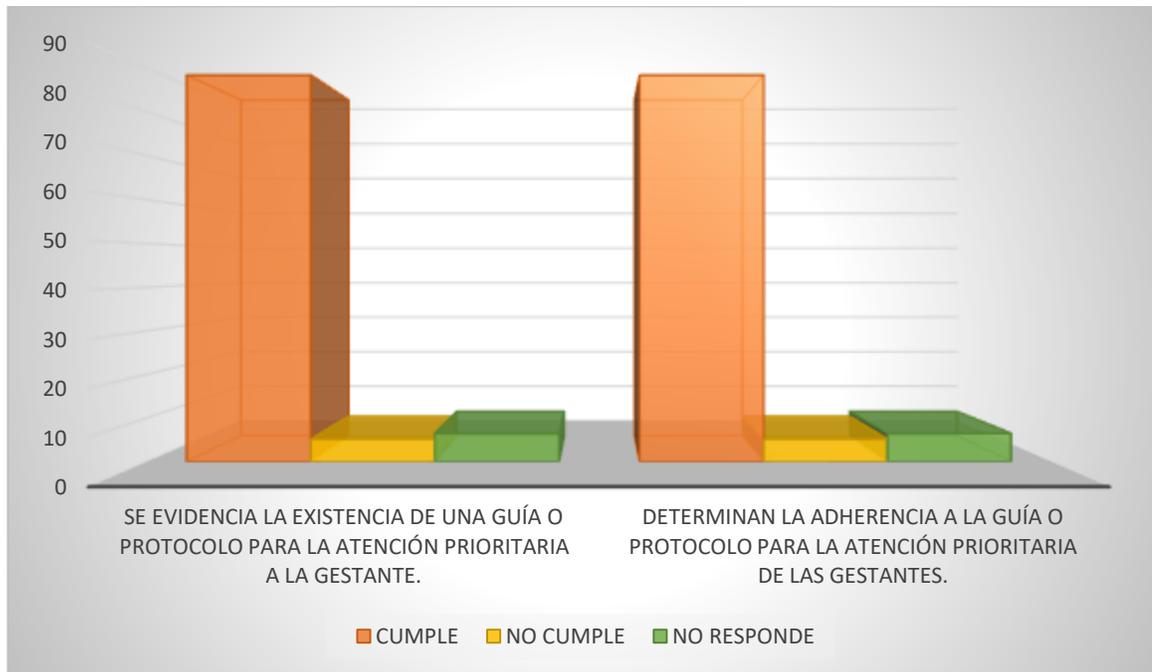
4.8. GARANTIZAR LA ATENCIÓN SEGURA DEL BINOMIO MADRE HIJO.

Tabla 9. Evaluación al componente garantizar la atención segura del binomio madre hijo.

N°	Ítems a verificar	Cumple	No cumple	No responde
1	Se evidencia la existencia de una Guía o protocolo para la atención prioritaria a la gestante.	88,3%	5,2%	6,5%
2	Determinan la adherencia a la guía o protocolo para la atención prioritaria de las gestantes.	88,3%	5,2%	6,5%
Total		88,3%	5,2%	6,5%

Fuente. Elaboración propia 2020.

Gráfica 8. Porcentaje del cumplimiento del componente garantizar la atención segura del binomio madre hijo.



Fuente. Elaboración propia 2020.

Último componente que aplica para la ESE, en éste, el 88,3% (68) de la población encuestada afirma que la ESE evidencia la existencia de una guía para la atención prioritaria a la gestante, y determinan la adherencia a la guía para la atención prioritaria de las gestantes, el 5,2% (4) dicen que no cumple y el 6,5% no respondieron nada, pues si se llevan a cabo estas prácticas se mitiga la morbilidad asociada a complicaciones en esta etapa de especial cuidado en la vida de una mujer, convirtiéndose así en una barrera de defensa frente a la presencia de un evento adverso que pueda poner en peligro la vida de la madre o el bebé.

4.9. COMPONENTES DE LA LISTA DE CHEQUEO DE BUENAS PRÁCTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EVALUADOS.

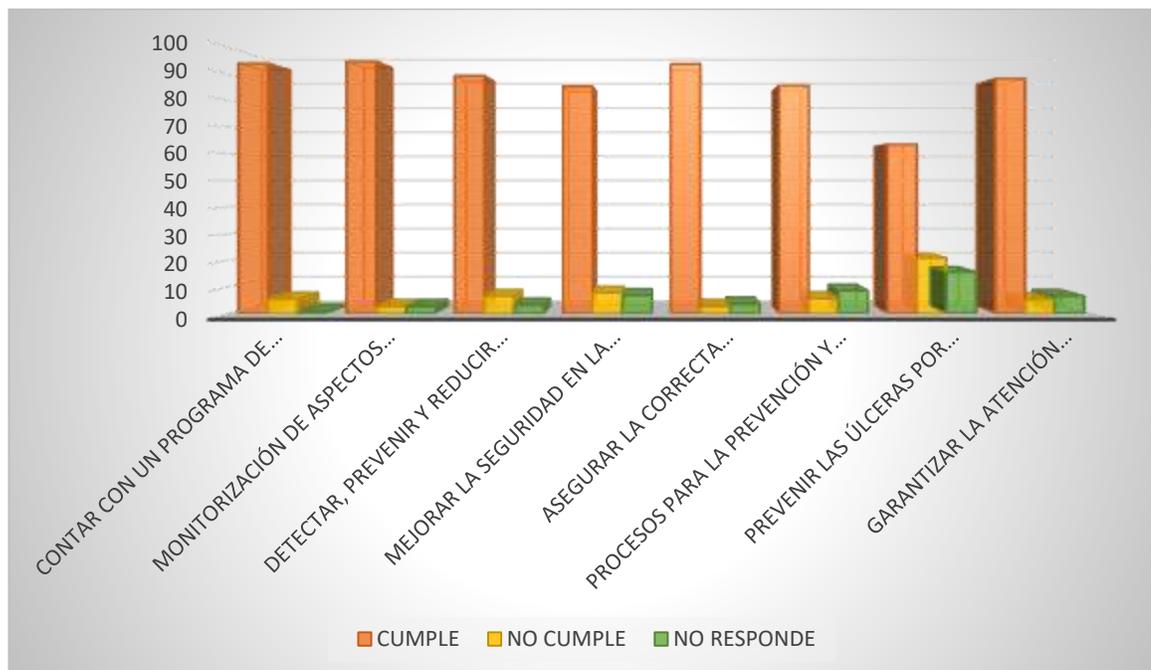
Tabla 10. Evaluación a los componentes de la lista de chequeo de buenas prácticas para la seguridad del paciente evaluados.

N°	Componentes	Cumple	No cumple	No responde
1	Contar con un programa de seguridad del paciente que provea una adecuada caja de herramientas para la identificación y gestión de eventos adversos.	94%	5,4%	0,6%
2	Monitorización de aspectos relacionados con la seguridad del paciente	94,8%	2,6%	2,6%
3	Detectar, prevenir y reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención en salud	89,4%	6,5%	3,1%
4	Mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos.	85,4%	7,8%	6,8%
5	Asegurar la correcta identificación del paciente en los servicios asistenciales.	93,8%	2,6%	3,6%
6	Procesos para la prevención y reducción de la frecuencia de caídas.	85,7%	5,6%	8,6%
7	Prevenir las úlceras por presión	63,6%	20,8%	15,6%
8	Garantizar la atención segura del binomio madre hijo.	88,3%	5,2%	6,5%

N° Componentes	Cumple	No cumple	No responde
Total	87%	7%	6%

Fuente. Elaboración propia 2020.

Gráfica 9. Porcentaje del cumplimiento de los componentes de la lista de chequeo de buenas prácticas para la seguridad del paciente evaluados.



Fuente. Elaboración propia 2020.

El porcentaje de cumplimiento de las buenas prácticas para la seguridad del paciente de la ESE Camu Santa Teresita del municipio de Santa Cruz de Lórica – Córdoba es de 87% se puede catalogar como un nivel de calidad bueno, además se evidenció que la práctica que se debe priorizar lo más pronto posible es la de prevenir úlceras por presión con el fin de prevenir lesiones en los pacientes que son atendidos en la ESE, así como disminuir el costo para el sistema de salud y la IPS.

5. CONCLUSIONES

La seguridad del paciente es un tema que merece prioridad en una IPS, ya que es un tema de interés mundial, actualmente un poco abandonado por el personal de salud. Por ende, para que una IPS garantice el cumplimiento de la política de seguridad del paciente debe enfocarse en establecer lineamientos y estrategias encaminadas a incentivar, promover, gestionar e implementar prácticas seguras en la atención en salud.

Aunque en el desarrollo de la investigación se presentó unas limitaciones de estudio debido a la falta de disponibilidad de algunos profesionales de la muestra estudiada, debido al desinterés que evidenciaban; solo el 82% (77 encuestas) de los colaboradores hicieron parte de este trabajo de investigación.

Así que, después de evaluar el cumplimiento de las buenas prácticas para la seguridad del paciente se encontró en la información suministrada por los 77 encuestados, que el tema de seguridad del paciente en la IPS, se debe fortalecer en el personal de salud, ya que es un aspecto que influye directamente en el bienestar del paciente. Además, la formación del personal de salud es el primer paso para cambiar la cultura de la seguridad del paciente, que contribuye a obtener conocimientos y actitudes que ayudan a promover una práctica y atención segura.

De esta manera, se puede inferir que la ESE Camu Santa Teresita del municipio de Santa Cruz de Lórica - Córdoba cuenta con una política de seguridad del paciente, esto se corroboró mediante la aplicación de la “Lista de chequeo para las

buenas prácticas de la seguridad de pacientes obligatorias” promulgada por el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia.

Los aspectos con mejor cumplimiento se relacionan con contar con un programa de seguridad del paciente que provea una adecuada caja de herramientas para la identificación y gestión de eventos adversos, monitorización de aspectos relacionados con la seguridad del paciente y asegurar la correcta identificación del paciente en los servicios asistenciales. En los de menor cumplimiento se encuentra prevenir las úlceras por presión y garantizar la atención segura del binomio madre hijo.

Lo anterior muestra una oportunidad para fortalecer la seguridad del paciente en la ESE Camu Santa Teresita del municipio de Santa Cruz de Lorica – Córdoba; asimismo, lograr un mayor grado de adhesión a la guía de buenas prácticas para la seguridad del paciente por parte de los colaboradores, apropiándose de ella con el objetivo de brindar servicios con un menor riesgo de eventos adversos e incluso evitar muertes.

Más aún, se hace necesario re-conceptualizar las propuestas para enfatizar en la necesidad de revisar, reevaluar y planear los procesos necesarios para reducir riesgos o fallas en la atención en salud y de esta forma, garantizar la seguridad del paciente. Igualmente, es esencial la implementación de un protocolo con las herramientas necesarias y oportunas conforme a las buenas prácticas para seguridad del paciente, que permita en un momento dado ofrecer a la IPS un cumplimiento total en cuanto a la atención segura.

RECOMENDACIONES

Implementar buenas prácticas, evidencia la reducción de los riesgos asociados a un evento adverso presente en la atención en salud. Para ello es necesario priorizar los factores contributivos de acuerdo con su impacto sobre la seguridad futura de los pacientes, diseñar una lista de acciones para enfrentar cada factor contributivo identificado, asignar un responsable para implementar las acciones, definir tiempo de implementación e identificar y asignar los recursos necesarios. Teniendo en cuenta esto, se han propuesto unas estrategias de mejoramiento para la atención segura con el propósito de mejorar las debilidades identificadas.

- Realizar un plan de capacitación semestral para la ESE Camu Santa Teresita, en el cual se socialice y evalúe el conocimiento en los temas de seguridad del paciente; a través del desarrollo de cronograma de actividades educativas.

- Prevenir la ocurrencia de los eventos adversos en los procesos de atención en salud, mediante la implementación y socialización de metodologías científicamente probadas y adopción de herramientas prácticas que mejoren las barreras de seguridad y establezcan un entorno seguro de la atención en salud.

- Estandarizar y difundir las guías y protocolos de la atención de los pacientes por servicios.

- Realizar talleres de comunicación efectiva para mejorar la comunicación entre las personas del equipo de salud.

PLAN DE MEJORA

La formulación del plan de mejoramiento debe responder a la identificación de las principales causas de la inseguridad en la atención, por lo cual se deberá implementar las herramientas necesarias que permitan disminuir y/o eliminar las barreras que impiden lograr los resultados deseados.

Siguiendo la ruta de los procesos auditados y con la aplicación de las herramientas estadísticas básicas, se establecen las acciones de mejora a emprender siguiendo el ciclo PHVA, pues esto proporciona la eficacia de las estrategias para lograr los propósitos; identificando los responsables de su desarrollo, los recursos requeridos para llevar a cabo la medida, establecer las fechas previstas para el desarrollo de la acción, así como la responsabilidad del seguimiento y por último, se debe crear un sistema para comprobar si se ha cumplido lo propuesto, en pocas palabras, una lista de chequeo.

Tabla 11. Plan de mejora

FECHA DE ELABORACIÓN		ELABORADO POR	
TEMA / PROCESO / MEJORA		PRESTACION DE SERVICIOS EN	

N°	Oportunidad de mejora	Qué (Actividades a realizar)	Quién (responsable)	Cuándo		Dónde
				INICIO	FIN	
1	Aplicación de guías	Revisión periódica de todas las guías clínicas y protocolos de procedimientos de enfermería para determinar los riesgos asociados a cada uno.	Referente de seguridad del paciente, jefe del servicio	01/01/2021	30/06/2021	ESE Camu Santa Teresita
2	Fomentar el compromiso con la seguridad del paciente	Encuestas de adherencia	Comité de seguridad del paciente y jefe de talento humano	Trimestralmente		ESE Camu Santa Teresita

N°	Oportunidad de mejora	Qué (Actividades a realizar)	Quién (responsable)	Cuándo		Dónde
				INICIO	FIN	
3	Capacitar a todo el personal en el conocimiento de las prácticas seguras	Reuniones de 30 minutos con el personal asistencial en los diferentes servicios, para tratar el tema de seguridad del paciente suministrando información relacionada con las prácticas seguras	Comité de seguridad del paciente y el área de talento humano	Bimestral		ESE Camu Santa Teresita
4	Mejorar la identificación del paciente	Actualización y socialización del protocolo de identificación del paciente	Jefe del servicio, referente de seguridad del paciente	01/01/2021	31/12/2021	ESE Camu Santa Teresita
5	Mejorar la detección, prevención y reducción del riesgo de	<ul style="list-style-type: none"> • Manejo de directrices • Capacitaciones actualizadas • Evaluación y monitoreo • Generación de cultura y 	Comité de seguridad del Paciente	01/01/2021	01/01/2021	ESE Camu Santa Teresita

N°	Oportunidad de mejora	Qué (Actividades a realizar)	Quién (responsable)	Cuándo		Dónde
				INICIO	FIN	
	infecciones asociadas a la atención en salud.	cambios de conducta.				
6	Mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos.	<ul style="list-style-type: none"> • Actualizar y socializar los protocolos • Capacitaciones actualizadas • Evaluación y monitoreo 	Comité de seguridad del Paciente	01/01/2021	31/12/2021	ESE Camu Santa Teresita
7	Mejorar los procesos para la prevención y reducción de la frecuencia de caídas.	<ul style="list-style-type: none"> • Actualizar y socializar los protocolos • Capacitaciones actualizadas • Evaluación y monitoreo 	Comité de seguridad del Paciente y jefes de los servicios	01/01/2021	31/12/2021	ESE Camu Santa Teresita

N°	Oportunidad de mejora	Qué (Actividades a realizar)	Quién (responsable)	Cuándo		Dónde
				INICIO	FIN	
8	Prevenir las úlceras por presión	<ul style="list-style-type: none"> • Actualizar y socializar los protocolos • Capacitaciones actualizadas • Evaluación y monitoreo 	Comité de seguridad del Paciente y jefe de los servicios	01/01/2021	31/12/2021	ESE Camu Santa Teresita
9	Garantizar la atención segura del binomio madre hijo.	<ul style="list-style-type: none"> • Actualizar y socializar los protocolos • Capacitaciones actualizadas • Evaluación y monitoreo 	Comité de seguridad del Paciente y jefe del servicio	01/01/2021	31/12/2021	ESE Camu Santa Teresita

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alarco, J. Jhonnell y Álvarez-Andrade, Esmilsinia. (2012). Google Docs: una alternativa de encuestas online. *Educación Médica*. 15. 9-10. 10.4321/S1575-18132012000100004.

Antúnez Ramírez, C.M. (2017). Error médico: una patología emergente. *Tendencias en Medicina*. XII, N° 12: 39-43.

Blandón Graciano, G., Gómez Cruz, Y., Muñoz Rubio, C., y Zafra Cristancho, A. (2011). Seguridad del paciente desde el análisis del reporte de evento adverso en la empresa social del estado Hospital Francisco Luís Jiménez Martínez de Carepa, durante el año 2010, (Tesis de grado para optar al título de especialista en Gerencia de IPS, Universidad CES). Recuperado de google académico.

COLOMBIA. Ministerio De Salud y Protección Social. (2008). Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente. Bogotá DC: Ministerio de la Protección Social.

COLOMBIA. Ministerio De Salud y Protección Social. (2010). Guía Técnica de Buenas Prácticas para la Seguridad del paciente. Bogotá DC. Ministerio de salud y protección social. Versión 001.

Comisión de las Comunidades Europeas. (2008). Comunicación de la Comisión al Parlamento Europeo y al Consejo sobre la seguridad de los pacientes, en particular la prevención y lucha contra las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria. Disponible en: http://ec.europa.eu/health/ph_systems/docs/patient_com2008_es.pdf.

Comisión Europea. (2009). Recomendaciones del Consejo sobre la seguridad de los pacientes, en particular la prevención y lucha contra las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria. *Diario del Consejo de la Unión Europea*. 9 de junio de 2009. Disponible en: http://ec.europa.eu/health/patient_safety/docs/council_2009_es.pdf.

Constitución Política de Colombia [Const]. Art. 48. Julio 7 de 1991 (Colombia).

Decreto 1011 de 2006 [Ministerio de la Protección Social]. Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Abril 3 de 2006.

Díaz Morelo, M.J., y Vásconez Mestra, Y.P. (2019). Buenas Prácticas para la seguridad del paciente en la Empresa Social del Estado CAMU del Prado, de Cereté Córdoba- 2019. Universidad de Córdoba. (Trabajo de investigación para optar el título de Administrador en Salud).

Edmondson, A.C. (2004). Aprender del fracaso en la atención médica: oportunidades frecuentes, barreras dominantes. *Calidad y seguridad en el*

cuidado de la salud, 13 Supl 2 (Supl 2), ii3 – ii9. Doi: https://doi.org/10.1136/qhc.13.suppl_2.ii3.

Ejecutivo, C. (2004). *Calidad de la atención: seguridad del paciente: informe de la Secretaría* (No. EB113/37). Organización Mundial de la Salud.

ESPAÑA. Ministerio de Sanidad y Consumo. (2005). Estudio ENEAS. Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos Ligados a la Hospitalización. [Citado 30 septiembre 2020]. Recuperado de: <https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/contenidos/castellano/2006/ENEAS.pdf>.

ESPAÑA. Ministerio de Sanidad y Consumo. (2007). Estudio APEAS. Estudio Sobre la Seguridad de los Pacientes en Atención Primaria de Salud. [Citado 30 septiembre de 2020]. Recuperado de: <http://www.seguridaddelpaciente.es/resources/contenidos/castellano/2008/APEAS.pdf>.

ESPAÑA. Ministerio de Sanidad y Política Social de España (2009). Estudio IBEAS prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica, informe final. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/resultados-estudio-ibeas.pdf>.

Espinal Gracias, M.T., Yepes Gil, L.M., García Gómez, L.F. (2010). Seguridad del paciente: aspectos generales y conceptos básicos. Universidad Ces. (Propuesta de monografía para optar el título de especialista en auditoría en salud).

Espitia Cabrales, E.E., Ocampo Rivero, M., De la Ossa Segovia, P.A., Tatis Ávila, M.M. (2015). Seguridad del paciente en cuatro Empresas Sociales del Estado de segundo nivel del Departamento de Córdoba. Publicado en *Cultura del cuidado*. 12 (1), pp. 29-37.

Hueso González, A., Sempere, C., y Josep, M. (2012). Metodología y técnicas cuantitativas de investigación.

Lafuente Ibáñez, C., y Marín Egoscóabal, A. (2008). Metodologías de la investigación en las ciencias sociales: Fases, fuentes y selección de técnicas. *Revista escuela de administración de negocios*, (64).

Ley 100 de 1993. Por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones. Diciembre 23 de 1993.

Malagón-Londoño, G., Morera, R. G., y Laverde, G. P. (2003). *Auditoría en Salud. Para una gestión eficiente*. Ed. Médica Panamericana.

Martín, M., y Cabré, L. (2015). Aspectos éticos y legales sobre la seguridad del paciente. *Revista de Bioética y Derecho*. 15. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/783/78343122016.pdf>.

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2016). Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud. Período 2015-2020.

Mojica, J. J. (2014). Manual de buenas prácticas para la atención y seguridad del paciente. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/10654/12042>.

Muñoz-Cano, J., y Maldonado-Salazar, T. (2005). Desarrollo de competencias para seguridad del paciente. *Horizonte sanitario*. 4(3).

Organización Mundial de la Salud [OMS] y The Joint Commission. (2007). Preámbulo a las soluciones para la Seguridad del Paciente.

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2002). Informe de la 55ª Asamblea Mundial. Ginebra: OMS; Marzo de 2002. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/258955>.

Organización Mundial De La Salud [OMS]. (2009). Alianza Mundial por la Seguridad del pacientes. Marco conceptual de la clasificación internacional para la seguridad del paciente. Informe técnico definitivo. [Monografía en Internet]. Ginebra.

Organización Mundial De La Salud [OMS]. (2019). La OMS hace un llamamiento urgente para reducir los daños causados al paciente en la atención de salud. Comunicado de prensa. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/detail/13-09-2019-who-calls-for-urgent-action-to-reduce-patient-harm-in-healthcare.pdf>, consultado el 28 de junio de 2020.

Organización Mundial De La Salud [OMS]. (2019). Seguridad del paciente. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety.pdf>. Consultado el 17 de Marzo de 2020.

Quiroga Merchán, W. V., y Triana Remolina, G. P. (2016). Evaluación de las buenas prácticas para la seguridad del paciente, en el hospital regional de San Gil en el servicio de cirugía, 2016. (Trabajo de grado presentado como requisito para optar el título de especialista en gerencia de la calidad y auditoría en los servicios de salud). Bucaramanga. De la base de datos Google Académico.

Resolución 0256 de 2016. [Ministerio de Salud y Protección Social]. 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. Febrero 23 de 2016.

Resolución 0741 de 1997. [Ministerio de Salud]. Por la cual se imparten instrucciones sobre seguridad personal de usuarios para Instituciones y demás Prestadores de Servicios de Salud. Marzo 14 de 1997.

Resolución 2003 de 2014. [Ministerio de Salud y Protección Social]. 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. Mayo 28 de 2014.

Resolución 3100 de 2019. [Ministerio de Salud y Protección Social]. Por la cual se definen los procedimientos y las condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud, así como adoptar el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud. Noviembre 25 de 2019.

Resolución 4445 de 1996. [Ministerio de Salud]. Por el cual se dictan normas para el cumplimiento del contenido del título IV de la ley 09 de 1979, en lo referente a las condiciones sanitarias que deben cumplir las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y se dictan otras disposiciones técnicas y administrativas. Diciembre 02 de 1996.

Rodríguez A. (2012). Hacia la humanización en salud. *ARS Médica*. 10(10).

Rodríguez Herrera, R., Mora, E. V., Yamaguchi Díaz, L.P. (2018). Nuestra experiencia respecto al estudio IBEAS, retos y perspectivas. *Boletín CONAMED-OPS* 2018; 4 (20): p. 36-37.

Vega, R. G. (2007). Seguridad del paciente: conceptos y antecedentes. *Revista CONAMED*, 12(2), 4-7.

Villamarin Quijano, L. M., Durán, A., y David, J. (2015). Plan de mejoramiento de calidad en equipos biomédicos de ucis y cuidados intermedios de la clínica universitaria Rafael Uribe Uribe (Bachelor's thesis, Universidad Autónoma de Occidente).

Villarreal E. Seguridad de los pacientes. Un compromiso de todos para un cuidado de calidad. *Salud Uninorte* 2007; 23: 112-9.

Woodward S. (2005). Siete pasos para la seguridad del paciente. *Revista de Calidad Asistencial*, 20 (2), p. 66-70. DOI: 10.1016/s1134-282x (08) 74725-0.

ANEXOS

Anexo 1. Lista de chequeo aplicada.

LISTA DE CHEQUEO PARA LAS BUENAS PRÁCTICAS DE SEGURIDAD DE PACIENTES OBLIGATORIAS.			
N°	ITEMS A VERIFICAR EN IPS DE BAJA COMPLEJIDAD	CUMPLE	NO CUMPLE
	CONTAR CON UN PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE QUE PROVEA UNA ADECUADA CAJA DE HERRAMIENTAS PARA LA IDENTIFICACIÓN Y GESTIÓN DE EVENTOS ADVERSOS.		
1.	Cuenta con un programa de seguridad del paciente de acuerdo a los lineamientos nacionales.		
2.	Existe comité de seguridad del paciente debidamente documentado.		
3.	Existe socialización del tema básico de seguridad del paciente.		
4.	Se realiza sensibilización del sistema de reportes y eventos adversos.		
5.	Realiza implementación de un sistema de análisis de causas de las fallas en la atención en salud.		
6.	Se valoran los riesgos para procesos asistenciales.		
	MONITORIZACIÓN DE ASPECTOS RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE		
7.	Se monitorizan aspectos relacionados con la seguridad del paciente.		
	DETECTAR, PREVENIR Y REDUCIR EL RIESGO DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD		
8.	Se detecta, previene y reduce el riesgo de infecciones asociadas a la atención en salud.		
9.	Implementan protocolo de higiene de manos.		
10.	Se realizan auditorías de la adherencia al protocolo de higiene de manos.		
11.	Existen insumos institucionales para la higiene de manos.		
12.	Tienen protocolo de venopunción.		
13.	Implementan guías para el aislamiento de pacientes.		

LISTA DE CHEQUEO PARA LAS BUENAS PRÁCTICAS DE SEGURIDAD DE PACIENTES OBLIGATORIAS.			
N°	ITEMS A VERIFICAR EN IPS DE BAJA COMPLEJIDAD	CUMPLE	NO CUMPLE
14.	Realizan medición a la guía de aislamiento de pacientes.		
15.	Desarrollan o adoptan manual de bioseguridad institucional.		
16.	Realizan medición del manual de bioseguridad.		
17.	Se realizan auditorias del indicador de infecciones de endometritis post – parto.		
18.	Realizan control de las flebitis infecciosas asociadas al uso de catéter periférico.		
	MEJORAR LA SEGURIDAD EN LA UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS		
19.	Se evidencia proceso para la dispensación segura de medicamentos.		
20.	Evalúa el proceso de dispensación segura de medicamentos.		
21.	Existe protocolo para el uso racional de antibióticos.		
22.	Se hace verificación al protocolo para el uso racional de antibióticos.		
	ASEGURAR LA CORRECTA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE EN LOS SERVICIOS ASISTENCIALES		
23.	Se asegura la correcta identificación del paciente en los servicios asistenciales.		
24.	Se evidencia protocolo para asegurar la correcta identificación del usuario al ingreso de los servicios asistenciales.		
25.	Se verifica la adherencia al protocolo de identificación correcta del usuario.		
26.	Utilizan manillas de marcación de los pacientes en los servicios asistenciales.		
	PROCESOS PARA LA PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DE LA FRECUENCIA DE CAÍDAS		
27.	Se clasifica el riesgo de caída a los usuarios que son internados en la institución.		
28.	Cuenta con protocolo para la minimización de riesgos de caída derivados de la condición del paciente.		
29.	Se hace monitorización al protocolo para la minimización de riesgos de caídas.		

LISTA DE CHEQUEO PARA LAS BUENAS PRÁCTICAS DE SEGURIDAD DE PACIENTES OBLIGATORIAS.			
N°	ITEMS A VERIFICAR EN IPS DE BAJA COMPLEJIDAD	CUMPLE	NO CUMPLE
	PREVENIR LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN		
30.	Clasifican el riesgo de úlceras por presión a los usuarios que son internados en la institución		
31.	Implementan protocolo para la minimización de riesgos de aparición de úlceras por presión.		
32.	Se mide la adherencia al protocolo para la minimización de riesgos de úlceras por presión		
	GARANTIZAR LA ATENCIÓN SEGURA DEL BINOMIO MADRE HIJO		
33.	Se evidencia la existencia de una Guía o protocolo para la atención prioritaria a la gestante.		
34.	Determinan la adherencia a la guía o protocolo para la atención prioritaria de las gestantes.		