

**EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE CLÍNICA
VASCULAR DE BOGOTÁ, 2021**

LUZ DARY LICONA MORALES

JESÚS DAVID PÉREZ MERCADO

**UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN AUDITORÍA DE LA CALIDAD EN SALUD
MONTERÍA-CÓRDOBA**

2021

**EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE CLÍNICA
VASCULAR DE BOGOTÁ, 2021**

LUZ DARY LICONA MORALES

JESÚS DAVID PÉREZ MERCADO

**Trabajo de grado para optar el título de Especialista en Auditoría de la
Calidad en Salud**

Asesor metodológico

ÁLVARO ANTONIO SÁNCHEZ CARABALLO

Magister y Doctor en Salud Pública

**UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN AUDITORÍA DE LA CALIDAD EN SALUD
MONTERÍA-CÓRDOBA
2021**

Nota de Aceptación

Presidente del Jurado

Jurado

Jurado

Montería, 2021

DEDICATORIA

A Dios por sus bendiciones, a nuestros padres, hermanos y demás familiares cercanos, las personas que nos aman y siempre quieren lo mejor para nuestras vidas, quienes nos han dado ánimo en cada momento, quienes siempre han creído en nosotros, nos han dado el amor y el apoyo necesario para cumplir nuestras metas en la vida.

Luz Dary Licona Morales
Jesús David Pérez Mercado

AGRADECIMIENTOS

A Dios que nos dio las fuerzas para seguir hasta alcanzar la meta, sin el nada de esto hubiera pasado, por la sabiduría, la fortaleza y el amor a lo largo de nuestra formación y demás ámbitos de nuestras vidas.

A la Institución de salud Clínica Vascular de Bogotá por habernos dado la oportunidad de realizar este proyecto.

Al Doctor Álvaro Antonio Sánchez Caraballo quien fue un excelente asesor en este proceso, a los demás docentes quienes también nos guiaron en el transcurso de la especialización, de igual forma a todos aquellos amigos o personal de la universidad que de una u otra forma nos han apoyado en nuestro proceso de formación.

Luz Dary Licona Morales
Jesús David Pérez Mercado

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	13
1. OBJETIVOS	16
1.1. GENERAL	16
1.2. ESPECÍFICOS	16
2. MARCO REFERENCIAL	17
2.1. MARCO LEGAL	17
2.2. MARCO TEÓRICO	21
2.3. MARCO CONCEPTUAL	24
2.3.1. Calidad.....	24
2.3.2. Seguridad del paciente	26
2.3.3. Evento adverso	27
2.3.4. Lista de verificación.....	29
3. DISEÑO METODOLÓGICO.....	30
3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	30
3.2. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	30
3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA.	30
3.4. PROCEDIMIENTO.....	31
4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	32
5. CONCLUSIONES	52
6. RECOMENDACIONES.....	53
7. BIBLIOGRAFÍA	54
8. ANEXOS	60

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Definiciones de calidad por diversos investigadores importantes.....	25
Tabla 2. Componente 1: contar con un Programa de Seguridad del Paciente que provea una adecuada caja de herramientas para la identificación y gestión de eventos adversos.....	33
Tabla 3. Componente 2: Monitorización de aspectos relacionados con la seguridad del paciente.....	35
Tabla 4. Componente 3: detectar, prevenir y reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención en salud.....	36
Tabla 5. Componente 4: mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos.....	38
Tabla 6. Componente 5: asegurar la correcta identificación del paciente en los servicios asistenciales.....	40
Tabla 7. Componente 6: procesos para la prevención y reducción de la frecuencia de caídas.....	42
Tabla 8. Componente 7: gestionar y desarrollar la adecuada comunicación entre las personas que atienden y cuidan a los pacientes.....	44
Tabla 9. Componente 8: garantizar la funcionabilidad de los procedimientos de consentimiento informado.....	46

Tabla 10. Componente 9: prevenir el cansancio en el personal de salud.....48

Tabla 11. Consolidado, componentes de buenas prácticas para la seguridad del paciente..... .50

LISTA DE GRÁFICAS

	Pág.
Gráfica 1. Porcentaje de cumplimiento del componente programa de seguridad del paciente.....	34
Gráfica 2. Porcentaje del cumplimiento del componente de monitorización de aspectos relacionados con la seguridad del paciente.....	35
Gráfica 3. Porcentaje del cumplimiento del componente detectar, prevenir y reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención en salud.....	37
Gráfica 4. Porcentaje del cumplimiento del componente mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos.....	38
Gráfica 5. Porcentaje del cumplimiento del componente asegurar la correcta identificación del paciente en los servicios asistenciales.....	41
Gráfica 6. Porcentaje del cumplimiento del componente procesos para la prevención y reducción de la frecuencia de caídas.....	43
Gráfica 7. Porcentaje del cumplimiento del componente gestionar y desarrollar la adecuada comunicación entre las personas que atienden y cuidan al paciente....	45
Gráfica 8. Porcentaje del cumplimiento del componente Garantizar la funcionalidad de los procedimientos de consentimiento informado.....	47
Gráfica 9. Porcentaje del cumplimiento del componente prevenir el cansancio en el personal de salud.....	48

Gráfica 10. Porcentajes totales, componentes de buenas prácticas para la seguridad del paciente.....51

LISTADO DE ANEXOS

	Pág.
Anexo 1. Autoevaluación seguridad del paciente.....	60
Anexo 2. Lista de verificación buenas prácticas de seguridad de pacientes.....	65
Anexo 3. Ficha técnica indicador satisfacción de usuarios.....	94
Anexo 4. Ficha técnica indicador pacientes que recomendarían la IPS.....	95
Anexo 5. Ficha técnica indicador eventos adversos asociados a caídas de pacientes en las instalaciones de CVB.....	96
Anexo 6. Ficha técnica indicador proporción de eventos adversos relacionados con fallas en identificación de pacientes.....	97
Anexo 7. Cronograma actividades programa de seguridad del paciente.....	98

RESUMEN

El estudio de la seguridad del paciente y los resultados adversos precisa de dos perspectivas complementarias: una colectiva, fundamentada en el método epidemiológico y orientada a cuantificar los riesgos asistenciales, y otra individual, basada en métodos cualitativos, encaminada a analizar las causas y los factores contribuyentes. La evaluación del programa de seguridad del paciente a la clínica vascular de Bogotá, nos permitió obtener datos precisos del nivel de cumplimiento comparado con los estándares, para esto se aplican lista de verificación y evaluación al personal colaborador de la institución, con lo que se obtiene información relevante para evaluar el cumplimiento en cada componente del programa. La evaluación de cada componente arrojó como resultado que el nivel de cumplimiento de las buenas prácticas de seguridad del paciente estaba en un 80%, la cual es una calificación buena.

Palabras clave: Componente, Evaluación, Verificación, Cumplimiento.

ABSTRACT

The study of patient safety and adverse outcomes requires two complementary perspectives: a collective one, based on the epidemiological method and aimed at quantifying healthcare risks, and an individual one, based on qualitative methods, aimed at analyzing the causes and factors. The evaluation of the patient safety program at the vascular clinic in Bogotá, allowed us to obtain precise data on the level of compliance compared with the standards, for this, a checklist and evaluation are applied to the collaborating staff of the institution, with which we obtain relevant information to assess compliance in each component of the program. The evaluation of each component showed that the level of compliance with good patient safety practices was 80%, which is a good rating.

Keywords: Component, Evaluation, Verification, Compliance.

INTRODUCCIÓN

La seguridad del paciente (SP) según lo expresa Estepa¹, es un contenido clave en la calidad de atención de la salud, la cual ha alcanzado una gran relevancia, y se ha convertido en un derecho de los pacientes. Las actividades relacionadas con la seguridad del paciente, están encaminadas a reducir y/o mitigar los eventos adversos causados por la atención en salud en los pacientes.

En palabras de Villarreal y Otros², durante el año 1999 el Instituto de Medicina de los Estados Unidos publicó el reporte “Errar es humano”, dado al alto predominio de eventos adversos que aún se informa en la literatura mundial y se registraron que solo en los Estados Unidos de América, de 44.000 a 98.000 pacientes morían cada año, no como producto de sus enfermedades, sino como producto de errores en la atención médica.

¹ ESTEPA DEL ÁRBOL, Miriam, y Otros. Eficacia de los programas de seguridad del paciente. En: Enfermería Nefrológica [en línea]. Vol. 19 Núm. 1. Enero-Marzo 2016. p 63-75. [Consultado: 13 de octubre de 2021]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-28842016000100008&lng=es

² VILLARREAL PÉREZ, Jesús y Otros. Errar es humano. En: Revista Medicina Universitaria [en línea]. Vol. 13 Núm. 51. Abril 2011. p 69-71. [Consultado: 13 de octubre de 2021]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/en-revista-medicina-universitaria-304-pdf-X1665579611240505>

En la Asamblea Mundial de la Salud³ organizada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 2019 se plasmó una resolución sobre la acción mundial donde los delegados acordaron medidas concretas para eliminar los daños evitables en la atención de salud mediante la adopción del primer plan de acción mundial en pro de la seguridad del paciente, 2021-2030. Esta reconoció que la seguridad del paciente era una prioridad de salud de la máxima importancia en todo el mundo, y pidió a la OMS que celebrara consultas con los países y las partes interesadas para formular un plan de acción mundial en esta materia.

En ese mismo orden de ideas la OMS⁴, manifestó que durante el año 2019 los países de ingresos bajos y medianos se produjeron 134 millones de eventos adversos anual, con un saldo de 2,6 millones de muertes. Incluso en los países de ingresos altos, aproximadamente 1 de cada 10 pacientes sufre daños al recibir atención hospitalaria. Se estima que cerca de la mitad de esos eventos pueden prevenirse, delegados acordaron medidas concretas para eliminar los daños evitables en la atención de salud.

El programa de seguridad al paciente según lo expresa Calvo⁵, define la estrategia institucional para identificar, evaluar, gestionar y prevenir los eventos adversos y riesgos que afecten la seguridad de un paciente durante la atención en salud en La Clínica Vasculat de Bogotá, así como incentivar, promover y gestionar la

³ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Información actualizada sobre la 74^a. Asamblea Mundial de la Salud. [Consultado: 31 de agosto de 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/28-05-2021-update-from-the-seventy-fourth-world-health-assembly-28-may-2021>

⁴ Ibíd., p. 13.

⁵ ARIAS CALVO, J ¿Cómo se garantiza la seguridad del paciente en tiempos de pandemia? [Internet]. 2020. [Consultado el 12 de abril de 2021]. Disponible en: <https://bogota.gov.co/mi-ciudad/salud/seguridad-del-paciente-esta-garantizada-en-bogota>

implementación de prácticas seguras efectivas y eficientes de todos los servicios en la atención en salud, para obtener procesos institucionales y asistenciales seguros involucrando al personal, los pacientes, la población diversa y sus familias en todo lo relacionado con la seguridad, pero no realizan una la evaluación permanente de los riesgos asociados a la atención en salud para diseñar e implantar las barreras de seguridad necesarias.

Por todo lo descrito anteriormente, el grupo investigador pretende resolver el siguiente interrogante, ¿Cuál es el nivel de cumplimiento de la clínica vascular de Bogotá frente a los procesos institucionales seguros de seguridad del paciente?

1. OBJETIVOS

1.1. GENERAL

Evaluar el nivel de cumplimiento del programa de seguridad del paciente y la atención segura en la clínica vascular de Bogotá.

1.2. ESPECÍFICOS

- Identificar el esquema del programa de seguridad del paciente de la Clínica Vascular de Bogotá.
- Analizar indicadores para el monitoreo de la calidad en salud, en la Clínica Vascular de Bogotá.
- Describir los hallazgos obtenidos en el programa de seguridad del paciente de la clínica Vascular de Bogotá.

2. MARCO REFERENCIAL

2.1. MARCO LEGAL

En las siguientes líneas, se dará relevancia a las normas que son aplicables al programa de seguridad del paciente en Colombia, las cuales guían a las instituciones prestadoras de salud (IPS) a llevar una atención de calidad para los pacientes atendidos en ellas por parte del personal asistencial, dichas normas pueden ser evaluadas por auditores tanto interno como externos a la IPS.

Con la expedición de la Ley 100 de 1993⁶, que reglamenta la creación del sistema de seguridad social integral y que en el numeral 9 del Artículo 153, se establece que el sistema fijará los mecanismos de control a los servicios prestados para que le sea garantizado al paciente calidad en la atención oportuna, personalizada, humanizada, integral y continua, que estén de acuerdo con estándares aceptados en procedimientos y prácticas profesional.

⁶ COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPUBLICA. Ley 100 (23, diciembre, 1993). Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones [en línea]. Santa Fe de Bogotá, D. C. p.1-63. [Consultado: 10 de octubre 2021]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-100-de-1993.pdf>

Posteriormente en la Resolución 0741 de 1997⁷, se imparten las instrucciones a las IPS y demás prestadores de salud, sobre la seguridad personal de los usuarios atendidos en ellas, indicando en su Artículo 2 que es obligación de las instituciones implementar procesos que vayan encaminados a la protección de los usuarios y trabajadores.

En años siguientes se expide el Decreto 1011 de 2006⁸, donde se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud (SOGCS) del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), define la atención en salud como 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 y además la calidad de la atención en salud es definida como la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios.

⁷ COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Ley 741 (14, marzo, 1997). Por la cual se imparten instrucciones sobre seguridad personal de usuarios para Instituciones y demás Prestadores de Servicios de Salud [en línea]. Santa Fe de Bogotá, D. C. p. 1-4. [Consultado: 10 de octubre 2021]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-0741-de-1997.pdf>

⁸ COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Decreto 1011 (03, abril, 2006). 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 [en línea]. Bogotá, D.C. p.1-3. [Consultado: 10 de octubre 2021]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO%201011%20DE%202006.pdf

En el mismo Decreto 1011 de 2006⁹, en el numeral 9 de su Artículo 3 del Título II menciona la seguridad como una de las características que deberá cumplir el SOGCS y la define como un conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que conllevan a minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

Luego, en el año 2008, se emiten los lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente en la república de Colombia¹⁰, que tiene como objetivo prevenir que ocurran 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.

En el año 2010, el Ministerio de la Protección Social expide la Guía Técnica “Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud”¹¹, donde se establecen las recomendaciones que pueden tener en cuenta las Instituciones para incentivar, promover y gestionar la implementación de prácticas seguras de la atención en salud, lo cual incluye cuatro grupos que buscan obtener procesos institucionales y asistenciales seguros, involucrar los pacientes y sus allegados en su seguridad e incentivar prácticas que mejoren la actuación de los profesionales.

⁹ Ibíd., p. 18.

¹⁰ MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente [en línea]. Colombia. Buenos y Creativos. 2008.p. 7-11. [Consultado: 10 de octubre de 2021]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B2n%200112%20de%202012%20-%20Documentos%20de%20apoyo%202.pdf

¹¹ MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Guía Técnica “Buenas Prácticas para la Seguridad del paciente” [en línea]. Versión 001. Colombia. 2010.p. 7-11. [Consultado: 10 de octubre de 2021]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/guia-buenas-practicas-seguridad-paciente2010.pdf>

Seguidamente, en la Resolución 0256 de 2016¹², emite la información relacionada con el Sistema de información para la calidad y además se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud, en el anexo técnico 1 se hallan consignados los indicadores de calidad entre los que se encuentran los de seguridad entre los cuales se encuentran los relacionados con eventos adversos asociados con la atención en salud.

Por último, se menciona la Resolución 3100 de 2019¹³, donde se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud, la cual en el numeral 8.3.1, que trata sobre los estándares de habilitación, el cual nos indica que estos deben atender la seguridad del paciente

¹² COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 0256 (05, febrero, 2016). Por la cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema de Información para la Calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud [en línea]. Bogotá, D.C. p. 1-8. [Consultado: 10 de octubre 2021]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%200256%20de%202016.pdf

¹³ COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 3100 (25, noviembre, 2019). Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud [en línea]. Bogotá, D.C. p. 1-35. [Consultado: 10 de octubre 2021]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-3100-de-2019.pdf>

2.2. MARCO TEÓRICO

Como es expresado por Aibar y Otros¹⁴, el estudio de la seguridad del paciente y los resultados adversos precisa de dos perspectivas complementarias, una colectiva, fundamentada en el método epidemiológico y orientada a cuantificar los riesgos asistenciales, y otra individual, basada en métodos cualitativos, encaminada a analizar las causas y los factores contribuyentes, para el presente trabajo de investigación se basó en investigaciones realizadas y publicadas, que hablan sobre los eventos adversos en la atención en salud.

Así como como lo indica Villarreal y otros¹⁵, en los Estados Unidos hacia la década de los años noventa venían presentándose muertes de pacientes en los hospitales de ese país lo cual conllevó a que el gobierno ordenara la creación de un comité para investigar los cuidados médicos, de esta forma fue como en el año 1999 surgió el informe “Errar es humano”, el cual concluyó que de 44.000 a 98.000 personas morían al año en los hospitales del mencionado país como consecuencia de los errores en la atención del paciente.

¹⁴ AIBAR REMON, Carlos, y Otros. La investigación sobre seguridad del paciente: necesidades y perspectivas. En: Medicina clínica [en línea]. Vol. 131. Núm. 3. Diciembre 2008. p. 12-17. [Consultado: 13 de octubre de 2021]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S002577530876456X#>

¹⁵ *Ibíd.*, p. 13.

Por otra parte, Rocco y Garrido¹⁶ , indican que en este informe realizado por el Instituto de Medicina de los Estados Unidos, se revisaron 30000 historias clínicas en las que se encontraron un 3,7% de eventos adversos y el 58% fueron considerados evitables y el 13,6% fueron muertes de paciente. Según Villarreal, Gómez y Bosques ², de estas muertes 7.000 fueron ocasionadas por errores en la administración de medicamentos y dichas cifras clasificaron a los errores en la atención en salud en los primeros sitios como la causa de muertes en los EUA, estando por encima de los accidentes de tránsito, cáncer o SIDA.

Siguiendo con lo expresado por Rocco y Garrido¹⁷, en España para el año 2006 se hizo un estudio llamado ENEAS (Estudio Nacional sobre los efectos adversos ligados a hospitalización), donde se revisaron 5624 historias clínicas de los distintos hospitales de ese país y lograron detectar un 8,4% de eventos adversos de los cuales 42,8% eran evitables y un 4,4 % de muertes a causa de estos errores, lo cual concluyó que de las 4.6 millones de hospitalizaciones en el año de estudio 7388 muertes eran evitables.

¹⁶ ROCCO, Cristian y GARRIDO, Alejandro. Seguridad del paciente y cultura de seguridad. En: Revista Médica Clínica Las Condes [En línea].Vol. 28 Núm.5. Septiembre – Octubre 2017. p 785-795. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-seguridad-del-paciente-y-cultura-S0716864017301268>

¹⁷ Ibíd., p. 22.

En el año 2008 nuevamente en España, se realiza el APEAS (Estudios sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud)¹⁸, donde se estudiaron 96.047 pacientes que asistieron a consulta en su centro de salud y se contaba con 452 profesionales de atención en salud, los resultados arrojaron que un 10,11% de pacientes sufrieron algún evento adverso y un 6,7% acumuló mas de un evento adverso. También arrojó que el 70,2% eran evitables, 23,1% poco evitables y el 6,7% inevitables.

Así mismo, Aranaz¹⁹ indica que en Iberoamérica para el año 2011, se hizo un estudio similar el cual fue llamado IBEAS (Estudio Iberoamericano de Eventos Adversos), el cual incluyó 11.379 historias clínicas de 58 hospitales de 5 países de Iberoamérica, lo cual dejó como reporte que el 10,5% fueron eventos adversos y de ellos 60% eran prevenibles y 6% de muertes.

De igual forma, fue expresado por Rocco y Garrido²⁰, que hacia el año 2011 fue realizado un estudio con una metodología mucha más sensible que la usada en 1999 y arrojó que de las historias clínicas evaluadas, arrojaron un 10% de eventos adversos de los cuales el 69% eran evitables y el 0,89% fueron fallecimiento, lo cual concluyó que se presentaban 210.000 muertes hacia el año de realización del estudio.

¹⁸ MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. Estudio APEAS Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud [en línea]. España. Centro de publicaciones. 2008.p. 11-12. [Consultado: 10 de octubre de 2021]. Disponible en: <https://seguridaddelpaciente.es/resources/contenidos/castellano/2008/APEAS.pdf>

¹⁹ ARANAZ ANDRES, Jesús y Otros. Prevalencia de eventos adversos en los hospitales de cinco países latinoamericanos: resultados del 'Estudio Iberoamericano de Eventos Adversos' (IBEAS).En: BMJ Quality & Safety. Vol. 20 Núm. 12. Diciembre 2011. p 1043-1051. [Consultado: 13 de octubre de 2021]. Disponible en: <https://qualitysafety.bmj.com/content/20/12/1043>

²⁰ *Ibíd.*, p. 22.

En el estudio realizado en 2016 por Achury y otros²¹, se tomaron como referencia 17 Unidades de cuidados Intensivos (UCI) tanto adulto como pediátrica en tres países participantes México, Argentina y Colombia, las cuales reportaron un total de 1163 eventos, de estos un 34% fueron relacionados con el cuidado, el 19 % con vía aérea y ventilación mecánica, el 16 % con el manejo de accesos vasculares y drenajes, el 13 % con infección nosocomial y el 11 % con la administración de medicamentos. El 7 % restante correspondió a relacionados con pruebas diagnósticas y equipos. De estos un 94,8% se consideraron prevenibles.

2.3. MARCO CONCEPTUAL

2.3.1. Calidad

La palabra calidad viene del latín “qualitas – atis”, que según la norma ISO 9000 2015²², la define como el “grado en el que un conjunto de características [...] inherentes a un objeto [...] cumple con los requisitos”.

²¹ ACHURY SALDAÑA, Diana, y *Otros*. Estudio de eventos adversos, factores y periodicidad en pacientes hospitalizados en unidades de cuidado intensivo. En: *Enfermería global* [En línea]. Vol.15 Núm. 42. Abril 2016. p. 324-340. [Consultado: 13 de octubre de 2021]. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412016000200011

²² INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMALIZACIÓN Y CERTIFICACIÓN. (15, octubre,2015) *Sistemas de gestión de la calidad: fundamentos y vocabulario. NTC-ISO 9000* [En línea]. Bogotá D.C.: El instituto. 2015. 20 p. [Consultado: 10 de octubre 2021]. Disponible en: <https://www.ramajudicial.gov.co/documents/5454330/14491339/d2.+NTC+ISO+9000-2015.pdf/cb4b35c-ee63-44b5-ba1e-7459f8714031>

En palabras de Alcalde²³, el concepto de calidad ha ido evolucionando desde sus orígenes, aumentando objetivos y cambiando su orientación hacia la satisfacción plena del cliente, comenzó como una necesidad de inspeccionar y controlar hasta convertirse en un elemento fundamental para la supervivencia de las empresas.

Seguidamente se presenta, la tabla 1, donde se evidencia los principales conceptos de calidad por diferentes autores.

Tabla 1. Definiciones de calidad por diversos investigadores importantes.

AUTOR (ES)	CONCEPTO DE CALIDAD
Kaoru Ishikawa	Es diseñar, producir y ofrecer un producto o servicio que sea útil, al menor precio posible, y que siempre satisfaga las necesidades del cliente.
Edward Deming	Es el grado predecible de uniformidad y fiabilidad a bajo costo y adecuado a las necesidades de los clientes.
Joseph M Juran	Es la ausencia de defectos y adecuarse al uso.
Philip B Crosby	Calidad total es el cumplimiento de los requerimientos, donde el sistema es la prevención, es estándar, es cero defectos.

Fuente: Elaboración propia, basada en el libro de Alcalde²⁴.

²³ ALCALDE, Pablo. Fundamentos y conceptos de la calidad. 3 ed. España: Paraninfo S.A 2009. p. 2-11.

²⁴ *Ibíd.*, p. 25.

En el contexto de Bautista²⁵, dice que la OMS y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) se refieren a que la calidad es una cualidad de la atención sanitaria esencial para la consecución de los objetivos nacionales en salud, la mejora de la salud de la población y el futuro sostenible del sistema de atención en salud.

2.3.2. Seguridad del paciente

En esta revisión se aborda el concepto de la seguridad del paciente planteado por la Organización Mundial de la Salud OMS²⁶, como una disciplina de la atención de la salud que surgió con la evolución de la complejidad de los sistemas de atención de la salud y el consiguiente aumento de los daños a los pacientes en los centros sanitarios.

²⁵ BAUTISTA-RODRÍGUEZ, Luz. La calidad en salud un concepto histórico vigente [En línea]. En: Revista ciencia y cuidado. Vol. 13 Núm 1. Enero-Junio 2016. p. 5-8. Disponible en: <https://revistas.ufps.edu.co/index.php/cienciaycuidado/article/view/731/710>

²⁶ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Seguridad del paciente. [En línea]. [Consultado el 13 de octubre de 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety#:~:text=La%20seguridad%20del%20paciente%20es,pacientes%20en%20los%20centros%20sanitarios.>

Por otra parte, en el argumento de Martínez y Otros²⁷, la seguridad del paciente es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencia y que tiene como fin minimizar el riesgo de que ocurra un evento adverso en la atención en salud.

La falta de seguridad del paciente según la OMS²⁸, es considerada como un problema mundial de salud pública que afecta a los países de todo nivel de desarrollo, así como también estima que cada año decenas de millones de pacientes tienen lesiones que son incapacitantes o mueren como la consecuencia de una práctica o atención insegura.

2.3.3. Evento adverso

En esta investigación también es adoptado el concepto de evento adverso que es definido por Muiño y Otros²⁹, como los daños o lesiones que acontecen durante el proceso asistencial.

²⁷ MARTÍNEZ REYES, Cielo y Otros. Seguridad del paciente y su percepción en los profesionales de la salud. En: Civilizar Ciencias Sociales y Humanas [En línea]. Vol.17 Núm. 33. Julio - diciembre 2017. p. 277-291. [Consultado: 13 de octubre de 2021] Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-89532017000200277&lng=es&nrm=isO

²⁸ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente La Investigación en Seguridad del Paciente Mayor conocimiento para una atención más segura [En línea]. Suiza. Ediciones OMS.2008. p.1-12. [Consultado: 13 de octubre de 2021]. Disponible en: https://www.who.int/patientsafety/information_centre/documents/ps_research_brochure_es.pdf

²⁹ MUIÑO MIGUEZ, A. y Otros. Seguridad del paciente. En: Anales de medicina interna [en línea]. Vol. 24 Núm. 12. Diciembre 2017. p 602-606. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992007001200010&lng=es&tlng=es.

En otro concepto Estepa³⁰, considera los eventos adversos como un acontecimiento que ocurre en el proceso asistencial y trae consecuencias negativas, las cuales pueden llevar a una lesión, incapacidad, prolongación de la estancia hospitalaria, incremento de recursos asistenciales e incluso hasta la muerte.

Existen incidentes adversos, los cuales Muiño y otros³¹, define como una acción o conjunto de ellas que pudo haber causado daño al paciente, pero no logró producirse en él. Lo anterior difiere de las complicaciones ya que estas son alteraciones del proceso natural de la enfermedad y no es provocada por el actuar médico.

En su estudio Achury y Otros³², define los eventos adversos como una lesión no intencionada que son presentados en el proceso asistencial, el cual se convierte en un problema de salud pública que impacta a nivel mundial, y suceden cuando no se aplican estándares de calidad en el proceso asistencial. Estos pueden ser originados en cualquier ámbito, pero existen reportes que son más frecuentes en los servicios con mayor riesgo como la unidad de cuidados intensivos.

³⁰ *Ibíd.*, p. 13.

³¹ *Ibíd.*, p. 27.

³² *Ibíd.*, p.24

2.3.4. Lista de verificación.

Este concepto Concha y Otros³³, lo expresa como la herramienta que ayuda a no olvidar ningún paso durante la ejecución de un procedimiento, hacer las tareas en un orden establecido y controlar una serie de requisitos, la cual es un método simple y eficaz para reducir el riesgo de errores en tareas estandarizadas.

El concepto de Salamanca³⁴, indica que una lista de verificación o checklist, es considerada como una enumeración de una serie que están agrupados y tienen como fin verificar el cumplimiento y de esta manera alcanzar un objetivo concreto, el uso de estas proporcionan una revisión sistemática de las actividades que se deben realizar, realmente se cumplan y como son de forma secuencial ayudan a que no se omita ningún paso que se tenga que realizarse y así mitigan la ocurrencia de errores en los procesos.

³³ CONCHA TORRE, Andrés, y Otros. Las listas de verificación: ¿una ayuda o una molestia? En: Anales de pediatría [en línea]. Vol. 93 Núm 2. España. Agosto 2020. p. 75-76. [Consultado: 20 de octubre de 2021]. Disponible en: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S1695403320301879?token=3AD23360540AFE2951F0B6E30548A73A9A778C320BEA2774C28996DECF8E22ECBA1120A48851B91CD49FB43F6B1D9FCF&originRegion=us-east-1&originCreation=20211107025226>

³⁴ SALAMANCA CASTRO, Ana. Checklist para autores y checklist para lectores: diferentes herramientas con diferentes objetivos. En: nure investigación. Vol. 16 Núm. 99. España. Abril - Mayo 2019. [Consultado: 20 de octubre 2021]. Disponible en: <https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/1769/874>

3. DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Descriptivo con enfoque cuantitativo

3.2. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

La revisión sistemática es parte fundamental de la investigación cuantitativa, esto implicó una revisión bibliográfica; se utilizó como apoyo de búsqueda la biblioteca virtual, iniciamos con una búsqueda preliminar acerca del tema de investigación enfocando a la investigación en categorías importantes experiencias, vivencias y evidencias.

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA.

Se realizó una búsqueda sistemática, en tema de seguridad del paciente, en la Clínica Vascular de Bogotá IPS fundada en 1992 por un grupo de cirujanos vasculares entregados a la excelencia y calidad en el estudio y tratamiento de enfermedades venosas y arteriales periféricas, que además son miembros de las más prestigiosas asociaciones científicas nacionales e internacionales.

La muestra se tomó mediante encuestas a un grupo multidisciplinario y con percepciones distintas que están directamente relacionados con la prestación del servicio compuesto por:

- 3 Cirujanos Vasculares.
- 1 Anestesióloga.
- 1 Médico general.

- 1 Enfermera jefe.
- 5 Auxiliares de enfermería.
- 1 Fisioterapeuta.
- 1 Instrumentadora.

3.4. PROCEDIMIENTO

Se realizó una comparación entre una lista de chequeo recopilado con las actividades que se deben realizar en el programa de seguridad del paciente y las realizadas en la clínica vascular de Bogotá con los parámetros de fechas y evidencias, una categorización de experiencias y vivencias, lo cual nos permitió dar cumplimiento a los objetivos específicos siguiendo los siguientes pasos:

- ✓ Se contactó con el coordinador de calidad, para que atendiera la auditoría al programa de seguridad del paciente.
- ✓ Se aplicó una lista de verificación estandarizada para diagnosticar las actividades del programa de seguridad del paciente.
- ✓ Se realizó una evaluación del programa de seguridad del paciente a 13 trabajadores de la clínica vascular de Bogotá de manera virtual, con el fin de conocer los conocimientos del personal en el tema tratado y analizar para realizar los componentes evaluados en el programa.
- ✓ Se evaluó, tabuló y graficó los componentes del programa de seguridad del paciente.

4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Para la recolección de los datos en la Clínica Vascular de Bogotá se aplicaron 9 componentes de la lista de verificación de buenas prácticas de seguridad de pacientes establecida por el Ministerio de la protección social³⁵, elaborado con el fin de identificar, evaluar, gestionar, prevenir los eventos adversos y riesgos que afecten la seguridad de un paciente durante la atención en salud, así como incentivar, promover y gestionar la implementación de prácticas seguras efectivas y eficientes de todos los servicios en la atención en salud, para obtener procesos institucionales y asistenciales seguros involucrando al personal, los pacientes, la población diversa y sus familias en todo lo relacionado con la seguridad, los cuales se describen a continuación:

³⁵ MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Lista de chequeo para las buenas prácticas de seguridad de pacientes obligatorias [en línea]. Bogotá D.C. [Consultado: 31 de agosto de 2021]. Disponible en: <https://www.dssa.gov.co/index.php/documentos-de-interes/lista-de-chequeo-para-las-buenas-practicas-de-seguridad-de-pacientes-obligatorias>

Tabla 2. Componente 1: contar con un Programa de Seguridad del Paciente que provea una adecuada caja de herramientas para la identificación y gestión de eventos adversos.

N°	Ítems a verificar	Cumple	No Cumple	No Aplica
1.	Cuenta con una plataforma estratégica de la seguridad y un programa de seguridad del paciente de acuerdo a los lineamientos nacionales.	X		
2.	Existencia de un referente y/o equipo funcional para la seguridad de pacientes.	X		
3.	Existencia y operación periódica de un comité de seguridad del paciente debidamente documentado.	X		
4.	Existencia de socialización del tema básico de seguridad del paciente.	X		
5.	Existencia y operación del sistema de reporte de las fallas en la atención en salud.	X		
6.	Existencia e implementación de un sistema de análisis de causa de las fallas en la atención de acciones de mejoramiento.	X		
7.	Existencia de valoración de los riesgos para procesos seguros asistenciales priorizados.		X	
8.	Existencia de formulación de acciones de mejoramiento o preventivas.		X	
9.	Existencia de un procedimiento para el desarrollo o adopción de guías de prácticas clínica.	X		
10.	Cuenta con la adopción o desarrollo institucional de las guías de manejo clínico.	X		
11.	Existencia de protocolo para socialización, manejo y seguridad de las tecnologías.	X		

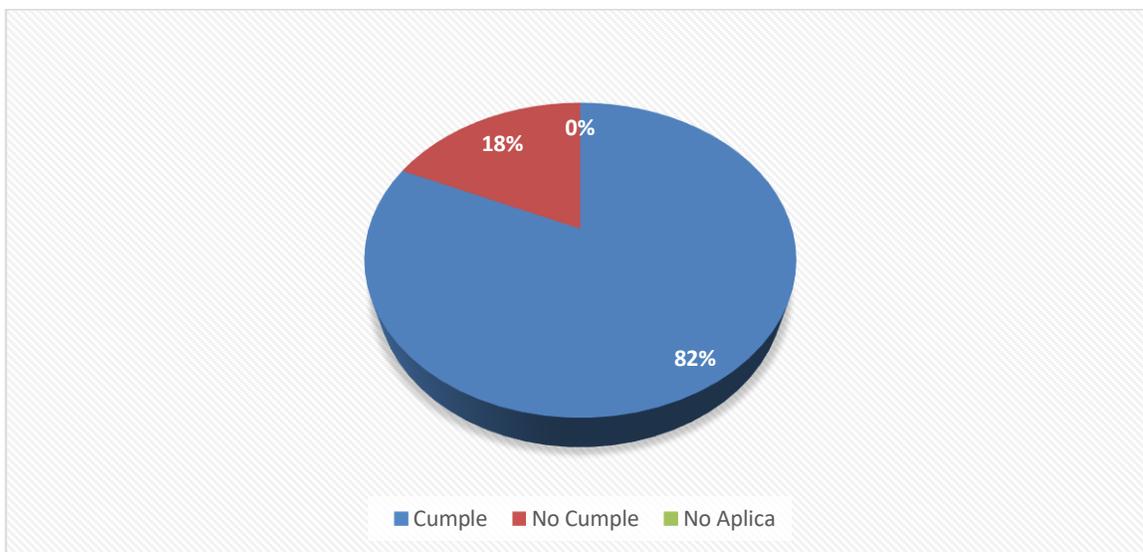
Puntaje obtenido: 9

Puntaje ideal: 11

% de cumplimiento: 82%

Para corroborar la información presentada anteriormente se muestra la gráfica 1.

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



Fuente. Elaboración propia, de datos obtenidos en la investigación.

Se evidenció que la Clínica Vascular de Bogotá cumple en un 82% con un programa de Seguridad del Paciente que provee una adecuada caja de herramientas para la identificación y gestión de eventos adversos con una alta dirección comprometida de forma explícita a través de una política de seguridad que cumple con los lineamientos nacionales. Cuenta con un comité y la existencia de un referente y/o equipo funcional para la seguridad de pacientes, cuyas funciones principales son relacionadas con la gestión de la seguridad de pacientes y socialización en la entidad. En cuanto a la valoración de los riesgos para procesos asistenciales priorizados y la formulación de acciones de mejoramiento o prevención para evitar o disminuir los riesgos más críticos de los procesos asistenciales priorizados, se evidencia que la clínica no cumple en un 18%.

Tabla 3. Componente 2: Monitorización de aspectos relacionados con la seguridad del paciente.

N°	Ítems a verificar	Cumple	No Cumple	No Aplica
1.	Evidencia de evaluación semestral de la adherencia a las guías de manejo clínico.	X		
2.	Implementación y seguimiento mensual de los indicadores de calidad reglamentarios.	X		

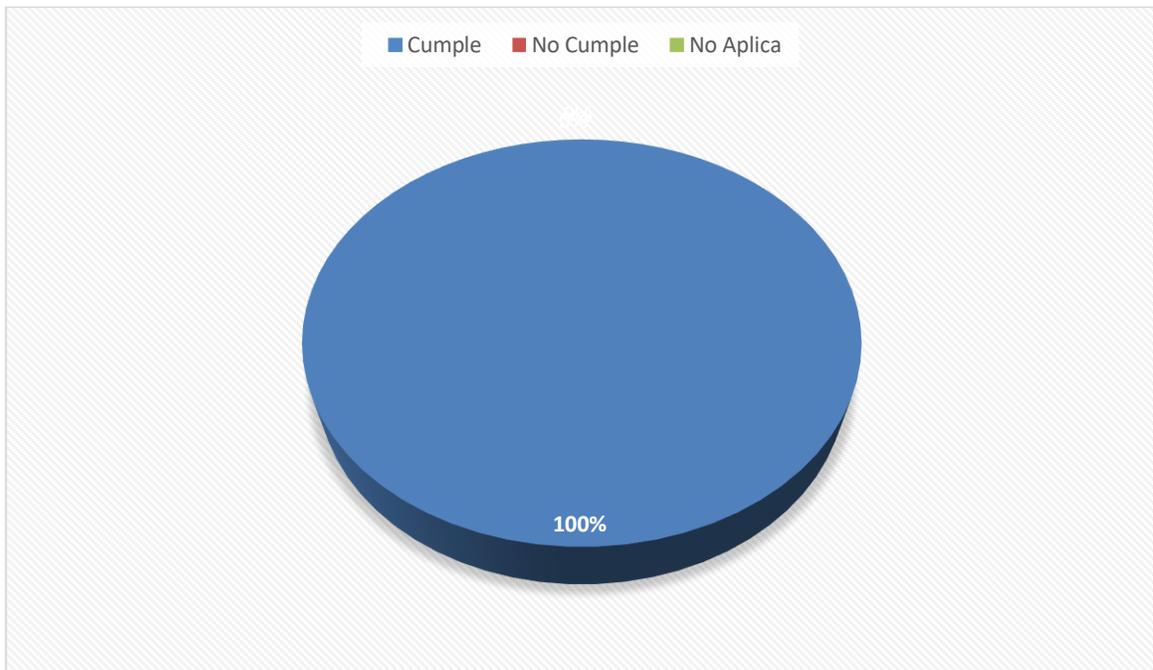
Puntaje obtenido: 2

Puntaje ideal: 2

% de cumplimiento: 100 %

La información arrojada anteriormente se presenta en la gráfica 2.

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



Fuente. Elaboración propia, de datos obtenidos en la investigación.

Se evidencio que la Clínica Vasculare de Bogotá cumple el 100 % de los parámetros establecidos para la monitorización de los aspectos relacionados con la seguridad del paciente evaluando semestralmente la adherencia a las guías de manejo clínico asociadas a las buenas prácticas de seguridad del paciente obligatorias que aplica y evidencia el mejoramiento continuo de dicha adherencia, en las rondas de seguridad y las auditorías de las historias clínicas se mide la adherencia a las guías de manejo. La institución también realiza seguimiento mensual a los indicadores de calidad reglamentarios y a aquellos que aplican a las buenas prácticas de seguridad de pacientes que están establecida y son obligatorias en el sistema único de habilitación, se realizó seguimiento mensual a los indicadores de calidad.

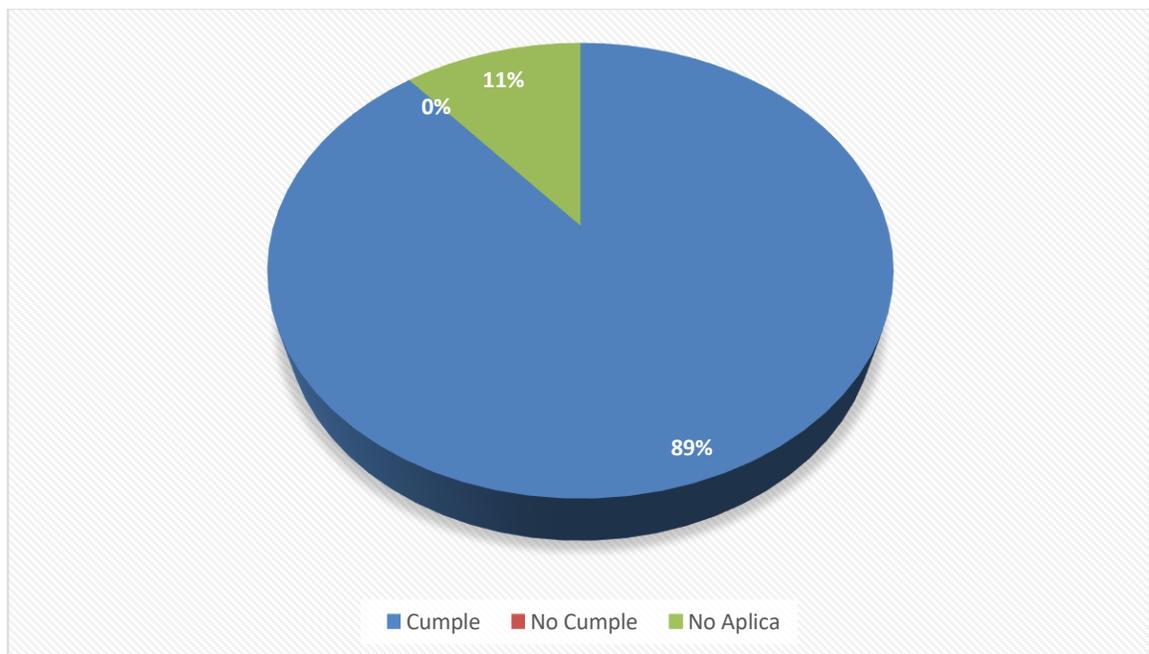
Tabla 4. Componente 3: detectar, prevenir y reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención en salud.

N°	Ítems a verificar	Cumple	No Cumple	No Aplica
1.	Evidencia documentada del análisis de causa del evento adverso.	X		
2.	Implementación protocolo de higiene de manos.	X		
3.	Socialización del protocolo incorporando los cinco momentos del lavado de manos, recomendado por la OMS.	X		
4.	Auditorías a la adherencia al protocolo de higiene de manos.	X		
5.	Existencia de insumos institucionales para la higiene de manos.	X		
6.	Existencia de protocolo de venopunción.	X		
7.	Implementación de guías para el aislamiento de pacientes.		X	
8.	Adopción de manual de bioseguridad institucional.	X		
9.	Medición al manual de Bioseguridad.	X		

Puntaje obtenido: 8
Puntaje ideal: 9
% de cumplimiento: 89 %

Para una mejor visualización de los datos obtenidos se muestra la gráfica 3.

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



Fuente. Elaboración propia, de datos obtenidos en la investigación.

En el componente detectar, prevenir y reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención en salud enfocado a la seguridad del paciente en el contexto asistencial, se puede observar que la Clínica Vasculat de Bogotá cumple en promedio con un 89% con las exigencias establecidas por el Ministerio de salud y protección social en cuanto a asistencia segura y solo no aplica con el 11%, la cual es la implementación de guías para el aislamiento de pacientes desde el ingreso a la clínica, desarrollado o adoptado por la institución y actualizado con la periodicidad que defina la institución, el cual se socializo y dicha actualización no debe ser superior a los cinco años e Incluye medidas de aislamiento universales.

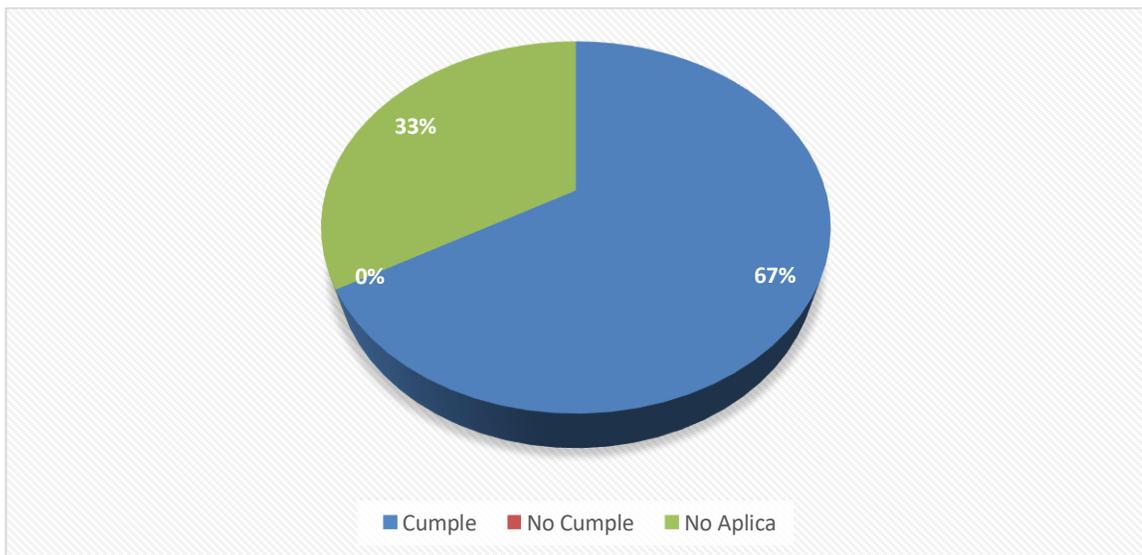
Tabla 5. Componente 4: mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos.

N°	Ítems a verificar	Cumple	No Cumple	No Aplica
1.	Evidencia documental del análisis de causa del evento adverso.	X		
2.	Evidencia de registros en la historia clínica con riesgo de alergias registrado.	X		
3.	Medición semestral de adherencia al proceso de administración segura de medicamentos.		X	

Puntaje obtenido: 2
 Puntaje ideal: 3
 % de cumplimiento: 67 %

Los datos obtenidos se representan en la gráfica 4.

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



Fuente. Fuente. Elaboración propia, de datos obtenidos en la investigación.

En el componente de mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos la Clínica Vascular de Bogotá cumple en un 67%, donde se evidencia análisis de causa del evento adverso, lesión por administración incorrecta de medicamentos cuando este se presente, identificando las acciones inseguras, los factores contributivos y definiendo las acciones de mejoramiento que conduzcan a la disminución de dicho evento adverso. El análisis se desarrolla en un comité de seguridad y los registros de la historia clínica evidencian que se ha identificado el riesgo de alergias a medicamentos de los usuarios de los servicios. Por su parte, el 33% demuestra que no hay una medición semestral de adherencia al proceso de administración segura de medicamentos a los usuarios y documentación de acciones de mejora, lo cual nos indica que no se está implementado correctamente el programa de Farmacovigilancia, el cual se debe socializar y evaluar de manera constante su adherencia. La administración segura de medicamentos es primordial en la atención de los pacientes, debido a que esto puede traerles consecuencias negativas si el uso del medicamento no es el adecuado, por lo cual se debe tener en cuenta los 10 correctos y además el uso adecuado de los medicamentos en cuanto a su dilución y velocidad de infusión.

Tabla 6. Componente 5: asegurar la correcta identificación del paciente en los servicios asistenciales.

N°	Ítems a verificar	Cumple	No Cumple	No Aplica
1.	Aseguran la correcta identificación del paciente en los servicios asistenciales.	X		
2.	Evidencia de protocolo para asegurar la correcta identificación del usuario al ingreso de los servicios asistenciales.	X		
3.	Evidencia de uso de mínimo dos identificadores recomendados por la OMS.	X		
4.	Verificación a la adherencia protocolo de identificación correcta del usuario.	X		
5.	Utilización de manillas para la marcación de los pacientes en los servicios asistenciales.	X		

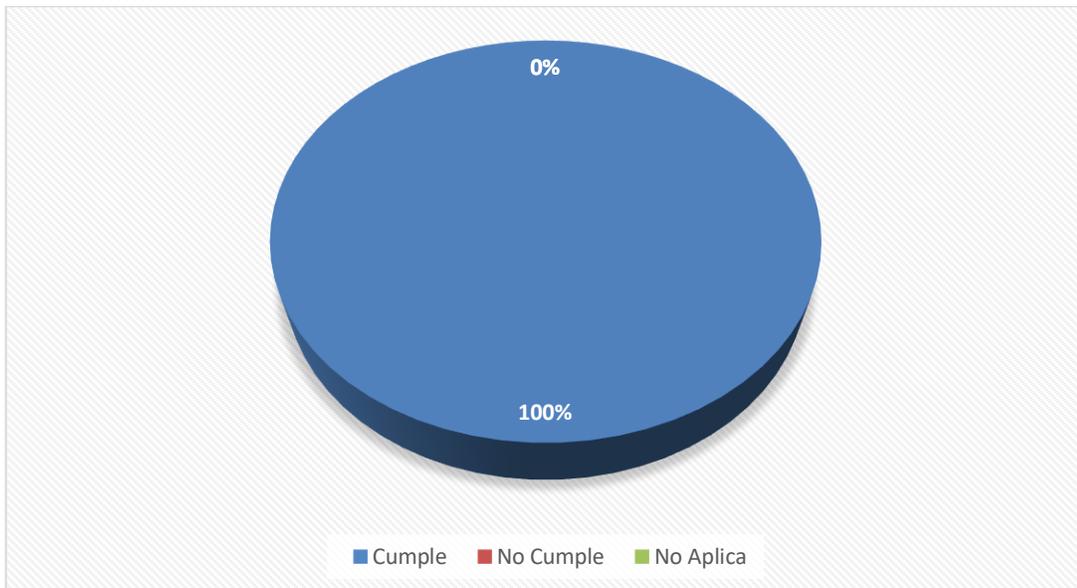
Puntaje obtenido: 5

Puntaje ideal: 5

% de cumplimiento: 100 %

La información presentada anteriormente se muestra en la gráfica 5.

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



Fuente. Elaboración propia, de datos obtenidos en la investigación.

Se observó que la Clínica Vascular de Bogotá cumple el 100% con un protocolo para asegurar la correcta identificación del usuario al ingreso del mismo y en los servicios asistenciales, desarrollado o adoptado por la institución y actualizado con la periodicidad que define la institución, incluye estrategias para verificar que el nombre del usuario ha sido registrado de forma completa y sin errores de escritura.

Tabla 7. Componente 6: procesos para la prevención y reducción de la frecuencia de caídas.

N°	Ítems a verificar	Cumple	No Cumple	No Aplica
1.	Evidencia documental del análisis de causa del evento adverso.	X		
2.	Clasificación del riesgo de caída a los usuarios que son internados en la institución.	X		
3.	Cuenta con protocolo para la minimización de riesgos de caída derivados de la condición del paciente.	X		
4.	Verificación de monitorización al protocolo para la minimización de riesgos de caídas.	X		

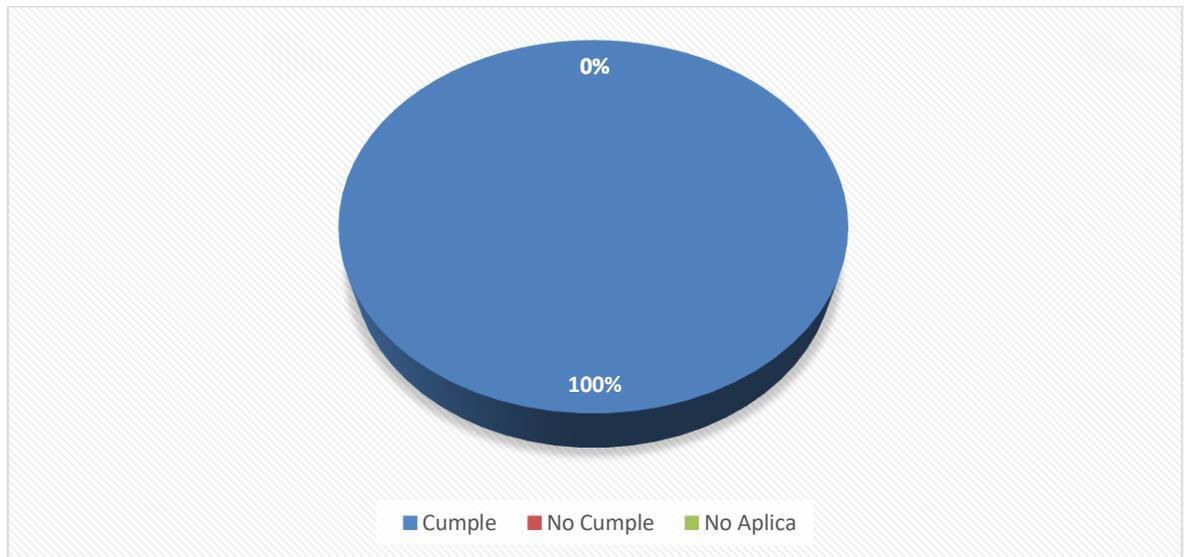
Puntaje obtenido: 4

Puntaje ideal: 4

% de cumplimiento: 100 %

En la gráfica 6 se muestran los datos arrojados anteriormente.

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



Fuente. Elaboración propia, de datos obtenidos en la investigación.

Se evidenció que la Clínica Vasculat de Bogotá cumple el 100% con los procesos para la prevención y reducción de la frecuencia de caídas, la cual cuenta con un documental del análisis de causa del evento adverso, tal como la lesión por caída asociada a la atención de salud, cuando esta se presente identificando las acciones inseguras, los factores contributivos y definiendo las acciones de mejoramiento que conduzcan a la disminución de dicho evento adverso, el análisis se desarrolla en un comité de seguridad.

Tabla 8. Componente 7: gestionar y desarrollar la adecuada comunicación entre las personas que atienden y cuidan a los pacientes.

N°	Ítems a verificar	Cumple	No Cumple	No Aplica
1.	Evidencia de identificación y análisis de fallas de comunicación del equipo que atiende al paciente.		X	
2.	Identificación y análisis de fallas de comunicación entre el equipo que atiende al paciente.		X	
3.	Cuenta con protocolo de comunicación entre el equipo de trabajo.	X		
4.	Implementación de estrategias de comunicación entre los equipos de trabajo y evidencia.		X	
5.	Evidencia de capacitación al personal en buenas prácticas de comunicación.		X	
6.	Medición de adherencia del personal a los protocolos de comunicación.		X	

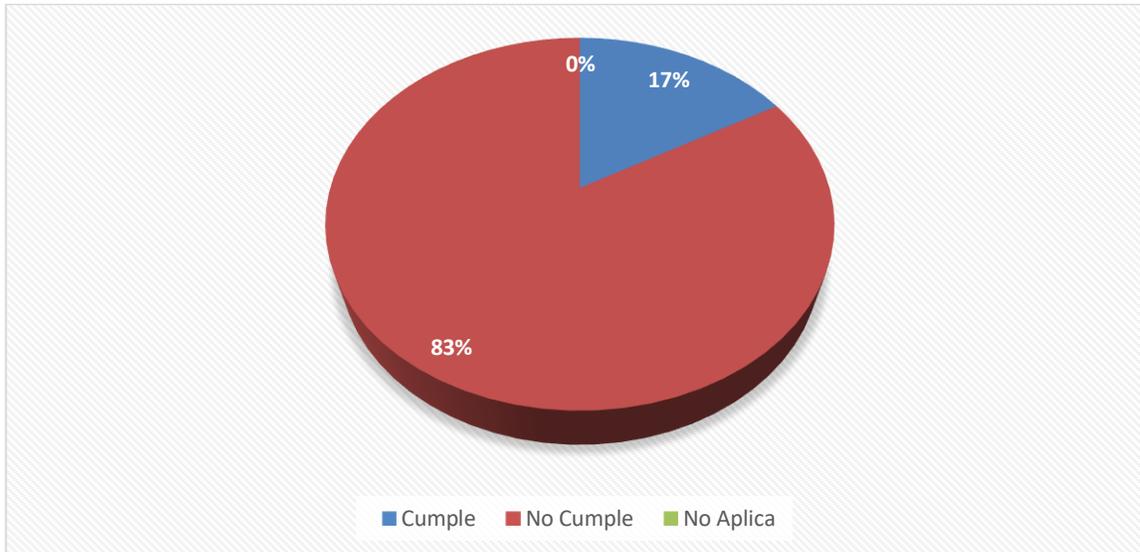
Puntaje obtenido: 1

Puntaje ideal: 6

% de cumplimiento: 17%

Los datos obtenidos anteriormente se muestran en la gráfica 7.

Gráfica 7. Porcentaje del cumplimiento del componente gestionar y desarrollar la adecuada comunicación entre las personas que atienden y cuidan al paciente.



Fuente. Elaboración propia, de datos obtenidos en la investigación.

Este es uno de los componentes más críticos que tiene la Clínica Vasculat de Bogotá de acuerdo con la investigación realizada no se logró a cabalidad el cumplimiento de este componente donde se registró que el 83% no cumple con la gestión y desarrollo de la adecuada comunicación entre las personas que atienden y cuidan a los pacientes dado que se evidencio fallas de comunicación entre el equipo que atiende a los pacientes. Se evidencia un análisis en el comité de seguridad donde se registró que solo el 17% cumple con un protocolo de comunicación entre el equipo de trabajo, este porcentaje es bajo si se quiere obtener un excelente programa de seguridad del paciente, ya que es muy importante tener una muy buena comunicación con el paciente y entre las personas del equipo mismo que los atienden, si esto no ocurre se puede tergiversar la información y puede llevar a que ocurran eventos adversos relacionados con la atención en salud.

Tabla 9. Componente 8: garantizar la funcionabilidad de los procedimientos de consentimiento informado.

N°	Ítems a verificar	Cumple	No Cumple	No Aplica
1.	Evidencia de identificación y análisis de fallas en la aplicación de los consentimientos informados.	X		
1.	Cuenta con procedimientos para la aplicación de consentimientos informados.	X		
2.	Socialización de la funcionabilidad de los procedimientos de consentimiento informado.	X		
3.	Verificación del contenido de los consentimientos informados.		X	
4.	Medición de adherencia al diligenciamiento del consentimiento informado.	X		
5.	Evidencia de capacitación de instructivo diligenciamiento consentimiento informado.	X		
6.	Verificación de conservación y protección de los consentimientos informados acorde a la resolución 1995 del 1999.	X		

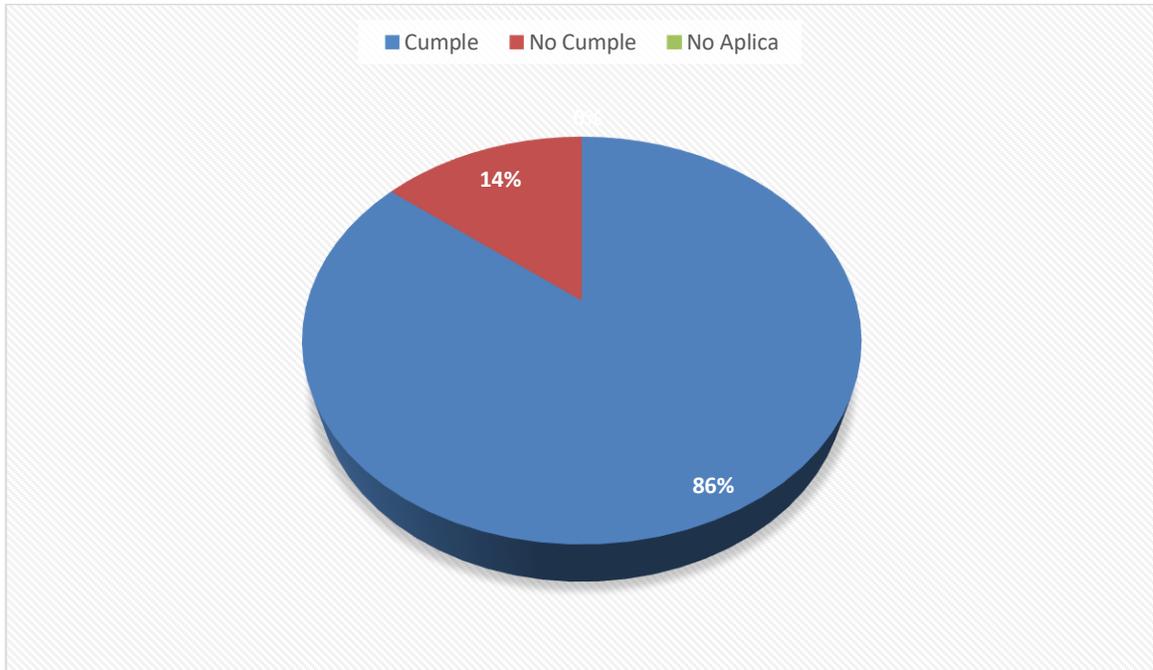
Puntaje obtenido: 6

Puntaje ideal: 7

% de cumplimiento: 86%

Los datos obtenidos del complemento 8 se ven representados en la gráfica 8.

Gráfica 8. Porcentaje del cumplimiento del componente Garantizar la funcionalidad de los procedimientos de consentimiento informado.



Fuente. Elaboración propia, de datos obtenidos en la investigación.

Con respecto al componente de garantizar la funcionalidad de los procedimientos de consentimiento informado se observó que la Clínica Vasculat de Bogotá cumple con el 86%, ya que se evidencio socialización, capacitación, identificación y análisis en el comité de seguridad y en la aplicación de los consentimientos informados, en cambio el 14% no cumple, dado que algunos consentimientos no cuentan con el contenido mínimo establecido por el paquete instruccional de seguridad de paciente.

Tabla 10. Componente 9: prevenir el cansancio en el personal de salud.

N°	Ítems a verificar	Cumple	No Cumple	No Aplica
1.	Verificación de fallas de calidad, eventos adversos e incidentes por factores de cansancio de personal.	X		
2.	Implementación de estrategias para prevenir el cansancio del personal	X		
3.	Medición del síndrome del cansancio de personal.	X		

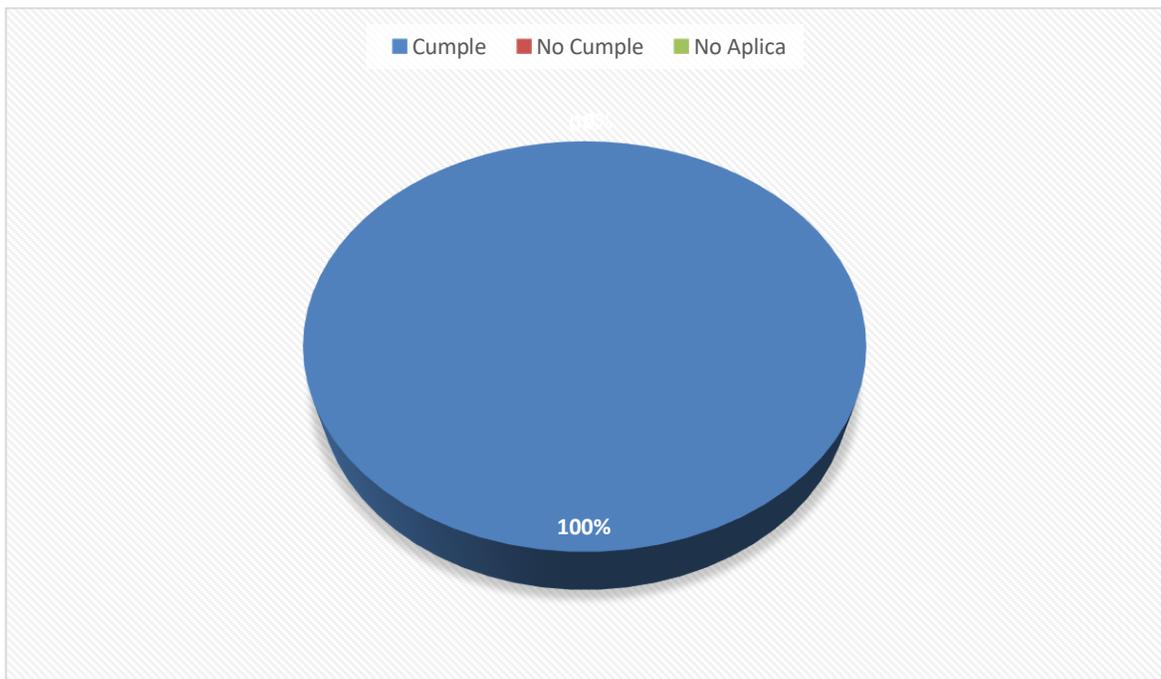
Puntaje obtenido: 3

Puntaje ideal: 3

% de cumplimiento: 100 %

Se observan los resultados agrupados en la gráfica 9.

Gráfica 9. Porcentaje del cumplimiento del componente prevenir el cansancio en el personal de salud.



Fuente. Elaboración propia, de datos obtenidos en la investigación.

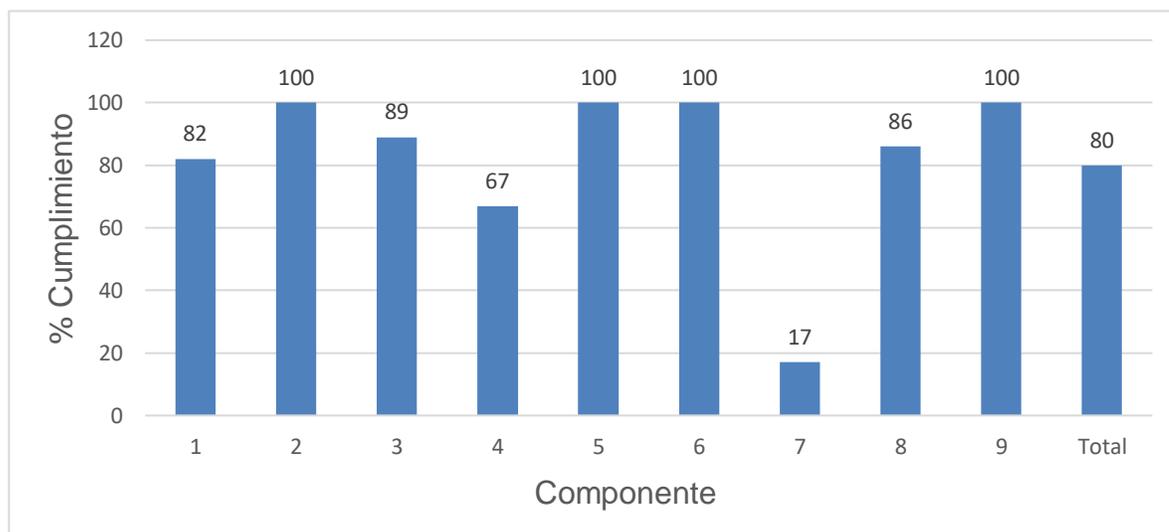
En el último componente que aplica para la Clínica Vasculat de Bogotá se evidenció que este cumple en su totalidad con el 100% en la prevención del cansancio en el personal de salud dado que se identifican las fallas de calidad, eventos adversos e incidentes causados por factores de cansancio del personal y se evidencia análisis en el comité de seguridad de paciente, implementando de manera sistemática estrategias para prevenir el cansancio del personal.

Tabla 11. Consolidado de los componentes de buenas prácticas para la seguridad del paciente en la Clínica Vascul ar de Bogotá.

Componentes de la lista de chequeo de buenas prácticas para la seguridad del paciente.	Puntaje obtenido	Puntaje ideal	% de cumplimiento
COMPONENTE 1: Contar con un Programa de Seguridad del Paciente que provea una adecuada caja de herramientas para la identificación y gestión de eventos adversos.	9	11	82%
COMPONENTE 2: Monitorización de aspectos relacionados con la seguridad del paciente.	2	2	100%
COMPONENTE 3: Detectar, prevenir y reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención en salud.	8	9	89%
COMPONENTE 4: Mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos.	2	3	67%
COMPONENTE 5: Asegurar la correcta identificación del paciente en los servicios asistenciales.	5	5	100%
COMPONENTE 6: Procesos para la prevención y reducción de la frecuencia de caídas.	4	4	100%
COMPONENTE 7: Gestionar y desarrollar la adecuada comunicación entre las personas que atienden y cuidan a los pacientes.	1	6	17%
COMPONENTE 8: Garantizar la funcionabilidad de los procedimientos de consentimiento informado.	6	7	86%
COMPONENTE 9: Prevenir el cansancio en el personal de salud.	3	3	100%
PUNTAJE TOTAL	40	50	80%

Se muestran los datos obtenidos anteriormente en la gráfica 10.

Gráfica 10. Porcentajes totales, componentes de buenas prácticas para la seguridad del paciente en la Clínica Vascular de Bogotá.



Fuente. Elaboración propia 2021.

El porcentaje de cumplimiento de las buenas prácticas para la seguridad del paciente en la Clínica Vascular de Bogotá es de 80% se puede calificar como un nivel de calidad bueno, donde se evidenció que la buena práctica se debe priorizar lo más posible para prestar un buen servicio, disminuyendo así los costos en el sistema de salud y la IPS, dando cumplimiento a la política de seguridad del paciente establecido por el Ministerio de la Protección Social.

5. CONCLUSIONES

La IPS debe enfocarse en cumplir la política de seguridad del paciente, realizando actividades, estrategias y lineamientos internos que ayuden a obtener practicas seguras al momento de la atención de los pacientes. En Colombia con el paso de los años, las normas que rigen el sector salud van encaminadas a promover la cultura de seguridad del paciente, ya que según los estudios presentados y con los resultados arrojados podemos observar que no solo afecta el país, sino que es un problema a nivel mundial.

Para la atención en la clínica vascular de Bogotá, se debe tener muy presente la seguridad del paciente con el fin de prevenir los errores causados por parte del personal asistencial, es primordial que se lleve este programa, no solo como algo normativo si no por brindar un servicio de gran calidad.

Desde la parte gerencial de las IPS se debe promover la cultura de atención segura, brindado todo tipo de recursos (humano, económico y tecnológico), que permita al personal asistencial tener herramientas para fortalecer los conocimientos y evitar errores que pueden desencadenar eventos adversos desde leves hasta graves, como lo es el fallecimiento de un paciente.

6. RECOMENDACIONES

Se recomienda a la Clínica Vasculare de Bogotá, definir responsables, frecuencias y establecer fechas en el programa de seguridad del paciente, elaborado con el fin de identificar, evaluar, gestionar y prevenir los eventos adversos y riesgos que afecten la seguridad de un paciente durante la atención en salud, así como incentivar, promover y gestionar la implementación de prácticas seguras efectivas y eficientes de todos los servicios en la atención en salud, para obtener procesos institucionales y asistenciales seguros involucrando al personal, los pacientes, la población diversa y sus familias en todo lo relacionado con la seguridad. Por otra parte se deben realizar capacitaciones de administración segura de medicamentos que vaya enfocado no solo a la administración en el paciente (dilución, velocidad de infusión), también debe ir encaminado a los eventos adversos que se presentan con los medicamentos luego del uso en los pacientes. También se recomienda realizar capacitación de comunicación asertiva y evaluar la adherencia del personal que labora en la institución.

7. BIBLIOGRAFÍA

ACHURY SALDAÑA, Diana, *et al.* Estudio de eventos adversos, factores y periodicidad en pacientes hospitalizados en unidades de cuidado intensivo. En: Enfermería global [En línea]. Vol.15 Núm. 42. Abril 2016. p. 324-340. [Consultado: 13 de octubre de 2021]. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412016000200011

AIBAR REMON, Carlos, *et al.* La investigación sobre seguridad del paciente: necesidades y perspectivas. En: Medicina clínica [en línea]. Vol. 131. Núm. 3. Diciembre 2008. p. 12-17. [Consultado: 13 de octubre de 2021]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S002577530876456X#>

ALCALDE, Pablo. Fundamentos y conceptos de la calidad. 3 ed. España: Paraninfo S.A 2009. p. 2-11.

ARANAZ ANDRES, Jesús *et al.* Prevalencia de eventos adversos en los hospitales de cinco países latinoamericanos: resultados del 'Estudio Iberoamericano de Eventos Adversos' (IBEAS). En: BMJ Quality & Safety. Vol. 20 Núm. 12. Diciembre 2011. p 1043-1051. [Consultado: 13 de octubre de 2021]. Disponible en: <https://qualitysafety.bmj.com/content/20/12/1043>

ARIAS CALVO, J ¿Cómo se garantiza la seguridad del paciente en tiempos de pandemia? [Internet]. 2020. [Consultado el 12 de abril de 2021]. Disponible en: <https://bogota.gov.co/mi-ciudad/salud/seguridad-del-paciente-esta-garantizada-en-bogota>

BAUTISTA-RODRÍGUEZ, Luz. La calidad en salud un concepto histórico vigente [En línea]. En: Revista ciencia y cuidado. Vol. 13 Núm 1. Enero-Junio 2016. p. 5-8.

Disponible

en:

<https://revistas.ufps.edu.co/index.php/cienciaycuidado/article/view/731/710>

COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPUBLICA. Ley 100 (23, diciembre, 1993). Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones [en línea]. Santa Fe de Bogotá, D. C. p.1-63. [Consultado: 10 de octubre 2021].

Disponible

en:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-100-de-1993.pdf>

COLOMBIA. INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMALIZACIÓN Y CERTIFICACIÓN. (15, octubre,2015) Sistemas de gestión de la calidad: fundamentos y vocabulario. NTC-ISO 9000 [En línea]. Bogotá D.C.: El instituto. 2015. 20 p. [Consultado: 10 de octubre 2021]. Disponible en:

<https://www.ramajudicial.gov.co/documents/5454330/14491339/d2.+NTC+ISO+9000-2015.pdf/ccb4b35c-ee63-44b5-ba1e-7459f8714031>

COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Ley 741 (14, marzo, 1997). Por la cual se imparten instrucciones sobre seguridad personal de usuarios para Instituciones y demás Prestadores de Servicios de Salud [en línea]. Santa Fe de Bogotá, D. C. p. 1-4. [Consultado: 10 de octubre 2021]. Disponible en:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-0741-de-1997.pdf>

COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Decreto 1011 (03, abril, 2006). 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 [en línea]. Bogotá, D.C. p.1-3. [Consultado: 10 de octubre 2021]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO%201011%20DE%202006.pdf

COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Guía Técnica “Buenas Prácticas para la Seguridad del paciente” [en línea]. Versión 001. Colombia. 2010.p. 7-11. [Consultado: 10 de octubre de 2021]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/guia-buenas-practicas-seguridad-paciente2010.pdf>

COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 0256 (05, febrero, 2016). Por la cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema de Información para la Calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud [en línea]. Bogotá, D.C. p. 1-8. [Consultado: 10 de octubre 2021]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%200256%20de%202016.pdf

COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 3100 (25, noviembre, 2019). Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud [en línea]. Bogotá, D.C. p. 1-35. [Consultado: 10 de octubre 2021]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-3100-de-2019.pdf>

COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente [en línea]. Colombia. Buenos y Creativos. 2008.p. 7-11. [Consultado: 10 de octubre de 2021]. Disponible en:

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B2n%20112%20de%202012%20-%20Documentos%20de%20apoyo%20.pdf

COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Lista de chequeo para las buenas prácticas de seguridad de pacientes obligatorias [en línea]. Bogotá D.C. [Consultado: 31 de agosto de 2021]. Disponible en:

<https://www.dssa.gov.co/index.php/documentos-de-interes/lista-de-chequeo-para-las-buenas-practicas-de-seguridad-de-pacientes-obligatorias>

CONCHA TORRE, Andrés, *et al.* Las listas de verificación: ¿una ayuda o una molestia? En: Anales de pediatría [en línea]. Vol. 93 Núm 2. España. Agosto 2020. p. 75-76. [Consultado: 20 de octubre de 2021]. Disponible en:

<https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S1695403320301879?token=3AD23360540AFE2951F0B6E30548A73A9A778C320BEA2774C28996DECF8E22ECBA1120A48851B91CD49FB43F6B1D9FCF&originRegion=us-east-1&originCreation=20211107025226>

ESPAÑA. MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. Estudio APEAS Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud [en línea]. España. Centro de publicaciones. 2008.p. 11-12. [Consultado: 10 de octubre de 2021]. Disponible en:

<https://seguridaddelpaciente.es/resources/contenidos/castellano/2008/APEAS.pdf>

ESTEPA DEL ÁRBOL, Miriam, *et al.* Eficacia de los programas de seguridad del paciente. En: Enfermería Nefrológica [en línea]. Vol. 19 Núm. 1. Enero-Marzo 2016. p 63-75. [Consultado: 13 de octubre de 2021]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-28842016000100008&lng=es

MARTÍNEZ REYES, Cielo, *et al.* Seguridad del paciente y su percepción en los profesionales de la salud. En: Civilizar Ciencias Sociales y Humanas [En línea]. Vol.17 Núm. 33. Julio - diciembre 2017. p. 277-291. [Consultado: 13 de octubre de 2021] Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-89532017000200277&lng=es&nrm=iso

MUIÑO MIGUEZ, A. *et al.* Seguridad del paciente. En: Anales de medicina interna [en línea]. Vol. 24 Núm. 12. Diciembre 2017. p 602-606. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992007001200010&lng=es&tlng=es.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente La Investigación en Seguridad del Paciente Mayor conocimiento para una atención más segura [En línea]. Suiza. Ediciones OMS.2008. p.1-12. [Consultado: 13 de octubre de 2021]. Disponible en: https://www.who.int/patientsafety/information_centre/documents/ps_research_brochure_es.pdf

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Información actualizada sobre la 74.^a Asamblea Mundial de la Salud. [Consultado: 31 de agosto de 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/28-05-2021-update-from-the-seventy-fourth-world-health-assembly-28-may-2021>

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Seguridad del paciente. [En línea]. [Consultado el 13 de octubre de 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety#:~:text=La%20seguridad%20del%20paciente%20es,pacientes%20en%20los%20centros%20sanitarios.>

ROCCO, Cristian y GARRIDO, Alejandro. Seguridad del paciente y cultura de seguridad. En: Revista Médica Clínica Las Condes [En línea]. Vol. 28 Núm.5. Septiembre – Octubre 2017. p 785-795. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-seguridad-del-paciente-y-cultura-S0716864017301268>

SALAMANCA CASTRO, Ana. Checklist para autores y checklist para lectores: diferentes herramientas con diferentes objetivos. En: nure investigación. Vol. 16 Núm. 99. España. Abril - Mayo 2019. [Consultado: 20 de octubre 2021]. Disponible en: <https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/1769/874>

VILLARREAL PÉREZ, Jesús; GÓMEZ ALMAGUER, David y BOSQUES-PADILLA Francisco. Errar es humano. En: Revista Medicina Universitaria [en línea]. Vol. 13 Núm. 51. Abril 2011. p 69-71. [Consultado: 13 de octubre de 2021]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/en-revista-medicina-universitaria-304-pdf-X1665579611240505>

8. ANEXOS

Anexo 1. Autoevaluación seguridad del paciente

AUTOEVALUCION SEGURIDAD DEL PACIENTE

Descripción del formulario

Nombre

Texto de respuesta corta

1. Es el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño. Los eventos

- Incidente Adverso
- Evento Adverso
- Evento Centinela
- Ninguna de la anteriores

2. ¿En que grado conoce usted la política de seguridad del paciente?

- Alto
- Medio
- Bajo

3. Los integrantes del comité de seguridad del paciente son:

- Director científico.
- Regente de farmacia.
- Coordinador de auxiliar de enfermería.
- Un representante del servicio de fisioterapia.
- Coordinador de gestión integral
- Todas las anteriores

4. ¿En que formato de deben realizar los reportes de eventos o incidentes adversos?

- Reporte de novedades
- Reporte de eventos
- Reporte de incidentes
- Ninguna de las anteriores

5. Para identificar riesgo de caída en los pacientes se utiliza la manilla de color:

- Verde
- Rojo
- Azul
- Morada

6. El análisis de los eventos adversos en la CVB se realiza mediante la metodología de:

- Lluvia de ideas
- Espina de pescado
- Protocolo de londres
- Ninguna de las anteriores

7. Luego que se reporta el evento adverso es analizado en el comité de:

- Vigilancia epidemiologica
- Historias clinicas
- Seguridad del paciente
- Calidad

8. Una vez se realiza el análisis del evento y se han detectado los elementos en torno al mismo, se procede a:

- Hacer retroalimentación
- Hacer evaluación
- Hacer plan de mejora
- Cerrar el caso

9. Para identificar alergias en los pacientes se utiliza la manilla de color:

- Amarillo
- Verde
- Rojo
- Morado

10. Para identificar pacientes con enfermedad de anticoagulación se utiliza la manilla de color:

- Amarillo
- Rojo
- Morado
- Ninguna de las anteriores

Anexo 2. Lista de verificación buenas prácticas de seguridad de pacientes

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN	CLINICA VASCULAR DE BOGOTA S.A.S				
FECHA DE DIAGNÓSTICO	2021-06-29				
SERVICIOS HABILITADOS	SEDE SOLEDAD *301-ANESTESIA *328-MEDICINA GENERAL *372-CIRUGÍA VASCULAR *714-SERVICIO FARMACÉUTICO *719-ULTRASONIDO *739-FISIOTERAPIA				
	CUMPLE	NO CUMPLE	NO APLICA	HALLAZGOS	OPORTUNIDADES DE MEJORA
COMPONENTE 1. Contar con un Programa de Seguridad del Paciente que provea una adecuada caja de herramientas para la identificación y gestión de eventos adversos					
a. Plataforma Estratégica de la Seguridad					
Evidencia del compromiso de la alta Dirección de forma explícita a través de una política de seguridad que cumpla lineamientos nacionales (Propósitos, sistema institucional de reporte de incidentes y eventos adversos, referente o equipo funcional líder	X			Se evidencia política de seguridad del paciente, en el manual de atención segura con CODIGO: MA-PS-04 , la cual está publicada.	

<p>del programa de seguridad de pacientes, estrategias de sensibilización y capacitación institucionales, homologación de conceptos de la seguridad de pacientes, integración con otras políticas y con la planeación estratégica, participación del paciente y su familia).</p>					
<p>Evidencia de la existencia de un referente y/o equipo funcional para la Seguridad de Pacientes, cuyas funciones principales son relacionadas con la gestión de la seguridad de pacientes y socialización en la entidad</p>	<p>X</p>			<p>De acuerdo al manual de atención segura con CODIGO: MA-PS-04, En la Clínica Vasculat de Bogotá en concordancia con su gerente y la política de seguridad del paciente, el Líder y referente de seguridad del paciente es el</p>	

				Coordinador Asistencial.	
<p>Evidencia de la existencia y operación periódica de un Comité de Seguridad de Pacientes que repose en actas. El comité cuenta con unos integrantes mínimos permanentes, entre los que se cuenta un referente de la seguridad del paciente, un colaborador tomador de decisiones de los procesos misionales y de los procesos administrativos o en su defecto, un colaborador que pueda canalizar efectivamente las decisiones a tomar, un referente de la gestión de calidad de la IPS. Como invitados al comité se cuenta con representantes operativos de los servicios en donde ocurrieron las fallas que se van a analizar (incluir a representantes de los</p>	<p>X</p>			<p>Se evidencia la existencia de un comité de seguridad del paciente integrado de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Director científico. * Regente de farmacia. * Coordinador de auxiliar de enfermería. * Un representante del servicio de fisioterapia. * Coordinador de gestión integral * Asesor externo. <p>El cual se reúne con una periodicidad</p>	

servicios tercerizados o proveedores relacionados con el evento adverso).				mensual y su principal objetivo es transversalizar y promover la cultura de gestión del riesgo, seguridad y humanización del servicio en todos los procesos de la organización.	
---	--	--	--	---	--

b. Fortalecimiento de la Cultura institucional

Evidencia de la socialización del tema básico de Seguridad del Paciente en los colaboradores de la entidad (política de seguridad institucional, taxonomía, sistema de reporte de fallas en la atención, metodología institucional de análisis de causas de los incidentes o eventos adversos)	X			Se evidencian capacitaciones de seguridad de paciente realizadas en el año y la capacitación de Seguridad del paciente, manual de atención segura, reporte de eventos	Programar capacitación para el año 2022
--	----------	--	--	---	---

				adversos, estrategias, prácticas y metas de seguridad, programas de fármaco y tecnoviliangia .	
c. Reporte, medición, análisis y gestión de los eventos adversos					
Definición y operación del Sistema de Reporte de las fallas en la atención en salud: Incidentes y/o Evento Adverso. Incluye sensibilización del sistema de reporte en la institución.	X			Existe un formato de reporte de novedades con código: FO-ME-09 , en donde se reportan Incidentes y/o Evento Adverso y del cual se realiza sensibilización a todo el personal en la inducción y reinducción.	Generar cultura del reporte.

<p>Definición e implementación de un sistema de análisis de causa (puede ser el en Protocolo de Londres u otro sistema técnico) de las fallas en la atención de acciones de mejoramiento o barreras de seguridad para las causas de mayor impacto y probabilidad. Para las IPS, éste análisis debe realizarse en el marco del Comité de Seguridad.</p>	<p>X</p>			<p>Se realiza análisis de causa en el formato con código: FO-ME-11.</p>	<p>Generar cultura del reporte.</p>
--	-----------------	--	--	--	-------------------------------------

d. Procesos Seguros.

<p>Evidencia de la valoración de los riesgos para procesos asistenciales priorizados.</p>	<p>X</p>			<p>No se evidencia gestión del riesgo para los procesos asistenciales, se realizó capacitación de gestión del riesgo a todos los líderes de procesos.</p>	<p>Implementar metodología AMEF.</p>
---	-----------------	--	--	---	--------------------------------------

Evidencia de la formulación de acciones de mejoramiento o preventivas para evitar o disminuir los riesgos más críticos de los procesos asistenciales priorizados		X		No se evidencia gestión del riesgo para los procesos asistenciales, se realizó capacitación de gestión del riesgo a todos los líderes de procesos.	Implementar metodología AMEF.
La institución cuenta con un procedimiento para el desarrollo o adopción de guías de práctica clínica para la atención de las patologías o condiciones que atiende con mayor frecuencia en cada servicio.	X			Se evidencia procedimiento o con código PR-PS-14 Adopción de guías de Práctica Clínica.	
Evidencia de la adopción o desarrollo institucional de las guías de manejo Clínico asociadas a las buenas prácticas de seguridad del paciente obligatorias que le apliquen y evidencia de su socialización.	X			Se evidencia acta de adopción de las guías de manejo.	Ejecutar capacitaciones de las guías programadas en el cronograma de capacitaciones del año 2019.

<p>Protocolo para la socialización, manejo y seguridad de las tecnologías existentes en la Institución y por servicio.</p>	<p>X</p>			<p>Se evidencia protocolo con código PT-IM-01 Protocolo de Manejo y Seguridad de las Tecnologías.</p>	<p>Socializar protocolo a todo el personal.</p>
<p>SUBTOTAL COMPONENTE 1</p>	<p>9</p>				
<p>COMPONENTE 2. Monitorización de aspectos relacionados con la seguridad del paciente.</p>					
<p>La Institución evalúa semestralmente la adherencia a las guías de manejo Clínico asociadas a las buenas prácticas de seguridad del paciente obligatorias que le apliquen y evidencia el mejoramiento continuo de dicha adherencia.</p>	<p>X</p>			<p>En las rondas de seguridad y las auditorias de historias clínicas se mide la adherencia a las guías de manejo.</p>	

<p>La institución realiza seguimiento mensual a los indicadores de calidad reglamentarios y a aquellos que aplican a las Buenas Prácticas de Seguridad de Pacientes que quedaron obligatorios en el Sistema Único de Habilitación y que le apliquen.</p>	<p>X</p>			<p>Se realiza seguimiento mensual a los indicadores de calidad, en la formato con código FO-ME-02 Ficha Técnica de indicadores</p>	<p>Citar por favor los indicadores que medimos</p>
	<p>2</p>	<p>0</p>	<p>0</p>		
<p>SUBTOTAL COMPONENTE 2</p>	<p>2</p>				
<p>COMPONENTE 3. DETECTAR, PREVENIR Y REDUCIR EL RIESGO DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD.</p>					
<p>Evidencia documental del análisis de causa del evento adverso: infección asociadas a la atención en salud, cuando se presente, identificando las acciones inseguras, los factores contributivos y definiendo las acciones de mejoramiento que conduzcan a la</p>	<p>X</p>			<p>Se realiza análisis de causa en el formato con código: FO-ME-11.</p>	<p>Generar cultura del reporte. Capacitar al comité de seguridad en desarrollo del protocolo de Londres.</p>

disminución de dichas infecciones. El análisis se debe desarrollar en un comité de seguridad.					
Protocolo para la higiene de manos desarrollado o adoptado por la institución y actualizado con la periodicidad que defina la institución, pero dicha actualización no debe ser superior a los cinco años.	X			Se evidencia protocolo con código PT-PS-01 Protocolo lavado de manos, Versión 3 – Vigencia 14/04/2021.	Desarrollar todo el paquete instruccional de prevención de infecciones.
El protocolo incorpora los cinco momentos del lavado de manos recomendado por la OMS. Debe estar socializado	X			Se evidencian capacitaciones de Técnica de lavado de mano el día 28/07/2021, con una cobertura del 100%.	
Auditorías semestrales de adherencia a la higiene de manos para todos los servicios asistenciales y	X			En las rondas de seguridad se mide la adherencia con el	

documentación de acciones de mejora si aplica.				formato con código FO-PS-35 Lista de Chequeo Para lavado de manos.	
Presencia de insumos institucionales para la higiene de manos: Toallas desechables, solución de alcohol glicerinado, jabón antibacterial, en concordancia con el protocolo institucional de higiene de manos.	X			Se evidencia protocolo con código PT-PS-01 Protocolo lavado de manos, Versión 3 – Vigencia 14/04/2021.	
Protocolo de venopunción que incluye acciones para prevenir las flebitis infecciosas, químicas y mecánicas.	X			Se evidencia protocolo con código PT-PS-01 Protocolo lavado de manos, Versión 3 – Vigencia 14/04/2021.	Verificar este ítem porque pregunta es por el protocolo de venopunción para canalización que contenga estos ítems para prevención de flebitis.

<p>Guía para el aislamiento de pacientes desde el ingreso a la institución, desarrollado o adoptado por la institución y actualizado con la periodicidad que defina la institución, pero dicha actualización no debe ser superior a los cinco años. Incluye medidas de aislamiento universales. Debe estar socializado.</p>			<p style="text-align: center;">X</p>	<p>Evaluar aquí si tenemos documentado que hacer si recibimos un paciente que venga con una enfermedad infectocontagiosa de la cual tengamos conocimiento como Tuberculosis, entre otras.</p>	
<p>Manual de Bioseguridad institucional desarrollado o adoptado por la institución y actualizado con la periodicidad que defina la institución, pero dicha actualización no debe ser superior a los cinco años. Debe estar socializado.</p>	<p style="text-align: center;">X</p>			<p>Se evidencia manual con código MA-PS-04 MANUAL DE ATENCION SEGURA</p>	

<p>Medición semestral de adherencia al Manual de Bioseguridad en los servicios priorizados y documentación de acciones de mejora si aplica.</p>	<p>X</p>			<p>En las rondas de seguridad se mide la adherencia a la manual de bioseguridad.</p>	<p>Generar los informes de las rondas de seguridad</p>
<p>SUBTOTAL COMPONENTE 3</p>		<p>8</p>			
<p>COMPONENTE 4. MEJORAR LA SEGURIDAD EN LA UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS</p>					
<p>Evidencia documental del análisis de causa del evento adverso: lesión por administración incorrecta de medicamentos, cuando se presente, identificando las acciones inseguras, los factores contributivos y definiendo las acciones de mejoramiento que conduzcan a la disminución de dicho evento adverso. El análisis se debe desarrollar en un comité de seguridad.</p>	<p>X</p>			<p>Se realiza análisis de causa en el formato con código: FO-ME-11.</p>	

Medición semestral de adherencia al proceso de administración segura de medicamentos a los usuarios y documentación de acciones de mejora si aplica.			X		
Los registros de la historia clínica evidencian que se ha identificado el riesgo de alergias a medicamentos de los usuarios de los servicios.	X				
SUBTOTAL COMPONENTE 4	2				
COMPONENTE 5. ASEGURAR LA CORRECTA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE EN LOS SERVICIOS ASISTENCIALES					
Evidencia documental del análisis de causa del evento adverso: lesión por identificación incorrecta del usuario, cuando se presente, identificando las	X			Se realiza análisis de causa en el formato con código: FO-ME-11.	

<p>acciones inseguras, los factores contributivos y definiendo las acciones de mejoramiento que conduzcan a la disminución de dicho evento adverso. El análisis se debe desarrollar en un comité de seguridad.</p>					
<p>Protocolo para asegurar la correcta identificación del usuario al ingreso del mismo y en los servicios asistenciales, desarrollado o adoptado por la institución y actualizado con la periodicidad que defina la institución, pero dicha actualización no debe ser superior a los cinco años. Incluye estrategias para verificar que el nombre del usuario ha sido registrado de forma completa y sin errores de escritura.</p>	<p>X</p>			<p>Se evidencia procedimiento o con código PR-PS-01. Procedimiento de identificación del riesgo del paciente.</p>	

<p>Incluye el uso de mínimo dos identificadores recomendados por la OMS (Nombre, número de identificación) en tableta de cabecera o pie de cama. Nunca el número der la cama, el número de habitación o el diagnóstico clínico.</p>	<p>X</p>			<p>En la clínica se usan mínimo 2 identificadores</p>	
<p>Medición semestral de adherencia al protocolo de identificación correcta del usuario y documentación de acciones de mejora si aplica.</p>	<p>X</p>			<p>En las rondas de seguridad se mide la adherencia al procedimiento de identificación del riesgo del paciente.</p>	
<p>Uso de manillas de marcación de los pacientes en servicios asistenciales priorizados. Siempre debe incluir el servicio de ginecobstetricia, pediatría y atención mental.</p>	<p>X</p>			<p>Se evidencia procedimiento o con código PR-PS-01 Procedimiento de identificación del riesgo del paciente, en</p>	

				<p>donde se especifica El instrumento a utilizar será una manilla de identificación así:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manilla Morada: Para pacientes anticoagulados. • Manilla Amarilla: Para identificación de alergias. • Manilla Roja: Para identificación de paciente con alto riesgo de caídas. 	
	5	0	1		
SUBTOTAL COMPONENTE 5	5				

COMPONENTE 6. PROCESOS PARA LA PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DE LA FRECUENCIA DE CAÍDAS

<p>Evidencia documental del análisis de causa del evento adverso: Lesión por caída asociada a la atención de salud, cuando se presente, identificando las acciones inseguras, los factores contributivos y definiendo las acciones de mejoramiento que conduzcan a la disminución de dicho evento adverso. El análisis se debe desarrollar en un comité de seguridad.</p>	<p>X</p>			<p>Se realiza análisis de causa en el formato con código: FO-ME-11.</p>	
<p>Clasificar el riesgo de caída a los usuarios que son internados en la institución y que contemple como mínimo antecedentes de caídas e identificación del pacientes que estén agitados, funcionalmente afectados, que</p>	<p>X</p>			<p>Se evidencia procedimiento o con código PR-PS-01. Procedimiento o de identificación del riesgo del paciente, en donde se especifica El</p>	

necesiten ir
frecuentemente al baño
o que tienen movilidad
disminuida y pacientes
bajo sedación.

instrumento a
utilizar será
una manilla
de
identificación
así:

- Manilla
Morada:
Para
pacientes
anticoagula-
dos
- Manilla
Amarilla:
Para
identificación
de alergias
- Manilla
Roja: Para
identificación
de paciente
con alto
riesgo de
caídas.

<p>Protocolo para la minimización de riesgos de caída derivados de la condición del paciente desarrollado o adoptado por la institución y actualizado con la periodicidad que defina la institución, pero dicha actualización no debe ser superior a los cinco años. Dicho protocolo debe incluir que las camas y camillas tengan barandas, las escaleras antideslizantes, los baños agarraderas en duchas y sanitarios, la ausencia de obstáculos en los pasillos de internación y una adecuada iluminación.</p>	<p>X</p>			<p>Se evidencia procedimiento o con código PR-PS-01 Procedimiento de identificación del riesgo del paciente.</p>	
<p>Medición semestral de adherencia al protocolo para la minimización de riesgos de caída de los usuarios y documentación de acciones de mejora si aplica.</p>	<p>X</p>			<p>En las rondas de seguridad se mide la adherencia para minimizar el riesgo de caída en los usuarios.</p>	
	<p>4</p>	<p>0</p>	<p>0</p>		

**SUBTOTAL
COMPONENTE 6**

4

COMPONENTE 7. Gestionar y desarrollar la adecuada comunicación entre las personas que atienden y cuidan a los paciente.

Se evidencia identificación y análisis de fallas de comunicación entre el equipo que atiende al paciente. Se evidencia análisis en el comité de seguridad.		X			
Se han identificado y gestionado riesgos asociados a los procesos de comunicación entre el equipo de trabajo. Se evidencia gestión de las mejoras identificadas.		X		No se evidencia gestión del riesgo para los procesos asistenciales, se realizó capacitación de gestión del riesgo a todos los líderes de procesos.	Implementar metodología AMEF.
Existe un protocolo de comunicación entre el equipo de trabajo.	X			Se evidencia la ejecución de reuniones	

				<p>diarias a la 6:50am, donde el personal asistencial, junto con el área administrativa tienen un espacio de comunicación .</p>	
<p>Se implementan estrategias de comunicación entre los equipos de trabajo y se encuentra evidencia de esta implementación.</p>		X		<p>Se evidencia la ejecución de reuniones diarias a la 6:50am, donde el personal asistencial, junto con el área administrativa tienen un espacio de comunicación , pero no se tiene evidencia física de esta.</p>	

Se capacita al personal en buenas prácticas de comunicación.		X			
Se mide la adherencia del personal a los protocolos de comunicación.		X			
SUBTOTAL COMPONENTE 7	1				
COMPONENTE 8. Garantizar la funcionabilidad de los procedimientos de consentimiento informado.					
Se evidencia identificación y análisis de fallas en la aplicación de los consentimientos informados. Se evidencia análisis en el comité de seguridad.	X			Se evidencia la ejecución de reuniones diarias a la 6:50am, donde el personal asistencial, junto con el área administrativa tienen un espacio de comunicación , pero no se tiene evidencia física de esta.	

<p>Se cuenta con procedimientos para la aplicación de consentimientos informados. Este es actualizado con la periodicidad establecida por la institución, pero no más de 5 años.</p>	<p>X</p>			<p>Se evidencia instructivo con código IN-PS-01 Instructivo Para la Aplicación del Consentimiento Informado doc.</p>	
<p>Se evidencia socialización de este procedimiento.</p>	<p>X</p>			<p>Se evidencian capacitaciones de Instructivo diligenciamiento consentimiento informado, procedimiento para identificar los riesgos del paciente, Ronda de seguridad, Protocolo retiro de puntos, curaciones y reportes de</p>	

				<p>novedades el día 09/03/2021, con una cobertura del 100% y una de Escáner de consentimiento informado para subirlos a E-SALUD en la historia clínica del paciente el día 05/08/2021, con una cobertura del 100%.</p>	
<p>Los consentimientos informados tienen el contenido mínimo establecido por el paquete instruccional de seguridad de paciente</p>		X		<p>Se evidencia que algunos consentimientos si cuentan con el contenido mínimo establecido por el paquete instruccional de seguridad</p>	

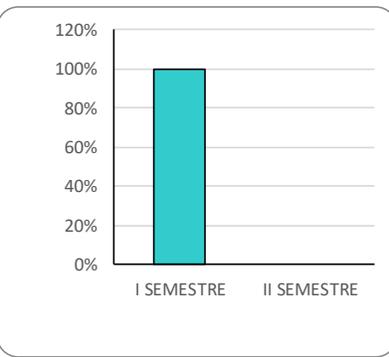
				de paciente, se está realizando la revisión para que todos cumplan al 100%.	
Se realiza medición mínimo semestral de la adherencia al diligenciamiento del consentimiento informado	X			En las auditorias de historias clínicas se mide la adherencia al diligenciamiento del consentimiento informado.	
Se capacita al personal en la importancia de la correcta aplicación del consentimiento informado	X			Se evidencian capacitaciones de Instructivo diligenciamiento consentimiento informado, procedimiento para identificar los riesgos del	

				<p>paciente, Ronda de seguridad, Protocolo retiro de puntos, curaciones y reportes de novedades el día 09/03/2021, con una cobertura del 100%. y una de Escáner de consentimiento informado para subirlos a E-SALUD en la historia clínica del paciente el día 05/08/2021, con una cobertura del 100%.</p>	

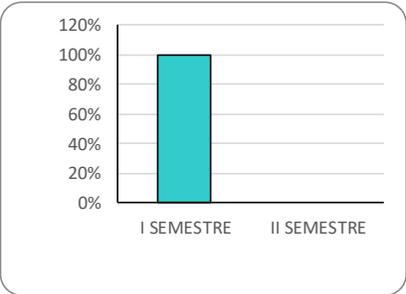
El archivo de los consentimientos informados se realiza de tal manera que asegura su conservación y protección de acuerdo a la Resolución 1995 de 1999.	X				
	6	1	0		
SUBTOTAL COMPONENTE 8	6				
COMPONENTE9. Prevenir el cansancio en el personal de salud.					
Se identifican fallas de calidad, eventos adversos e incidentes causados por factores de cansancio de personal. Se evidencia análisis en el comité de seguridad de paciente.	X				
Se implementan de manera sistemática estrategias para prevenir el cansancio del personal.	X				

Se realiza medición del síndrome de cansancio de personal. Síndrome de burnout y se evidencian acciones de mejora.	X				
	3	0	0		
SUBTOTAL COMPONENTE 9	3				

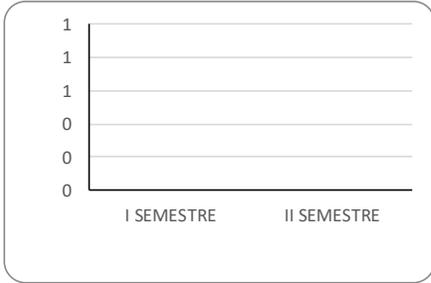
Anexo 3. Ficha técnica indicador satisfacción de usuarios.

	FICHA TECNICA DE INDICADORES			CÓDIGO: FO-ME-2
				VERSIÓN: 1
	FECHA: 17/08/2021			
Nombre del indicador:	SATISFACION DE USUARIOS			
Justificación:	La percepción de satisfacción de los usuarios es uno de los factores con			
Rango:	Línea Base:	95%	Meta:	100%
Definición operacional:	Numerador:	Numero de pacientes satisfechos		
	Denominador	Total pacientes encuestados		
Fórmula del calculo:	Número de pacientes satisfechos/ Total pacientes encuestados*100			
Unidad de medición:	Porcentaje			
Fuentes de datos:	Numerador:	Encuesta de satisfacción de pacientes		
	Denominador	Encuesta de satisfacción de pacientes		
Frecuencia de medición:	Semestral			
Frecuencia de analisis	Semestral			
Proceso	Atención al Usuario			
Responsable del indicador	Coordinador de atención al usuario			
RESULTADO				GRÁFICA
Mes	NUMERADOR	DENOMINADOR	RESULTADO	
I SEMESTRE	580	580	100%	
II SEMESTRE	N/A	N/A	#¡VALOR!	

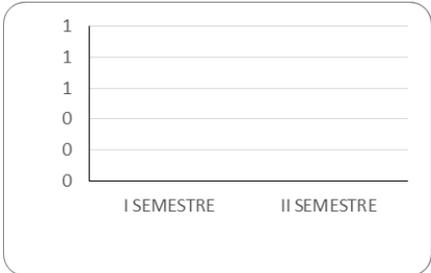
Anexo 4. Ficha técnica indicador pacientes que recomendarían la IPS.

 CLÍNICA VASCULAR DE BOGOTÁ <small>centro especializado en venas y arterias</small>	FICHA TECNICA DE INDICADORES			CÓDIGO: FO-ME-2
				VERSIÓN: 1
	FECHA: 17/08/2021			
Nombre del indicador:	PACIENTES QUE RECOMENDARIAN LA IPS			
Justificación:	La percepción de satisfacción de los usuarios es uno de los factores con			
Rango:	Línea Base:	95%	Meta:	100%
Definición operacional:	Numerador:	Número de pacientes que recomendarían la IPS		
	Denominador	Total de pacientes encuestados		
Fórmula del calculo:	Número de pacientes que recomendarían la IPS/ Total pacientes			
Unidad de medición:	Porcentaje			
Fuentes de datos:	Numerador:	Encuesta de satisfacción de pacientes		
	Denominador	Encuesta de satisfacción de pacientes		
Frecuencia de medición:	Semestral			
Frecuencia de analisis	Semestral			
Proceso	Atención al Usuario			
Responsable del indicador	Coordinador de atención al usuario			
RESULTADO				GRÁFICA
Mes	NUMERADOR	DENOMINADOR	RESULTADO	
I SEMESTRE	580	580	100%	
II SEMESTRE	N/A	N/A	#¡VALOR!	

Anexo 5. Ficha técnica indicador eventos adversos asociados a caídas de pacientes en las instalaciones de CVB.

	FICHA TECNICA DE INDICADORES			CÓDIGO: FO-ME-2
				VERSIÓN: 1
				FECHA: 17/08/2021
Nombre del indicador:	EVENTOS ADVERSOS ASOCIADOS A CAIDAS DE PACIENTES EN LAS INSTALACIONES DE CVB			
Justificación:				
Rango:	Línea Base:	0	Meta:	0
Definición operacional:	Numerador:	Número de eventos adversos asociados a caídas de		
	Denominador	No aplica		
Fórmula del calculo:	No aplica			
Unidad de medición:	Número			
Fuentes de datos:	Numerador:	Registro matriz de seguimiento a novedades		
	Denominador	No aplica		
Frecuencia de medición:	Semestral			
Frecuencia de analisis	Semestral			
Proceso	Prestación del servicio			
Responsable del indicador	Coordinador de gestión integral			
RESULTADO				GRÁFICA
Mes	NUMERADOR	DENOMINADOR	RESULTADO	
I SEMESTRE	0	No aplica	0	
II SEMESTRE	No aplica	No aplica	0	

Anexo 6. Ficha técnica indicador proporción de eventos adversos relacionados con fallas en identificación de pacientes.

	FICHA TECNICA DE INDICADORES			CÓDIGO: FO-ME-2
				VERSION: 1
				FECHA: 17/08/2021
Nombre del indicador:	PROPORCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS CON FALLAS EN IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES			
Justificación:				
Rango:	Línea Base:	0%	Meta:	0%
Definición operacional:	Numerador:	Número de eventos adversos asociados a error en la		
	Denominador	Total eventos adversos reportados y gestionados		
Fórmula del calculo:	Número de eventos adversos asociados a error en la identificación del paciente			
Unidad de medición:	Porcentaje			
Fuentes de datos:	Numerador:	Matriz de seguimiento a reporte de novedades / Informe		
	Denominador	Matriz de seguimiento a reporte de novedades / Informe		
Frecuencia de medición:	Semestral			
Frecuencia de analisis	Semestral			
Proceso	Prestación del servicio			
Responsable del indicador	Coordinador de gestión integral			
RESULTADO				GRÁFICA
Mes	NUMERADOR	DENOMINADOR	RESULTADO	
I SEMESTRE	0	No aplica	0	
II SEMESTRE	No aplica	No aplica	0	

Anexo 7. Cronograma actividades programa de seguridad del paciente.

		PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE													
OBJETIVO: El programa de seguridad al paciente define la estrategia institucional para identificar, evaluar, gestionar y prevenir los eventos adversos y riesgos que afecten la seguridad de un paciente durante la															
N°	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FRECUENCIA	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
1	Definición e implementación de la política de seguridad del paciente														
2	Socializar la política de seguridad del paciente a todo el personal														
3	Definición las actividades del programa de seguridad de paciente														
4		Aplicar encuesta de clima de seguridad													
5	Seguridad del paciente y atención segura. Evaluación de la frecuencia de eventos adversos y monitoreo de aspectos claves relacionados con la seguridad del paciente.	Socializar el formato de eventos adverso													
6		TALLER PRÁCTICO PROTOCOLO DE LONDRES OBJETIVO: Identificar factores contributivos y clasificarlos, Identificar fallas activas y clasificarlas e Identificar barreras de seguridad que fallaron o ausentes													
7		Evaluación de la adherencia de la política													
8	MODELO PEDAGÓGICO	Taller de aprendizaje basado en problema													
9		Taller de lavado													
10	Detectar, prevenir y reducir infecciones asociadas con la atención en salud.	Uso correcto de elementos de protección													
11		Taller de lavado de manos con													
12		Capacitación de limpieza de la zona a													
13		Entorno asistencial limpio (Cultivo													
14	Mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos.	Capacitación en el aplicativo Vigiflow													
15		Actualización de documentos del servicio													
16		Socialización del programa de													
17		Evaluación de adherencia al programa de													
18	Procesos para la prevención y reducción de la frecuencia de caídas.	Identificación de riesgo de caídas													
19		Educación del acompañante													
20		Señalización de piso mojado													
21	Mejorar la seguridad en los procedimientos menores.														
22	Asegurar la correcta identificación del paciente en los procesos asistenciales.	Solicitar documento de identidad													
23		Socializar el protocolo de identificación de pacientes en todos los servicios													
24	Gestionar y desarrollar la adecuada comunicación entre las personas que atienden y cuidan a los pacientes	Protocolo de comunicación redundante													
25		Uso de acrónimos y siglas durante la													
26		Desarrollar medios visuales y auditivos													
27		Política de manejo de ordenes verbales													
28	Prevenir el cansancio en el personal de salud.	Aplicar encuesta de Burnout al personal asistencial (ARL SURA)													
29		Batería de riesgo psicosocial													
30	Garantizar la funcionalidad de los procedimientos de consentimiento informado.	Socializar a todo el personal los consentimientos informados													
31	Capacitación en seguridad de paciente y paquetes instruccionales de seguridad de paciente CURSO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE IHI														
32	Conformación del comité de seguridad de paciente														
33	Análisis de eventos adversos - Generar lecciones aprendidas														
34	Ejecución del comité de seguridad de paciente														
35	Rondas de seguridad (Trimestral)														