

Descripción de los Factores que Coadyuven a la Identificación de las Acciones Inseguras, Incidentes y Eventos Adversos en Integrados IPS 2018.

Por:

Ever Arbey Areiza Bustamante

Álvaro Nazario Santacruz Mora

Universidad de Antioquia

Facultad Nacional de Salud Pública

Gerencia en Sistemas de Información en Salud

Medellín, Colombia

2022

Descripción de los Factores que Coadyuven a la Identificación de las Acciones Inseguras, Incidentes y Eventos Adversos en Integrados IPS 2018.

Ever Arbey Areiza Bustamante.

Álvaro Nazario Santacruz Mora

Trabajo de Grado para optar el Título de
Gerente en sistemas de información en salud

Asesor

Nora Adriana Montealegre Hernández

Universidad De Antioquia

Facultad Nacional De Salud Pública

“Héctor Abad Gómez”

Gerencia en Sistemas de Información en Salud

Medellín, Colombia

2022

Dedicatoria

“A las mujeres que con su apoyo, comprensión, orientación, motivación y amor me ha alentado a superarme y ser cada día mejor”

Agradecimientos

Agradezco muy especialmente a todas las personas que me ayudaron a terminar el trabajo de grado, que me motivaron a no darme por vencido y poder terminar este gran fruto

Tabla de Contenido

	Pág.
Resumen	9
1. Introducción	11
2. Planteamiento del Problema	12
3. Justificación.....	13
4. Establecimiento de Hipótesis	14
4.1 Establecimiento de Variables	14
5. Objetivos de Investigación	14
5.1 Objetivos Generales:.....	14
5.2 Objetivos Específicos:	15
6. Marco Teórico	15
6.1 Antecedentes Internacionales	15
6.2 Antecedentes Nacionales	18
6.3 Antecedentes Locales	21
7.1 Seguridad del Paciente	23
7.2 Seguridad Clínica y Errores en la Práctica Asistencial.....	24
7.3 Prácticas Seguras	26
7.4 Evento Adverso	27
7.5 Indicadores para la vigilancia, control y evaluación de los sistemas de salud	29
7.6 Costos que traen consigo los eventos adversos	31
7.7 Acciones Inseguras.....	31
7.8 Servicios Integrados IPS.....	32
7.9 Documentos seleccionados seguridad del paciente en Colombia	35
7.10 Estrategias de Mejora en Cuanto a la Seguridad del Paciente	35
8. Cuadro de operacionalización de variables	40
9. Marco Legal.....	43
10. Marco Metodológico.....	43
10.1 Tipo de estudio	43
10.2 Diseño de Investigación.....	44
10.3 Población de Estudio	45
10.4 Técnicas de Procesamiento y Análisis de Datos:.....	46

10.5 Procedimientos que se utilizarán para controlar los factores que amenazan la validez y confiabilidad de los resultados	46
10.6 Resultados	47
11. Consideraciones Éticas	51
12. Discusión	51
13. Limitaciones del estudio	52
14. Conclusiones	52
15. Fortalezas	53
16. Recomendaciones	54
Bibliografía.....	55

Glosario

Omisión en los pacientes: Es una conducta inadecuada por acción u omisión que siempre tiene un efecto negativo sobre el paciente.

Complicación evitable: Es una acción que se pudo evitar y dentro de esta categoría se encuentran: infecciones intrahospitalarias, desajustes metabólicos, consecutivas a procedimientos instrumentales, quirúrgicos, problemas transfusionales, problemas anestésicos, reinternaciones por la misma patología, reingreso a terapia intensiva reintervenciones quirúrgicas.

Accidente: Es un suceso que se origina dentro de la institución hospitalaria y que puede estar relacionado con la atención del personal de salud.

Incidente: Es una situación que surge con ocasión de la interrelación del personal o equipo de salud con los pacientes o sus familiares. Ejemplo: Que tenga una enfermedad respiratoria y por no tener el mínimo de higiene, se agrave su situación debido al ambiente en que está expuesto por falta de mantenimiento y de limpieza que conlleven a un incremento de contaminación en el lugar, con implicación en un incidente hacia la persona.

Reacciones adversas: Es un efecto nocivo que presenta un paciente por el suministro de un medicamento administrados con fines terapéuticos. ¹

Evento adverso: es un daño que se produce de manera no intencional durante una atención en materia de salud.

Acciones de reducción de riesgo: Son todas aquellas actividades que se realizan con la finalidad de minimizar la probabilidad que se produzca un evento adverso, disminuyendo de esta forma los efectos nocivos y evitando al máximo reacciones adversas no planeadas.

Acciones de mejora: Son aquellas actividades o trabajos que se realizan en función de modificar, disminuir o resarcir un daño causado por incidente como: planes de mantenimientos semanales, calibración de equipos, programas de desinfección y esterilización de materiales y formatos de reportes de incidentes.

¹ Tenjo M, Gómez P, Bedoya T, Giraldo C. “Reclasificación y análisis de los eventos adversos hospitalarios en una IPS de III nivel entre enero y diciembre, Manizales, 2010”.
canejos Universidad Católica de Manizales. Colombia 2012.

Buenas Prácticas de Seguridad del Paciente: Es un instrumento que se utiliza en materia de salud para incentivar, motivar y estimular la incorporación de prácticas seguras en los centros asistenciales al personal que labora en ellos.

Comité de Seguridad del Paciente: Es una delegación administrativa que se encarga de observar y evaluar la normativa y el cumplimiento en materia de seguridad del paciente.

Cultura de Seguridad: Es una conducta de tipo organizacional que se inculca al personal asistencial en cuanto a los valores y principios que buscan disminuir el daño a los pacientes durante su estancia hospitalaria por lo que se incluye la formación en materia de seguridad del paciente, incidentes, medidas correctivas en cuanto a eventos adversos y así fomentar una cultura equitativa en relación con dicha materia.

Gestión de Riesgo: Son acciones que se ejecutan para controlar el riesgo de una organización. Éste comprende: el diseño, la implementación, el monitoreo, la revisión y la mejora continua.

Indicio de atención insegura: Es un factor o circunstancia que puede alertar sobre un posible acontecimiento que conduciría a un evento adverso.

Nivel de Riesgo: Es el grado en que se puede medir un riesgo atendiendo a sus consecuencias.

Riesgo: Es la probabilidad que un incidente o evento adverso ocurra. ²

² E.S.E Hospital San Rafael de Tunja. Diccionario de Seguridad del Paciente.2021

Resumen

El sistema de salud propende por una cultura de la seguridad del paciente, por cuanto son los responsables en ofrecer las acciones dirigidas a garantizar una atención de calidad. Es por lo que el propósito de la presente investigación está dirigido a explorar los factores que coadyuven a la identificación de las acciones inseguras incidentes y eventos adversos, enfocados en fortalecer las debilidades encontradas en Integrados IPS en cuanto a la seguridad en el paciente, con la finalidad de reflexionar acerca de las insuficiencias que se dan en esta área de estudio.

Se realizó una investigación bibliográfica exhaustiva a través de la consulta de expertos en la materia destacando los estudios que anteceden a la línea de investigación se destaca la simulación clínica y seguridad del paciente e integración en el currículo de enfermería. Además, analizamos qué normativas han desarrollado las comunidades autónomas para avanzar en cultura de seguridad del paciente en sus organizaciones sanitarias entre otros estudios. Dentro de los aspectos conceptuales que determinaron el sustento teórico objeto de estudio, se encuentran los relativos a materia de seguridad del paciente, practicas seguras, eventos adversos, acciones inseguras y estrategias de mejoras con relación a la problemática tratada. Se destacaron aspectos claves para la comprensión del tema como son los términos básicos correspondientes al área tratada y los aspectos legales correspondientes. Por último, una vez realizado el procesamiento de la información, se obtuvieron como conclusiones el requerimiento de una revisión constante de la cultura organizativa de las IPS con la finalidad de ir motivando a los profesionales en el área de la salud en cuanto a la optimización en materia de seguridad del paciente.

Palabras Claves: seguridad y salud del paciente, eventos adversos en salud, incidencias en salud, responsabilidades en el área de la salud.

Abstract

The health system requires a culture in relation to patient safety since they are responsible for offering actions aimed at guaranteeing quality care. That is why the purpose of this research is aimed at Analyzing the factors that contribute to the identification of unsafe actions, incidents and adverse events focused on strengthening the weaknesses found in Integrated IPS in terms of patient safety, with the purpose of reflecting on the shortcomings that occur in this area of study. An exhaustive bibliographic research was carried out through the consultation of experts in the field, highlighting the studies that precede the line of research, among which the following stand out: Clinical simulation and patient safety: integration into the nursing curriculum, What regulations have been developed Autonomous communities to advance the culture of patient safety in their health organizations, among other studies. Among the conceptual aspects that determined the theoretical support under study are those related to patient safety, safe practices, adverse events, unsafe actions and improvement strategies in relation to the problem addressed. Key aspects for understanding the subject were highlighted, such as the basic terms corresponding to the treated area and the corresponding legal aspects. Finally, once the information has been processed, the following conclusions were obtained: The constant review of the organizational culture of the IPS is required in order to motivate professionals in the health area in terms of optimization in the field of patient safety.

Key Words: Patient safety, adverse events, errors, incidents, responsibility.

1. Introducción

La seguridad del paciente es un componente a través del cual se ofrece calidad asistencial por medio de las actuaciones en cuanto a la eliminación, mitigación y reducción de los eventos adversos previsibles, así como también se logra la difusión de las prácticas más seguras con el fin de optimizar la atención sanitaria con la finalidad que se vaya conformando una cultura en salud.

Dentro de los criterios contemplados en la seguridad del paciente se encuentran: la satisfacción de los pacientes, la utilización de recursos, trato recibido por parte del personal de salud, competencia profesional y excelencia en servicio asistencial.

Para analizar la problemática que se sugiere en este tema se deben mencionar las causas de los eventos adversos que interfiere o limita la seguridad del paciente entre los cuales están: administración errónea de medicamentos, registro de datos de los pacientes incompletos o errados, utilización de protocolos inadecuados, ausencia de comunicación entre otras.

Teniendo en cuenta lo anterior, es importante la realización del presente trabajo que se centra en la descripción de los factores que coadyuvan a la identificación de las acciones inseguras, incidentes y eventos adversos enfocados en fortalecer las debilidades encontradas en Integrados IPS, con la finalidad de tener evidencias que apoyen las políticas de seguridad, programas de seguridad del paciente y mitigación de los eventos adversos.

Dentro del marco analizamos la base de datos de fuente primaria de la institución, de la mano con una investigación exhaustiva de material bibliográfico seleccionado de carácter científico donde se destacan los últimos acontecimientos que contribuyen con lo relacionado en materia de seguridad del paciente.

Es por lo que el presente trabajo se encuentra distribuido de la siguiente manera:

Como primer punto se encuentra el planteamiento del problema haciendo especial referencia a la problemática que hay en materia de seguridad del paciente, exponiéndolo relativo a la atención de salud, derecho a la salud y lo relativo al sistema de seguridad social.

En la segunda parte se destaca lo relativo a la fundamentación teórica del proyecto destacándose los antecedentes en cuanto a trabajos que se realizaron dentro de la misma línea de investigación tales como Simulación clínica y seguridad del paciente: integración en el currículo de enfermería, Gobernanza, enfermería, seguridad del paciente en una empresa social del estado colombiano entre otros; así como también los aspectos de tipo teórico que son el soporte conceptual del área de estudio tales como: seguridad del paciente, eventos adversos, mejoras en la seguridad del paciente entre otros tópicos fundamentales para el análisis planteado, reforzando este contenido con la terminología de conceptos y el soporte legal correspondiente.

Posteriormente se fundamentó la metodología utilizada para el desarrollo del proyecto que conto con todos los pasos correspondientes en cuanto a revisión,

análisis e interpretación de datos con la finalidad de poder procesar la información y poder extraer las conclusiones al respecto.

En definitiva, la intención de este trabajo es reflexionar en el acto de cuidado del paciente atendiendo especialmente su seguridad.

2. Planteamiento del Problema

La atención en salud es un proceso destinado a ofrecer los recursos necesarios para garantizar el derecho a la salud en las distintas instituciones de carácter asistencial. En este sentido, el Estado Colombiano a través de la ley 100 del año 1993, establece las normas para el sistema de seguridad social integral en donde define el derecho a la salud como: “el conjunto de instituciones, normas y procedimientos, de que disponen la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica, de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad”.³

En este orden de ideas, para garantizar un sistema de seguridad social integral en el área de la salud, se dictó el decreto 1011 del 2006 el cual establece las disposiciones que se aplicarán a los Prestadores de Servicios de Salud, las Entidades Promotoras de Salud, las Administradoras del Régimen Subsidiado, las Entidades Adaptadas, las Empresas de Medicina Prepagada y a las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud.⁴

De esta manera, atendiendo al marco jurídico mencionado las distintas instituciones de salud han asumido una gran tarea en el sentido de establecer dentro de su área de acción, los mecanismos que garanticen la atención integral en el paciente.

Las investigaciones indican que a pesar de los esfuerzos en el día a día, aún se presentan con frecuencia lesiones o daños en los pacientes durante el proceso de atención. Tal es el caso de la investigación realizada por Guasarave quienes evidenciaron que el 50% del personal de salud, tienen acceso al protocolo, pero no lo aplican, lo que genera que se presenten ocurrencia de eventos adversos que atentan con la seguridad de los pacientes.⁵

³ Ley 100 de 1993. Diario Oficial No. 41.148, de 23 de Diciembre de 1993.

⁴ Decreto 1011 de 2006. DIARIO OFICIAL 46.230, de 03 de abril de 2006.

⁵ Guasarave, G. Seguridad del Paciente en el Servicio de Hospitalización del Hospital San José de Marsella, Risaralda. Pereira – Colombia ; 2018

Los diferentes estudios nos permiten mostrar deficiencias que se presentan en algunas instituciones hospitalarias del país, ocasionando efectos adversos en los pacientes, en tanto las instituciones se verán afectadas en cuanto a credibilidad y prestigio por lo que no se estaría cumpliendo con lo establecido en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS), Decreto 780 de 2016.

Lo anteriormente descrito, es el marco para indagar sobre la seguridad del paciente en la IPS Integrados; esta es una Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS) de carácter privado y constituida el 16 de marzo de 1998, fruto de una alianza estratégica entre la EPS Coomeva y la Corporación de Servicios Integrados (Coopantex y Cotrafa). Esta IPS presta servicios de primer y segundo nivel en medicina general y especializada, odontología general y especializada, consulta odontología particular, nutrición y dietética, psicología, promoción y prevención, unidad de endoscopias, oftalmología, y cirugía ambulatoria. Adicionalmente, tiene presencia en 3 municipios de Antioquia; Bello, Medellín y Rionegro.

Así mismo, en este centro de salud el reporte de los incidentes y eventos adversos se realiza a través de un formulario de Google Chrome a través de un link que el personal asistencial se le da en el momento de la inducción, este reporte se consolida, se envía a las áreas responsables de cada caso y se realiza una socialización en el Comité de Seguridad del paciente, lo cual no es suficiente para tomar acciones correctivas que garanticen una acción segura.

Lo anteriormente descrito, nos lleva a plantearnos la necesidad de indagar que factores afectan la seguridad del paciente en cuanto a las acciones inseguras, incidentes y de eventos adversos que permitan proponer y recomendar un protocolo que subsane y aminore tales eventos, para cumplir con lo establecido en el marco normativo del sistema de salud colombiano y los protocolos internacionales de salud. De lo anterior se desprende la siguiente pregunta de investigación ¿De qué manera se puede mejorar las actividades que ayuden a disminuir las acciones inseguras, incidentes y eventos adversos relacionados con la seguridad del paciente en integrados IPS?

3. Justificación:

La seguridad del paciente es una prioridad a nivel mundial y en cualquier centro de salud existe una alta probabilidad que se presenten errores durante la estancia de un paciente. Cada país ha establecido su propio marco normativo que regula las políticas de seguridad y calidad en el trato de los pacientes. En el caso de Colombia, día a día se viene trabajando para mejorar la política de seguridad en los pacientes tal y como está establecido en la resolución 2003 de 2014, la cual tiene como propósito mejorar la seguridad en la actividad hospitalaria. Sin embargo, aún no existe claridad en el reporte de incidentes y eventos adversos en las instituciones por lo que no se logran los compromisos institucionales de manera efectiva.

Es por lo que a través de la realización del presente proyecto de investigación se llevó a cabo una identificación y descripción de todos los factores en cuanto a los incidentes y eventos adversos de integrados IPS, para que una vez detectados se puedan sugerir las recomendaciones y correctivos en los protocolos de salud de esta IPS.

Es muy importante identificar los factores que afectan los incidentes y los eventos adversos en las diferentes IPS con el fin de sugerir, recomendar y corregir diferentes protocolos de salud que ayuden a disminuir todos estos efectos negativos en las entidades.

La finalidad del trabajo propuesto estuvo orientado a aportar datos que permitieron proponer correctivos que pueda mejorar no solo la estadía de los pacientes, sino que el nivel de calidad de la institución se consolidará considerablemente.

Adicionalmente, es importante proponer medidas correctivas que mejoren la estadía de los pacientes, la calidad de atención institucional, así como el fundamento científico y la mejora en el trabajo seguro.

Los resultados que arrojó la investigación serán utilizados para dejar un aporte significativo a la institución hospitalaria de manera tal que se puedan realizar los correctivos de una manera eficaz y con fundamento científico.

Los beneficiarios de la presente investigación son los pacientes y sus familiares, así como el personal de integrados IPS ya que a partir de las recomendaciones que se hagan en el presente trabajo logran ofrecer un mejor servicio y trabajar de forma más segura.

4. Establecimiento de Hipótesis

Las mejoras por las medidas que se tomen con relación a la seguridad del paciente fortalecerán integrados IPS.

4.1 Establecimiento de Variables

Variables Independientes: las acciones inseguras incidentes y eventos adversos.

Variable dependiente: Seguridad en el paciente

5. Objetivos de Investigación

5.1 Objetivos Generales:

Determinar la seguridad del paciente y algunos factores que coadyuven a la identificación de las acciones inseguras incidentes y eventos adversos enfocados en fortalecer las debilidades encontradas en Integrados IPS.

5.2 Objetivos Específicos:

- Describir socio demográficamente los pacientes que presentaron incidentes y eventos adversos
- Identificar los factores que afectan a la seguridad en los pacientes de integrados IPS
- Caracterizar las condiciones de seguridad en los pacientes que presenta integrados IPS.
- Destacar las implicaciones que tiene para la IPS y las debilidades en materia de seguridad del paciente.
- Recomendar las acciones de mejora que se tienen que llevar a cabo en Integrados IPS con ocasión de la seguridad del paciente.

6. Marco Teórico

6.1 Antecedentes Internacionales

Título: Simulación clínica y seguridad del paciente: integración en el currículo de enfermería

Autor: Escudero Eliana.

Origen: Escuela de Enfermería, Universidad Finis Terrae. Santiago, Chile.

País: Chile.

Año: 2018

El presente trabajo de investigación tiene como propósito presentar la experiencia de la creación, desarrollo y resultados de un currículo de enfermería que integra la simulación clínica y la seguridad del paciente con sus desafíos y alcances después de cuatro generaciones egresadas. Para esto, se trabajó en nuevos instrumentos que establecieron la forma de implementar el proceso educativo, generando un modelo propio de docencia basada en simulación, sumado al establecimiento de puntos de control que permitieran aplicar el modelo de mejora continua. La conclusión del estudio fue la integración de la simulación y seguridad del paciente en el currículo de la carrera de enfermería es un desafío que requiere implementar procesos innovadores, movilizándolo recursos de todo tipo para el logro del objetivo. Fortalecer el liderazgo, el juicio clínico y la calidad de los profesionales enfermeros merece este tipo de cambios. Creemos que cambios como este en la

educación de enfermería permitirán alcanzar mejores resultados de salud a nivel mundial.⁶

Título: ¿Qué normativas han desarrollado las comunidades autónomas para avanzar en cultura de seguridad del paciente en sus organizaciones sanitarias?

Autor: C.M Casabona.

Origen: Artículo de Revista

País: España

Año: 2019

El objetivo fue escribir las normativas de algunas comunidades autónomas y proponer cambios normativos a nivel nacional. Los materiales y métodos se han recogido actividades y cambios normativos desarrolladas por tres comunidades autónomas (Cataluña, País Vasco y Navarra) sobre seguridad del paciente y se han analizado propuestas normativas a nivel nacional para avanzar en cultura de seguridad del paciente. Los resultados: Se presentan los cambios normativos realizados en las comunidades autónomas de Cataluña, Navarra y País Vasco y se realizan propuestas de cambios normativos a nivel nacional a corto y a largo plazo, de tal forma que se facilite avanzar en crear cultura de seguridad del paciente en el conjunto del Sistema Nacional de Salud. Conclusiones: Actualmente no existe una regulación global que facilite avanzar en cultura de seguridad del paciente. Es esencial que se produzcan cambios a nivel normativo nacional. Es a nivel del Consejo Interterritorial donde se debería definir la propuesta de modificación legislativa de conjunto impulsada por los representantes de los sistemas de salud de las comunidades autónomas.⁷

⁶ Escudero E, Avendaño Ben-Azul M, Domínguez Cancino K. Simulación Clínica y

Seguridad del Paciente: Integración en el Currículo de Enfermería. *Sci Med*. 2018; Consultado en: 28(1):ID28853

⁷ Casabona CM, Urruela A, Peiró E, Alava F, Gens M, Iriarte I. ¿Qué normativas han desarrollado las comunidades autónomas para avanzar en cultura de seguridad del paciente en sus organizaciones sanitarias?. *Elsevier*.2019 Revista en línea.34 (5): 258-265,

Título: Diseño y validación de un nuevo registro clínico de enfermería, para la continuidad de los cuidados y seguridad del paciente en hemodiálisis.

Autor: Miguel Ángel Cuevas

Origen: Artículo de revista

País: México

El trabajo de investigación estuvo basado en un estudio de mejora de la calidad de la atención, en el Hospital General Regional nº 1 “Vicente Guerrero” en Guerrero, (México), entre mayo-agosto de 2017. El objetivo fue diseñar y validar una herramienta para la mejora del proceso de atención en enfermería en una unidad de hemodiálisis de un hospital de segundo nivel. Como metodología utilizada se modificó la hoja de registros clínicos de enfermería de la unidad de hemodiálisis en dos etapas. Para la etapa de diseño se realizó un grupo focal con expertos y para la validación de contenido se aplicó el método Delphi. Los datos recolectados se procesaron y analizaron en el programa estadístico SPSS. Como resultado se obtuvo que El 70% de los expertos consideró el instrumento como bueno en cuanto a la calidad del registro. Hubo una discrepancia en el diseño encontrándose como parcialmente eficiente (70%) ya que cada experto evaluó de acuerdo al área que dominaba. Se incorporaron todas las observaciones realizadas en el diseño final. Las conclusiones del estudio considero valido el instrumento proporcionando información adecuada del paciente previo al tratamiento hemodialítico, lo cual satisface los requerimientos legales respecto a la continuidad de los cuidados. ⁸

Título: Evaluación del programa de seguridad del paciente en el hospital del niño Dr. Francisco de Icaza Bustamante, de la ciudad de Guayaquil.

Autor: Kelly Beverly Gómez Mejía.

Origen: Tesis de grado

País: Ecuador.

Año: 2021

Este proyecto tiene como objetivo general evaluar la aplicación del Programa de Seguridad del Paciente en el HFIB y elaborar propuesta de mejora. La metodología estuvo orientada hacia un estudio con enfoque cuantitativo, descriptivo y de corte

-
1. ⁸ Cuevas M, González B, Álvarez E, Barrera M, De Almeida Souza Alina, González M. et al . Diseño y validación de un nuevo registro clínico de enfermería, para la continuidad de los cuidados y seguridad del paciente en hemodiálisis. *Enferm Nefrol* [Internet]. 2019 Jun [citado 2021 Oct 14]; 22(2): 168-175

transversal. o. Se concluye que el Hospital no cuenta con un programa de seguridad del paciente-Usuario implementado en su totalidad, ni con herramientas de medición que permitan controlar el desempeño de todas las Prácticas Seguras, por lo cual se propone un plan de mejoras que incluya la implementación de la totalidad de prácticas seguras aplicables al Hospital y la creación y aplicación de listas de verificación, para evaluar de manera oportuna y completa el cumplimiento del programa y prevenir así los eventos adversos. ⁹

6.2 Antecedentes Nacionales

Título: Gobernanza, enfermería, seguridad del paciente en una empresa social del estado colombiano.

Autor: Mera García, Manuela.

Origen: Universidad Santiago de Cali, Colombia.

País: Colombia.

Año: 2019

El presente trabajo de investigación tuvo como propósito el análisis del papel de la gobernanza en el Programa de Seguridad del Paciente de una Empresa social del Estado, del suroccidente colombiano. El método de estudio se basó en un estudio de enfoque cualitativo, de tipo exploratorio interpretativo, mediante entrevistas semiestructuradas a enfermeras líderes, apoyado con fuentes secundarias. El análisis destaca las características del equipo líder de enfermería, su influencia en el programa, la toma de decisiones y los principios de gobernanza que centran su actuar, las normas regulares e informales contempladas en el Programa, así como los espacios, interacciones y procesos del equipo con relación a la atención segura de los pacientes. Los resultados de la investigación identificaron cada uno de los integrantes del equipo, de acuerdo a su formación y nivel de participación en el programa. A pesar de las debilidades en recursos, el grupo mostro una visión común de acuerdo a los principios que impactan la cultura de seguridad del paciente. Es un equipo con mucha experiencia y formación posgradual, pero con poca formación en gestión y políticas

⁹ Beverly K. Evaluación del programa de seguridad del paciente en el hospital del niño Dr.

Francisco de Icaza Bustamante, de la ciudad de Guayaquil Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. Ecuador. 2011

públicas, ejes importantes en el actuar la atención segura en el programa, eje central de la Política de Seguridad del paciente.¹⁰

Título: La seguridad del paciente en atención primaria en salud ¿Una actividad que podría quedar en el olvido?

Autor: Moya Sáenz, Olga Lucia

Origen: Revista Gerencia y Políticas de Salud.

País: Colombia

Año: 2018

El propósito del presente trabajo es la identificación de los riesgos en seguridad del paciente durante la atención primaria en salud habitualmente se realiza de la misma manera que se hace en la gestión clínica hospitalaria, sin tener en cuenta que los riesgos son diferentes. Del mismo modo, en Colombia no existe una política pública ni una directriz normativa sectorial que obligue a los actores del sistema a utilizar instrumento estandarizados, sistematizados para registrar, reportar y analizar los eventos adversos en atención primaria en salud. El gran reto del Sistema General de Seguridad Social en Salud está en prever la política y las herramientas adecuadas para asumir las grandes transformaciones que implica la implementación de la Política de Atención Integral en Salud, con una mirada hacia la atención primaria en salud, con un enfoque hacia la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, entornos que favorezcan la seguridad del paciente durante la prestación de los servicios en salud.¹¹

Título: Correlación del grado de percepción y cultura de seguridad del paciente en una Institución de tercer nivel 2015-2019.

¹⁰ Mera M, Thorpt C, González M, Gobernanza, enfermería, seguridad del paciente en una empresa social del Estado Colombiano. *Rev. Venezolana de Gerencia*. 2019; vol. 2, 2019
Universidad del Zulia, Venezuela

¹¹ Moya O. La seguridad del paciente en atención primaria en salud ¿Una actividad que podría quedar en el olvido?. *Rev. Gerencia y Políticas de Salud*. 2018; vol. 17, núm. 34. 2018;
Pontificia Universidad Javeriana, Colombia

Autor: Mary Luz Jaimes Valencia.

Origen: Artículo de Revista

País: Bucaramanga, Colombia

Año: 2021

El presente trabajo de investigación tuvo como objetivo analizar la correlación de percepción de cultura de seguridad del paciente, y grado de seguridad percibido en funcionarios de una Institución de Salud de tercer nivel de atención (2015-2017-2019). La metodología utilizada correspondió a un estudio cuantitativo correlacional, con una muestra intencional derivada del registro de una base de datos de cultura de seguridad del paciente, con un total de 402 registros. La medición se realizó mediante el cuestionario Hospital Survey on Patient Safety Culture. Resultados: En los resultados globales el mayor porcentaje de encuestados correspondió al personal asistencial (73,4%). El principal servicio asistencial es unidad de cuidado intensivo (18,2%) y la mayor participación correspondió al rol de enfermeras y auxiliares de enfermería (45,7). Discusión: La correlación del grado de seguridad percibido con las dimensiones del cuestionario guarda similitud en especial la notificación de eventos. Conclusión: La seguridad del paciente y el grado de seguridad percibido guardan correspondencia en la medida que en las instituciones realizan intervenciones en diferentes componentes entre ellos la notificación de eventos y trabajo en equipo. ¹²

Título: Costos de no calidad asociados a infección de sitio operatorio en poscesareadas, Colombia, 2020.

Autor: Lora Solmaira

Origen: Artículo de Revista

País: Colombia

Año: 2020

El propósito de estudio fue determinar los costos de no calidad en una institución de salud de Colombia, en pacientes postquirúrgicas de cesárea que presentaron Infección en Sitio Operatorio (ISO). La metodología utilizada estuvo constituida por un estudio descriptivo transversal, que estima los costos de no calidad de cuatro pacientes postquirúrgicas de cesárea que reingresaron a la institución por

¹² Jaimes M, Alvarado A, Mejía C, López A, Mancilla V, Padilla C. Correlación del grado de percepción y cultura de seguridad del paciente en una Institución de tercer nivel 2015-2019

Revista Cuidarte. 2021;12(1):e1092.

presentar infección en sitio quirúrgico. Los datos fueron proporcionados por el departamento de Calidad y Seguridad del Paciente, con base en los eventos adversos reportados en el período comprendido en el primer semestre del año 2020. Conclusión: Los costos de no calidad afecta el presupuesto de la institución, colocando en riesgo la estabilidad financiera y la imagen corporativa. Es importante realizar seguimiento a la adherencia de los protocolos, guías de atención, y paquetes instruccionales de buenas prácticas.¹³

6.3 Antecedentes Locales

Título: Prácticas de seguridad en ventilación mecánica en pacientes hospitalizados en las Unidades de Cuidados Intensivos de la ciudad de Medellín en el año 2018.

Autor: Marcos A González

Origen: Artículo de Revista

País: Medellín, Colombia.

Año: 2020

El objetivo de la presente investigación fue determinar el cumplimiento de estrategias de seguridad en pacientes adultos con ventilación mecánica en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) de Medellín, Colombia, en el año 2018. La metodología utilizada estuvo comprendido por un estudio observacional, descriptivo, transversal y multicéntrico, de una cohorte de punto, con fuente secundaria de información obtenida por los registros e historia clínica de pacientes adultos en UCI, aplicando un formulario electrónico en Excel. Se realizaron análisis univariado y bivariado. Los resultados que se obtuvieron fueron: El cumplimiento más alto de las medidas de seguridad fue del 91,8% y el más bajo, del 64,3%. Los parámetros para prevenir la neumonía asociada a la ventilación se cumplían en la mayoría de los casos. El 82,43% de los casos cumplían con el lavado de manos; 67 pacientes tenían la presión del neumotaponador adecuada, y a 6 se les realizó succión subglótica. El 44,59% tenía RASS de sedación entre -1 y 2, y en el 58,1% se cumplía el despertar diario. La inclinación de la cabecera era adecuada en el 77,1%. Se realizó profilaxis e higiene oral en más del 85% de los pacientes. El 91,89% tenía presión meseta adecuada previniendo lesión pulmonar. El PEEP promedio fue de 7,54 cmH₂O, establecido en el 47,3% según la tabla del estudio ARMA y en el 2,7% según la curva P/V. El volumen corriente era inadecuado en 48 pacientes (64,86%) y el protocolo de sedo analgesia se cumplió en 70 individuos (94,6%). Como conclusión a la que se llegó, si bien los criterios establecidos se

¹³ Lora S, Ocampo M, Espitia E. Costos de no calidad asociados a infección de sitio

operatorio en poscesareadas, Colombia, 2020. RAS [Internet]. 5jul.2021 [citado

14oct.2021];5(1):11-9.

cumplen en su mayoría, aún hay una gran oportunidad de mejora en la seguridad del paciente que recibe ventilación mecánica en la UCI en la ciudad de Medellín. ¹⁴

Título: Identificación del cumplimiento en los requisitos de las condiciones básicas para la prestación de los servicios de hospitalización oncológica, neurocirugía, cirugía de tórax, cirugía oncológica y cirugía cardiovascular en una IPS de Medellín en el año 2020, a partir de un proceso de autoevaluación integrando normas de calidad.

Autor: Marcela Acevedo Zapata

Origen: Tesis de grado

País: Medellín, Colombia

Año: 2020.

El objetivo del presente trabajo fue Identificar el cumplimiento en los requisitos de las condiciones básicas para la prestación de los servicios de hospitalización oncológica, neurocirugía, cirugía de tórax, cirugía oncológica y cirugía cardiovascular en una IPS de Medellín en el año 2020, a partir de un proceso de autoevaluación integrando normas de calidad, la metodología utilizada consistió en que una vez realizada la autoevaluación, tanto de habilitación como de acreditación para el subgrupo de estándares de seguridad del paciente, se encontró respectivamente que: los criterios aplicables a todos los servicios cumplen en un 100% según la norma; el servicio de hospitalización oncológica cumple en un 60%; cirugía de mediana y alta complejidad obtuvo un cumplimiento del 68%. Por su parte los estándares del grupo cliente asistencial - subgrupo seguridad del paciente a la fecha cumplen en un 57%. Como resultados a la luz de los hallazgos, la IPS podrá implementar las acciones de mejora propuestas, tanto para obtener la habilitación de los servicios, como para asegurar el mejoramiento continuo, el bienestar del paciente y su familia bajo el enfoque de acreditación en salud ambulatorio y hospitalario en Colombia.¹⁵

¹⁴ González M, González M, Cardona M, Gallo M, González S, Bareño J. Prácticas de seguridad en ventilación mecánica en pacientes hospitalizados en las Unidades de Cuidados Intensivos de la ciudad de Medellín en el año 2018 *Acta Colombiana de cuidado intensivo*. [Internet], 20, (1).

¹⁵ Acevedo M. Identificación del cumplimiento en los requisitos de las condiciones básicas para la prestación de los servicios de hospitalización oncológica, neurocirugía, cirugía de tórax, cirugía oncológica y cirugía cardiovascular en una IPS de Medellín en el año 2020, a

Título: Errores de medicación en pacientes pediátricos en un hospital universitario en Medellín Colombia, un estudio de corte transversal

Autor: Andrés Felipe Valencia Quintero

Origen: Artículo de Revista.

País: Medellín Colombia.

Año: 2020.

El presente trabajo de investigación tuvo por objetivo determinar la prevalencia y caracterizar los errores de medicación en el servicio de pediatría reportados en el Sistema de notificación y gestión de riesgo clínico de un hospital universitario entre el 2017 y 2018. Metodología: Estudio de corte transversal. Se cuantificó la proporción de errores de medicación en el servicio de pediatría a partir de un informe del Sistema de notificación de riesgo clínico entre el año 2017 y 2018. Conclusiones: La mayoría de los errores de medicación reportados se relacionaron con la prescripción, clasificándose principalmente como errores sin daño.¹⁶

7. Marco Conceptual

7.1 Seguridad del Paciente: La atención en seguridad del paciente consiste en tomar las evidencias científicas que se derivan de normas, instrumentos y técnicas que se enfocan a minimizar el riesgo de la atención en materia de salud.

partir de un proceso de autoevaluación integrando normas de calidad.]. Universidad de Antioquia., Medellín Colombia. 2020

¹⁶ Valencia A, Botero J, González L, Amariles P, Rojas N. Errores de medicación en pacientes pediátricos en un hospital universitario en Medellín Colombia, un estudio de corte transversal.

Medicas UIS. [Internet] 2020; 33 (2). disponible en:

DOI: <https://doi.org/10.18273/revmed.v33n2-2020004>

Para garantizar esta actividad existen medidas que se deben adoptar dentro del ámbito institucional tales como diagnósticos, prácticas, cuidados seguros, dotaciones que contribuyan con la seguridad del enfermo en el centro asistencial.

El informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el 2001, en relación a la calidad de la atención y seguridad del paciente establece que: “Las intervenciones de atención de salud se realizan con el propósito de beneficiar al paciente, pero también pueden causarles daño. La combinación compleja de procesos, tecnología e interacciones humanas, que constituyen el sistema moderno de prestación de atención de salud, pueden aportar beneficios importantes. Sin embargo, también conlleva un riesgo inevitable de que ocurran eventos adversos”.

Es por lo que hoy en día existe un reconocimiento urgente en cuanto a la necesidad de transformar el sistema de salud como cultura organizacional ya que son los usuarios de los centros asistenciales que podrían ser dañados por las acciones del personal y ser responsables de causar errores clínicos.¹⁷

7.2 Seguridad Clínica y Errores en la Práctica Asistencial

Para evitar y conocer los efectos adversos se han desarrollado un conjunto de actividades destinadas a identificar, evaluar y tratar el riesgo de que se susciten durante la asistencia hospitalaria.

Debemos saber que dentro de la asistencia médica existen errores y fallos y que lo importante es implementar medidas para evitarlos.

La OMS define el error como “la no realización de una acción prevista tal y como se pretendía, o la aplicación de un plan incorrecto. Puede manifestarse por la realización de algo incorrecto (error de comisión) o la no realización de lo correcto (error de omisión), bien en la fase de planificación o en la de ejecución”.

Existen dos modelos para explicar los errores sobre los pacientes:

1. Modelo centrado en las personas como principal causa que existe en el incidente:

Para que suceda este acontecimiento los elementos a intervenir son: Olvido, descuidos o que simplemente son profesionales deficientes. Cabe destacar que cada uno de estos errores se atribuye a la persona sindicada en cuestión.

Las causas por la cual se producen los errores son: falta de memoria, ausencias de atención, poco estímulo, olvido, negligencia y temeridad.

¹⁷ Castañeda H. Percepción de la cultura de la seguridad de los pacientes por personal de enfermería. *Ciencia y enfermería*. [Revista en línea] 2013. 19, n.2, pp.77-88. ISSN 0717-9553.

Es entonces que cuando solamente se centran en los fallos activos de las personas se persiguen culpables y se genera la desconfianza, medidas administrativas, amenazas de litigios entre otros.

Se debe tener en cuenta que para analizar estos errores humanos se debe observar no solo a la persona que ocasiono el error sino al sistema de salud que lo rodea y que son facilitadores de los errores.

2. Modelo centrado en el sistema.

En este caso, se entiende que los errores no son culpa exclusiva del personal, sino que existen deficiencias en el sistema de salud por lo que es necesario crear parámetros a todo en su conjunto ya que todos interactúan por un objetivo en común.

Para explicar lo anterior el modelo de queso suizo señala con claridad al ejemplificar que el error del profesional es una consecuencia de la estructura organizativa hospitalaria y los agujeros se producen por los fallos activos y por las condiciones latentes y se puede constatar que casi en todos los casos los fallos se producen por la combinación de los dos elementos.

Dentro de los factores o condiciones latentes que conllevan a errores en la asistencia médica se tienen los siguientes: recarga de trabajo, mal manejo de tareas, poca supervisión, falta de comunicación, pocos recursos, escaso nivel de tecnología, instalaciones en mal estado, falta de unificación de los procesos, recursos obsoletos.

Dentro de los fallos activos se encuentran los siguientes: omisión, desatención, omisión de cumplimiento de normas, descuidos, fallas.

De lo anterior se puede señalar que el modelo del queso suizo explica:

- Los accidentes en raras ocasiones ocurren en su totalidad por conductas inapropiadas en la mayoría de los casos estos ocurren por distintos factores.
- Se pueden crear medidas para evitarlos.
- Si se producen múltiples errores en un mismo incidente existe la posibilidad cierta de que se produzca un evento adverso.
- Si existe una observación del sistema hospitalario esto permite la identificación de los errores que se presentan.

7.2.1 Los factores latentes o contribuyentes

En este caso estos son factores que aumentan la posibilidad de un incidente y se clasifican en:

- Externos: No están bajo el control de la organización.
- Organizativos: Ausencia en los protocolos de proceder.

-Factores que están relacionados con las personas o los pacientes.

7.3 Prácticas Seguras

Son acciones encaminadas a minimizar el riesgo y con esto se evita que el daño suceda. Estas acciones se relacionan directamente con los incidentes y factores contribuyentes y pueden ser de dos tipos:

-Proactivas (antes de que suceda el incidente): realiza previo al hecho una reflexión del procedimiento y de sus consecuencias.

-Reactivas (una vez que el incidente ha sucedido): una vez generado el incidente se adopta los conocimientos con base a lo sucedido.

Es entonces que se considera como practica segura aquella conformada por la mejor evidencia científica que ayudara a reducir o eliminar los efectos adversos.

Se han propuesto nueve soluciones para la seguridad del paciente para la adopción en todos los países las cuales son las siguientes:

1. Medicamentos de aspecto o nombre parecidos.
2. Identificación de pacientes.
3. Comunicación durante el traspaso de pacientes.
4. Realización del procedimiento correcto en el sitio correcto del cuerpo.
5. Control de las soluciones concentradas de electrolitos.
6. Asegurar la precisión de la medicación en las transiciones asistenciales.
7. Evitar los errores de conexión de catéteres y tubos.
8. Usar una sola vez los dispositivos de inyección.
9. Mejorar la higiene de las manos para prevenir las infecciones asociadas con la atención de salud.

7.3.1 Prácticas que Pueden Llegar a Reducir el Riesgo de Eventos Adversos

- Las infecciones asociadas con el uso de catéteres centrales pueden prevenirse con el uso de barreras estériles durante la colocación de catéteres venosos centrales; las

infecciones quirúrgicas y los tromboembolismos venosos profundos se previenen con una adecuada profilaxis; las úlceras se evitan con presión con colchones especiales.¹⁸

7.4 Evento Adverso

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), "un evento adverso (EA) es el resultado de una atención en salud que, de manera no intencional, produce daño al paciente. Existen los eventos adversos prevenibles, es decir, los que conllevan resultados no deseables que se habrían evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado, y los eventos adversos no prevenibles, que se presentan a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencia."

De acuerdo con el último estudio IBEAS en torno a la prevalencia de EA en hospitales en Latinoamérica, que permitió conocer dicha información en cinco países (México, Perú, Argentina, Costa Rica y Colombia), el 13.27 % de estos estaban relacionados con el cuidado del paciente, un 8.23 % con el uso de medicamentos, un 37.14 % con la infección nosocomial, un 28.69 % con algún procedimiento y un 6.17 % con el diagnóstico.

Revista de Salud Pública, encontró una incidencia del 4.6 % de EA, de los cuales el 61 % se consideraron evitables.

Según la OMS se debe establecer una cultura del paciente en cuanto a que no es responsabilidad solamente del personal sanitario sino también, aquellos que llevan la conducción de los centros asistenciales y las autoridades sanitarias deben velar por los cuidados de los pacientes.

Ya en algunos países los errores adversos han sido analizado que no solo se causa un daño al paciente, sino que este incidente tiene otros efectos tales como el costo económico que causa a los hospitales a consecuencia de los despidos laborales, horas extras, intervenciones quirúrgicas, pruebas de diagnóstico, entre otras.

7.4.1 Programas de Monitoreo de Eventos Adversos

En Colombia existen varios programas de observación de eventos adversos entre los que se destacan los de monitoreo que ayudan a la vigilancia epidemiológica de los EA, entre ellos está la reglamentación de la Tecnovigilancia por medio de

¹⁸ Cometto M, Gómez P, Marcon G, Zárate R, de Bortoli S, Faconí C. Enfermería y seguridad de los pacientes [Internet] Organización Panamericana de la salud.

identificación, recolección y gestión de los incidentes o eventos adversos que presenten los dispositivos médicos durante su uso.

Se tiene también la farmacovigilancia que es aquella que se encarga de monitorear el suministro de medicamentos ya que el uso de medicinas tiene un efecto que pudiera potencialmente derivar en un evento adverso.

En último lugar está la hemo vigilancia que es aquella actividad que permite el registro y análisis concerniente a la donación y transfusión de sangre.

7.4.2 Los Errores Adversos Prevenibles Más Recurrentes

1. Error en Medicación

La OMS define como: “Un error de medicación como cualquier acontecimiento evitable donde la dosis de medicamento que recibe el paciente difiere de la recetada por el prescriptor o de las establecidas por las políticas y procedimientos del hospital”.

Algunos de estos errores son:

- No suministrar el medicamento indicado por el médico.
- Suministrar al paciente el medicamento al paciente equivocado.
- Elaborar dosis de medicamento de manera incorrecta.

Es importante para prevenir estos errores que se tomen las siguientes medidas:

- Tener conocimiento del riesgo que existe en el suministro de medicamentos.
- Realizar los cálculos necesarios para prescribir correctamente.
- Es válido consultar con otros especialistas cuando no se tiene la certeza de la prescripción de un medicamento.
- Se debe realizar el registro respectivo de la prescripción del medicamento en la historia clínica en la cual se deberá colocar lo siguiente:

1. Cerciorarse que el medicamento sea el indicado.
2. Si el medicamento es el indicado confirme lo que señala su etiqueta.
3. Si el paciente es el correcto confirme que la receta coincida con su nombre.
4. con la guía farmacológica confirme la dosis del medicamento.
5. Confirme que la vía de administración sea la adecuada para el suministro del medicamento.
6. Los niveles sanguíneos se deben garantizar terapéuticamente.
7. Se debe administrar el medicamento con la frecuencia correcta.

8. Velocidad correcta: garantice seguridad y efecto terapéutico por vía parenteral.
9. Se le debe hacer el seguimiento al paciente una vez suministrado el medicamento.
10. Registro correcto: registre dosis, dilución, hora y vía de administración.

7.4.3 Error en Sitio Quirúrgico

Con la finalidad de reducir los eventos adversos en los quirófanos la OMS ha sugerido una lista de verificación que aborda aspectos de seguridad como lo son las prácticas de seguridad de la anestesia, las infecciones quirúrgicas evitables o la comunicación deficiente entre el personal del equipo quirúrgico. Esta lista no es taxativa sino es la recomendada y se puede adecuar a la práctica local.

En algunos casos el personal médico puede considerar a esta lista de chequeo una pérdida de tiempo sin embargo se debe hacer hincapié que esta herramienta ayuda a la seguridad del paciente en cuanto a la mejora de la atención en salud, la eficacia de los equipos de trabajo y la comunicación en el personal de trabajo

En muchas oportunidades los médicos por temor o vergüenza no reportan los eventos adversos, pero se debe tener en cuenta que son eventos en donde es imperante y obligatorio su reporte y el no hacerlo llevaría a consecuencias de tipo laboral no deseadas que conllevaría a su afectación profesional y pérdida de prestigio y credibilidad.¹⁹

7.5 Indicadores para la vigilancia, control y evaluación de los sistemas de salud

La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) estableció indicadores en materia de seguridad del paciente para la vigilancia, control y evaluación de los sistemas de salud, la cual Colombia, por estar adherida dentro de sus protocolos, los toma por ser miembro de su organización. Estos 21 indicadores en materia de seguridad del paciente son los siguientes:

Infecciones Nosocomiales:

- Neumonías por uso del respirador.
- Herida quirúrgica infectada.
- Infecciones atribuibles a las intervenciones del equipo de salud.

¹⁹ Vasco M. El evento adverso. ¿Un daño prevenible en la atención en salud? *Infoscare*.

[Revista en línea]. 2020; 11(1) Consultado el 5 de agosto de 2021.

- Úlceras por presión.

Eventos centinelas:

- Reacciones por transfusión.
- Transfusión por tipo de sangre equivocado.
- Error del sitio quirúrgico.
- Cuerpos extraños olvidados en pacientes durante procedimientos quirúrgicos.
- Fallas relacionadas con el personal de salud.
- Errores de medicación.

Complicaciones quirúrgicas y postquirúrgicas:

- Complicaciones por anestesia.
- Sepsis postquirúrgica.
- Embolia pulmonar o trombosis venosa profunda.
- Dificultades técnicas con los procedimientos quirúrgicos.
- Complicaciones obstétricas:
 - Lesiones o traumatismo al momento del nacimiento del neonato.
 - Trauma obstétrico en partos vaginales.
 - Trauma obstétrico en partos por cesárea.
 - Mortalidad materna.

Otros eventos adversos:

- Caídas de los pacientes.
- Fracturas de cadera.²⁰

Entorno del Evento Adverso:

En materia de salud es una lesión realizada por el personal de salud de manera involuntaria durante la atención del paciente. El evento adverso presenta las siguientes características:

²⁰ Villarreal E. Seguridad de los pacientes. Un compromiso de todos para un cuidado de calidad. *Salud Uninorte* [Internet]. 2007; 23 (1): 112-119. Universidad del Norte, Barranquilla, Colombia.

- Se clasifican en leves y graves.
- Los más frecuentes son los relacionados con el suministro de medicamentos seguidos de las infecciones intrahospitalarias, cuidados de la salud, diagnósticos y otros.
- En cuanto a su evitabilidad los más recurrentes son: los diagnósticos, infecciones intrahospitalarias, cuidados, medicación y procedimientos.

7.6 Costos que traen consigo los eventos adversos

En cuanto a lo referente al sistema de salud: Estancias prolongadas en el centro asistencial, indemnizaciones, primas de seguro, lucro cesante.

En cuanto a lo que se refiere al paciente: Pérdida de capacidad laboral, así como también disminución de ingresos.

En cuanto a lo que se refiere a la sociedad: Incapacidad, pensiones, costos por discapacidad.²¹

7.7 Acciones Inseguras

Son aquellas conductas de acción u omisión en la que incurre el personal de salud y pueden llegar a causar un evento adverso o en su defecto un accidente importante.

7.7.1 Condiciones que Predisponen una Acción Insegura

- Actitud del paciente: Este contribuye al error por encontrarse en un estado de estrés.
- Documentación dentro de una institución hospitalaria, poco clara.

²¹ Fernández N, Los eventos adversos y la calidad de atención estrategias para mejorar la seguridad de los pacientes pediátricos. *Pediatría Sanitaria y Social*. [Revista en línea] 2004. Consultado el 17 de julio de 2021; 102 (5).

- Personal que pertenece al centro asistencial que con su actuar incurren en fallas de atención en la salud tales como médicos, enfermeras y cualquier persona que conforme el equipo de salud.²²

7.8 Servicios Integrados IPS

7.8.1 Reseña Histórica

Es una institución creada para la prestación de servicios de salud de primer y segundo nivel ambulatorio, que inicia sus operaciones el 16 de marzo de 1998, teniendo su primera sede en el Municipio de Bello Departamento de Antioquia.

En año y medio después se funda la segunda sede el primero de octubre de 1999 ubicada en el HOSPITAL PABLO TOBON URIBE, buscando mayor cobertura y optimización en sus servicios. En la actualidad su ubicación está en el barrio Robledo de la ciudad de Medellín lo cual ha permitido ampliar sus servicios.

Ya en el año 2009, se habilito en el Municipio de Bello, Barrio San José obrero, otra sede debido a la gran demanda de los pacientes y todo el Municipio.

Para los servicios oftalmológicos, en el año 2014 se inauguró una sede para uso exclusivo de esta especialidad en el centro integral de servicios punto clave.

La más reciente sede es la inaugurada en Rio Negro, Oriente Antioqueño, en julio de 2017.

La prestación de sus servicios le ha permitido posicionarse como una de las mejores IPS a nivel nacional.

Misión: Somos una institución de I y II nivel ambulatorio que presta servicios de salud a los usuarios y sus familias por medio de actividades de prevención de la enfermedad y promoción y recuperación de la salud, fundamentados en la seguridad, pertinencia y calidez.

Visión: Integrados IPS será una institución con mayor participación en el mercado de salud en el segundo nivel de atención ambulatoria.

7.8.2 Código de Ética y de Buen Gobierno Integrados IPS

El código de ética y buen gobierno es un instrumento con la finalidad de ejercer la dirección y el ejercicio diario; con la finalidad de proporcionar, fortalecer y lograr los

²² Cortez R. La seguridad del paciente en la ese hospital San José la palma evaluación del clima de seguridad. Universidad Santo Tomas, Bogotá, Colombia 2017.

objetivos propuestos con la misión de la institución y también lo establecido en el artículo dos de la constitución política.

Los aspectos establecidos en el presente código recogen la iniciativa de las personas que laboran en la dirección, así como todo el personal de la institución con el objetivo de proyectar óptimos resultados, eficiente trabajo en equipo y buena comunicación con los usuarios, proveedores y clientes velando así por el cumplimiento de los principios de la institución que se traducen en honestidad, compromiso y respeto.

En Integrados IPS existe un compromiso con la información, participación y la pedagogía de los derechos y deberes que le corresponden al usuario y a su mejoría.

Política de seguridad del paciente

Integrados IPS como institución de salud está comprometida con la promoción y ejecución de los procedimientos seguros en cuanto a los riesgos relacionados con suministros de medicamentos, infecciones que tengan que ver con la atención al paciente con el objetivo de disminuir los “Eventos Adversos Prevenibles”.

Propósitos de la política de Seguridad del Paciente

- Establecer dentro del manejo de la seguridad del paciente una cultura de responsabilidad, equitativa, educativa y nunca ilegal.
- Minimizar los eventos adversos y sus repercusiones.
- Generar una atención segura en el entorno asistencial.
- Se generará una política que incentive la formación y motivación en cuanto se refiere a la seguridad del paciente.

Dentro de las políticas de la seguridad del paciente se destaca su comité y en el mismo se encuentran contenidos los siguientes procedimientos:

- Comité de Infecciones Asociadas al Cuidado de la Salud (IACS)
- Comité de Farmacovigilancia
- Comité de Tecnovigilancia

Política de adopción de guías de práctica clínica

A fin de garantizar la excelencia en Integrados IPS dentro de sus políticas de gestión se encuentra incluida la guía práctica clínica que tiene por objetivo la atención del paciente con altos estándares de calidad.

Las guías de prácticas clínicas contienen recomendaciones en cuanto a los cuidados del paciente que se manifiestan en revisiones, evaluaciones de riesgos y opciones de cuidado.

Política de no reúso

Atendiendo a la resolución 2003 de 2014 Integrados IPS exige a sus profesionales no reusar el material médico cuya recomendación del fabricante sea para uso único.

El comité de seguridad del paciente de acuerdo con un cronograma implementará auditorias periódicas para cuidar que los dispositivos e insumos no se reúsen.

Principios Orientadores de la Política de Humanización

- Los referentes de acción en la prestación de los servicios son atención digna y respetuosa articulados con principios que contienen valores, derechos y deberes.
- A través de la formación, capacitación, desarrollo y evaluación de los mismos se implementará el servicio humano de calidad.
- De cara al usuario se realizará el mejoramiento continuo de los procesos priorizados con la finalidad de optimizar los servicios de salud en cuanto los dominios de oportunidad-accesibilidad y satisfacción.
- Las acciones giran en la atención del usuario lo que da a entender la importancia de su satisfacción.

Política de gestión del riesgo

La administración del riesgo está basada en cinco ejes:

- Los riesgos de la gestión
- Los riesgos de la seguridad y salud en el trabajo
- Los riesgos de la gestión clínica y seguridad del paciente
- Los riesgos de la gestión ambiental
- Los riesgos del lavado de activos y la financiación del terrorismo.

Para la administración del riesgo se realizara un adecuado análisis del contexto estratégico, identificando, analizando, valorando y tratando los diferentes riesgos así como el seguimiento y evaluación a las acciones de mitigación; a través del establecimiento y aplicación de acciones preventivas – barreras de seguridad, controles efectivos y acciones correctivas que eviten la materialización de eventos

generadores de riesgo y que afecten o impidan el normal desarrollo de los procesos y el cumplimiento de las metas institucionales.

Para la institución la gestión de los riesgos aborda:

- Evitar el riesgo
- Reducir el riesgo
- Compartir o transferir el riesgo
- Asumir el riesgo.²³

7.9 Documentos seleccionados seguridad del paciente en Colombia

- Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente.
- Promoción de la cultura de seguridad del paciente.
- Guía técnica "buenas prácticas para la seguridad del paciente en salud 2014.
- Resolución 2003 de 2014.
- Lista de Chequeo Buenas Prácticas en Seguridad del Paciente.
- Paquetes Instruccionales Buenas Prácticas en Seguridad del Paciente.
- Manual de Estándares de Acreditación Ambulatorios y Hospitalarios.
- Decreto 780 de 2016.
- Curso Virtual de Introducción a la Investigación en Seguridad del Paciente

OMS. ²⁴

7.10 Estrategias de Mejora en Cuanto a la Seguridad del Paciente

7.10.1. Con relación a los cambios de la cultura organizativa:

²³ Integrados IPS [Internet] 2021. Disponible en: <http://www.IPSintegrados.com/planeacion/>

²⁴ Balaguera A, Nieto M, Peña J, Roso A. Estudio Comparativo de los Programas de Seguridad del Paciente de Colombia, Chile y México, y Acciones Desarrolladas en el Periodo 2008 a 2018 que Pueden Fortalecer las Buenas Prácticas en la Atención de Salud en Colombia. Universidad Autónoma de Bucaramanga, Facultad de Medicina, Bucaramanga Colombia. 2018

- Se debe reforzar la tarea en materia de liderazgo.
- Las evaluaciones se deber dar sin señalar o culpabilizar
- Los problemas deben poder identificarse con precisión.
- Se deben proponer estrategias eficaces para evitar los eventos adversos.
- Se debe aprender de los errores y con base a estos procurar los cambios necesarios.
- Se deben revisar y actualizar los sistemas de registro e información.

7.10.2 Con relación al sistema de registro:

- Son el punto principal de mejora de cualquier sistema de calidad.
- Se tiene unanimidad en cuanto a la optimización de los sistemas de registro de eventos adversos, sin embargo, estos en casi todos los países incluyendo lo desarrollados esto son deficientes.
- Se debe mejorar la metodología y adherirse a los estándares internacionales.
- La mayoría de los países que han hecho obligatorio los registros de eventos adversos lo han hecho sin tomar en cuenta el carácter punitivo.
- La mayoría de los países tienen como iniciativas de mejora renovar y optimizar sus registros.

7.10.3. El análisis de los procesos:

- Para realizar esta actividad lo más utilizado es el análisis de gestión de riesgos.
- Para lograr un efectivo gestión de riesgo se debe crear un ambiente laboral basado en la confianza.
- Se deben formar profesionales en materia de gestión de riesgos.

7.10.4. La participación de los pacientes

- Para conseguir la prevención de los eventos adversos es indispensable la participación de los pacientes.
- Ya existen suficientes estudios que concluyen que el estilo de vida, el uso de los medicamentos y un adecuado tratamiento son condicionantes en los resultados de las intervenciones quirúrgicas.

7.10.5 La Alianza

- Estas surgen como herramienta entre distintos países con la finalidad de cooperar para optimizar la metodología en cuanto al tratamiento de los eventos adversos.
- Estas alianzas tienen un propósito dirigido a facilitar en los servicios de alta complejidad como lo son los centros asistenciales todo lo concerniente a la seguridad del paciente.
- Se deben realizar investigaciones para analizar las causas que originan los errores adversos y como prevenirlos.
- Con las alianzas entre los países se logran divulgar soluciones que pueden servir a todos los involucrados.

7.10.6. Reto global para la seguridad del paciente:

-Para mejorar el sistema sanitario la OMS invita a los países a unirse a sus iniciativas bajo los siguientes principios:

- * Evaluar formalmente el nivel y naturaleza de las infecciones asociadas a los servicios sanitarios.
- * Se debe establecer un sistema de registro que contengan las incidencias para monitorear los cambios.
- * En cuanto a los problemas se debe encausar y analizar los distintos sistemas.
- * Para mejorar la seguridad se debe desarrollar las soluciones.
- * Reducir los riesgos.
- * Concentrar las actividades en cinco acciones:
 - Manos limpias
 - Practicas limpias
 - Productos limpios
 - Entorno limpio
 - Equipos limpios.
- * En la mejora de los planes se deben involucrar a los pacientes, usuarios y profesionales.
- * Asegurar la sostenibilidad de la acción de mejora.

7.10.7. Paciente para la seguridad del paciente:

- Con respecto a las acciones que estén llevando los gobiernos e instituciones privadas se debe establecer un inventario en cuanto a esas iniciativas.
- En cuanto a los consumidores y proveedores se debe facilitar el estudio de la seguridad del paciente.
- Se deben apoyar las iniciativas de diseño activo con respecto a los sistemas sanitarios.
- Se deben crear políticas que faciliten la participación de los consumidores.

7.10.8 Taxonomía para la seguridad de los pacientes

- La taxonomía a nivel internacional ayuda a la observación, registro y comprensión de estos.
- Ayuda a comprender causas, gravedad y consecuencias.
- Incluye los aspectos fundamentales para clasificar y codificar los eventos adversos.

7.10.9 Investigación en el campo de la seguridad de los pacientes

- Las investigaciones sobre seguridad del paciente deben abordar temas de organización e infraestructura.
- Las prioridades en cuanto a la investigación deben concentrarse en: errores, sistemas sanitarios e infraestructura.
- Se deben abordar aspectos tales como: cultura organizativa, capacidad analítica y el desarrollo del conocimiento sobre las intervenciones más eficaces

7.10.10. Soluciones para la seguridad de los pacientes

- Minimizar los riesgos
- Optimizar la seguridad de los pacientes
- Realización de acuerdos internacionales con la finalidad de proponer soluciones.
- Que coexistan compañías, farmacéuticas, industrias de productos sanitarios en cuanto a proponer soluciones.

- Creación de un centro de colaboración que colabore con la identificación que puedan reducir los riesgos en los pacientes.²⁵

²⁵ García M. Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. [Internet]. Oficina de Servicios Integrados de Salud. Unidad de Políticas, Sistemas y Servicios Sanitarios. Organización Mundial de la Salud, Oficina Europea. Barcelona, España. 2008.

8. Cuadro de operacionalización de variables

Objetivos Específicos	Variables	Definición Conceptual	Dimensiones	Indicadores
1. Identificar cuáles son los factores que más afectan a la seguridad en los pacientes de integrados IPS.	1. Factores que afectan la seguridad de los pacientes.	1. Es el daño que se puede presentar en un servicio de salud.	1. A Riesgos en los estadios de desarrollo.	1. A.1 Estilo de vida. 1. A.2 Estado cognitivo y de movilidad. 1. A.3 Alteraciones sensitivas. 1. A.4 Conciencia de movilidad.
			1. B Riesgos individuales.	1. B.1 Estilo de vida. 1. B.2 Trastornos de la movilidad. 1. B.3 Alteraciones sensitivas o de la comunicación. 1. B.4 Falta de conciencia de seguridad.
			1.C Riesgos en los servicios sanitarios	1. C.1 Errores médicos. 1. C.2 Exposición a sustancias químicas. 1. C.3 Diseminación de patógenos. 1. C.4 Lesiones por caídas. 1. C.5 Accidentes intrínsecos. 1. C.6 Accidentes relacionados con intervenciones. 1. C.7 Accidentes relacionados con el equipamiento.
2. Caracterizar las condiciones de seguridad en los pacientes que	Condiciones de seguridad en los pacientes.	Conjunto de factores relacionados con materiales,	2.A Nivel de excelencia profesional .	2. A.1 Compromiso. 2.A. 2Responsabilidad. 2.A. 3Impecabilidad. 2. A.4Trabajo.

presenta integrados IPS		equipo que pueden afectar la salud de los pacientes		2.A.5 Comunicación asertiva
			2. B Uso eficiente de los recursos	2.B.1 Humanos 2: B.2 Materiales 2: B.3 Tiempo
			2 .C Alto grado de satisfacción del paciente.	2.C.1 Organización 2.C.2 Accesibilidad 2.C.3 Instalaciones 2: C.4 Tiempo de ingreso 2.C.5 Trato
3. Destacar las implicaciones que tiene para el sistema de salud colombiano las debilidades en materia de seguridad del paciente.	Debilidades en seguridad del paciente.	Conjunto de elementos que reflejan el contexto interno de un centro de salud.	3. A Bajo desarrollo de sistemas de detección de eventos adversos.	3.A. 1 Protocolos inadecuados. 3. A .2 Documentación incompleta. O inexistente. 3.A.3 Influencia organizacional. 3. A.4 fallas en la supervisión de riesgos.
			3. B Instalaciones.	3.B.1 Inseguras 3.B.2 Insuficientes 3.B.3 Dañadas

			3 C Equipo insuficiente.	3.C.1 Quirúrgicos 3.C.2 Insumos de protección personal 3.C.3 Medicamentos
			3. D falta de capacitación del personal.	3.D.1 En cuanto a normas de seguridad del paciente. 3.D.2 Protocolos de seguridad en pacientes 3.D.3 Conocimiento de situaciones
4. Recomendar las acciones de mejora que se tienen que llevar a cabo en Integrados IPS con ocasión de la seguridad del paciente.	Acciones para mejorar la seguridad de los pacientes.	Conjunto de medidas que se toman en un hospital con la finalidad de mejorar su situación de atención.	4. A Tomar en consideración las evaluaciones externas.	4.A.1 Familiares 4.A.2 Pacientes 4.A .3 Público en general.
			4.B Implementar el programa de calidad y seguridad	4.B.1 ISO 4.B.2 Certificaciones hospitalarias 4. C .3 Prácticas clínicas.
			4.C Reclutamiento de personal.	4.C.1 Proceso de atención 4. C. 2 proceso de apoyo.

9. Marco Legal

Norma	Año	Artículo	Descripción
Constitución Política	1991	49	Consagración de la salud a cargo del Estado Colombiano.
Ley 100	1993	1	Sistema general de seguridad social.
Ley 1122	2007	14	Aseguramiento en salud, gestión de riesgo en salud.
Ley 1438	2011	1	Fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud
Ley 1715	2015	2	Regula el derecho fundamental a la salud.
decreto 1011	2006	3	Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud
Resolución 4816	2008	1	Programa nacional de tecnovigilancia
Resolución 2011020764	2011	1	Reglamento relativo al contenido y periodicidad de los reportes de eventos adversos.

10. Marco Metodológico

10.1 Tipo de estudio

En este estado de la investigación se destaca la profundidad de la investigación de acuerdo con el conocimiento requerido. Según Fernández, los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades, las características y los perfiles importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis (Danhke, 1989). Miden, evalúan o recolectan datos sobre diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno a investigar. Desde el punto de vista científico, describir es recolectar datos (para los investigadores cuantitativos, medir; y para los cualitativos, recolectar información). Esto es, en un estudio descriptivo se selecciona una serie de cuestiones y se mide o recolecta

información sobre cada una de ellas, para así (vélgase la redundancia) describir lo que se investiga.²⁶

En el presente proyecto de investigación es de tipo descriptivo por cuanto se requiere identificar y caracterizar los factores que inciden en la seguridad del paciente y así poder realizar un análisis acerca del problema planteado.

10.2 Diseño de Investigación

En materia de investigación un diseño es el plan de trabajo que se sigue para lograr recolectar los resultados del estudio. Balestrini ²⁷ Se define como el plan global de investigación que integra de un modo coherente y adecuadamente correcto técnicas de recogidas de datos a utilizar análisis previstos y objetivos. El diseño de una investigación intenta dar de una manera clara y no ambigua respuestas a las preguntas planteadas en las mismas. ¹⁴

Es por lo que el presente trabajo está enmarcado bajo el diseño documental y presentara las siguientes etapas:

10.2.1 Búsqueda de fuentes impresas y electrónicas relacionadas con el tema de estudio: En este sentido la búsqueda en fuentes impresas estuvo basada en libro de texto relacionada a la seguridad en los pacientes, documentos institucionales y leyes relacionadas al tema en cuestión.

10.2.2 Con respecto a las fuentes electrónicas la búsqueda se centró en páginas reconocidas tales como google, google académico, redalyc, Scielo entre otras.

10.2.3 Lectura inicial de los documentos disponibles: En esta fase la lectura de las fuentes de información fue rápida y ágil intentando comprender cada uno de los textos y captando palabras sueltas para hacerse una breve idea de lo que se profundizo más adelante.

10.2.4. Elaboración del esquema preliminar o tentativo: Esto se logró haciendo un orden de las partes de los contenidos consultados en temas y subtemas, logrando una estructura preliminar del trabajo que se ira modificando a medida que la investigación vaya avanzando.

²⁶ Fernández R. Metodología de la investigación. (3. Ed) México: McGraw Hill 2003.

²⁷ Balestrini M. Cómo se elabora el proyecto de investigación. Para los estudios formativos o exploratorios, descriptivos, diagnósticos, evaluativos, formulación de hipótesis causales, experimentales y los proyectos factibles. [Libro en línea] Ed. Consultores Asociados, 2005.

10.2.5. Recolección de datos mediante lectura evaluativa y elaboración de resúmenes: En esta fase se llevó a cabo un análisis de todos los textos persiguiendo la comprensión de los mismo Esto se logró a través de un proceso mental y traduciendo símbolos en ideas adoptando una postura analítica y realizando dichas lectura con disposición activa distinguiendo los hechos de las opiniones concretando los objetivos en cada fragmento y determinando las informaciones de mayor importancia con la finalidad de proceder a redactar los resúmenes correspondiente.

10.2.6. Análisis e interpretación de la información recolectada en función del esquema preliminar: Para lograr el análisis de los elementos en estudio se procedió a lo siguiente: Con el fin de tratar de reducir el texto en sus elementos más significativos se realizó una lectura detenida hasta que se agotaron todas las ambigüedades, ambivalencias, palabras y expresiones que no se conocían bien hasta que se tuvo la impresión de que se comprendió el texto en su totalidad.

En una segunda fase se procedió a realizar la arquitectura argumental distinguiendo las ideas principales y organizándolas esquemáticamente señalando los referentes o casos de apoyo vinculados a las ideas correspondientes.

En muy pocas líneas se procedió a describir el tema.

En base a la tarea anterior se redactó la formulación sumaria del tema.

Por último, se elaboraron los resúmenes del discurso del autor apegándose rigurosamente a su narrativa.

10.2.7 se procedió a redactar el esquema definitivo del trabajo y se comunicaran las conclusiones correspondientes.

10.3 Población de Estudio

Son consideradas las unidades de estudio sobre la cual va a recaer la investigación Según Arias es un conjunto finito o infinito de elementos con característica comunes para los cuales será extensiva las conclusiones de la investigación.²⁸

La población considerada en la presente investigación es finita que según Arias, (p.81) es aquella cuyo elemento en su totalidad son identificables por el investigador y en este caso estuvo constituida por información documental de diversas fuentes tales como: guías prácticas de la clínica, material otorgado al paciente relacionado con la seguridad del paciente, normas referente al caso planteado, expedientes y

²⁸ Arias F. Proyecto de investigación (5a Ed.) Caracas: Episteme. P(81); 2005.

cualquier otro material que pueda servirnos de utilidad con relación al problema en estudio.

En cuanto a los instrumentos de recolección de datos son definidos por Arias, como cualquier recurso, dispositivo o formato (en papel o digital) que se utiliza para obtener, registrar información. En esta investigación los instrumentos utilizados fueron fichas, computadoras y sus unidades de almacenaje.

10.4 Técnicas de Procesamiento y Análisis de Datos:

Como cualquier otro tipo de investigación científica el procesamiento y análisis de datos se llevó a cabo de la siguiente manera:

- Se procedió a la identificación de la población que se desea estudiar adecuada a los intereses y necesidades particulares del estudio, la determinación de las unidades de análisis y la construcción de las categorías investigadas, la codificación y el análisis de los resultados encontrados.

Las unidades de análisis son los segmentos que interesan investigar del contenido de los mensajes escritos para posteriormente ser expresados y desglosados en categorías y subcategorías.

Las categorías estuvieron compuestas por las reflexiones hechas, a partir de las perspectivas teóricas adoptadas para la investigación y se transformaron en los distintos niveles donde se expresan y desglosan las unidades de análisis.

La codificación consiste en la transformación de las unidades de análisis, categorías y subcategorías, identificadas en los pasos anteriores, en unidades de registro que permitieron su descripción para el análisis posterior.

Por último, el análisis de los resultados se llevó a cabo en dos etapas: En primer lugar, se llevó a cabo el análisis general de las dimensiones de los documentos revisados en términos de la inclusión de objetivos perseguidos, en cuanto a las perspectivas teóricas, metodología seguida en la investigación, es decir, fuentes utilizadas definición de conceptos utilizados, frases con datos y cantidad de documentos utilizados como apoyo bibliográfico. Después se utilizaron pruebas propias del análisis de contenido, para llevar a cabo el análisis de los resultados bajo una estrategia extensiva e intertextual y es así que con toda esta información se procedió a redactar el módulo de capacitación.

Es la configuración del resultado de la investigación, éste tiene que ver con la descripción de los aspectos metodológicos que se desarrollaron en la misma, debiendo ser elaborado con la claridad, rigor y consistencia.

10.5 Procedimientos que se utilizarán para controlar los factores que amenazan la validez y confiabilidad de los resultados.

En el presente estudio por ser la técnica análisis de contenido la utilizada para este estudio, para obtener datos confiables y válidos, se corroborará la fiabilidad de los documentos a analizar, así como también se realizarán confrontación con otros documentos similares.

10.6 Resultados

Tabla 1. Características socio demográficamente los pacientes que presentaron incidentes y eventos adversos (Edad, sexo, Calificación de los factores del evento) IPS INTEGRADOS Medellín durante 2017 - 2018.

Variables (n=106)		
Edad categorizada		%
2-17 años	3	2,83%
18-28 años	10	9,43%
29-49 años	34	32,08%
50 mas	59	55,66%
Genero		
Mujer	68	64,15%
Hombre	36	33,96%
No aplica	2	1,89%
Calificación de los factores del evento		
Esperados	25	23,58%
Inesperados	15	14,15%
No aplica	66	62,26%

Tabla 2. Distribución del Sexo según aseguramiento IPS INTEGRADOS Medellín 2017-2018.

Variables					
Genero	Subsidiado	%	Contributivo	%	Total general
Mujer	43	66,15%	25	60,98%	68
Hombre	21	32,31%	15	36,59%	36

No aplica	1	1,54%	1	2,44%	2
Total general	65		41		106

Tabla 3. Distribución del suceso según especialidad IPS INTEGRADOS Medellín 2017-2018.

SITIO DEL SUCESO

Especialidad	Cuenta de Área en la que se genera el reporte	%
Odontología	36	34%
No aplica	33	31%
Consulta externa	18	17%
cirugía	11	10%
Programas de p y p	6	6%
Área administrativa	1	1%
enfermería	1	1%
Total general	106	100%

Tabla 4. Distribución del suceso según sexo IPS INTEGRADOS Medellín 2017-2018.

CALIFICACION DEL SUCESO
SEGUN SEXO

Suceso	Mujer	Hombre	No aplica	Total general
Incidente	40	16	2	58
evento adverso	15	14	0	29

Complicación	9	1	0	10
No aplica	4	5	0	9
Total general	68	36	2	106

10.7 Análisis De Calidad De Los Datos

La base de datos “Eventos adversos, incidentes y complicaciones” busca describir las Complicaciones, eventos adversos e Incidentes ocurridos en el centro de atención “Integrados IPS” entre los años 2017 y 2018 para ello la base de datos cuenta con las siguientes variables: Marca temporal, tipo de identificación, número de identificación, tipo de aseguramiento, nombre completo del usuario, edad, sexo, fecha del suceso, cargo, nombre completo del colaborador que reporta, área en el que se genera el reporte, como califica el suceso.

Para evaluar la calidad de los datos que hacen parte de la base de datos “Eventos adversos, incidentes y complicaciones” se procedió a validar los datos contenidos según las dimensiones descritas en el estándar internacional ISO 25012, las dimensiones evaluadas fueron la exactitud de los datos, la completitud, la consistencia y la credibilidad de los datos. La exactitud muestra el grado en el que los datos representan correctamente el verdadero valor del evento. Con un resultado del 90%, debido a que no se contó con un campo donde se clasificara el evento, sin embargo, dentro de la descripción de cada evento objeto del estudio se encuentra información que permitió hacer dicha clasificación.

A continuación, se presenta el consolidado general de la calidad de los datos. Ver tabla

Tabla # 4. Distribución de calidad de los datos base de datos.

Completitud	96%
Credibilidad	100%
Consistencia	100%
Exactitud	90%
Integridad de los datos	97%

A continuación, se presenta el análisis individual de calidad de los datos, iniciándose por:

La completitud, permite medir si las variables de la base de datos tienen valores para todos los atributos esperados correspondientes al evento, el resultado fue del 96%, razón por la cual se considera que tiene un porcentaje adecuado de completitud, lo cual garantiza la obtención de datos de resultados. Ver tabla # 5

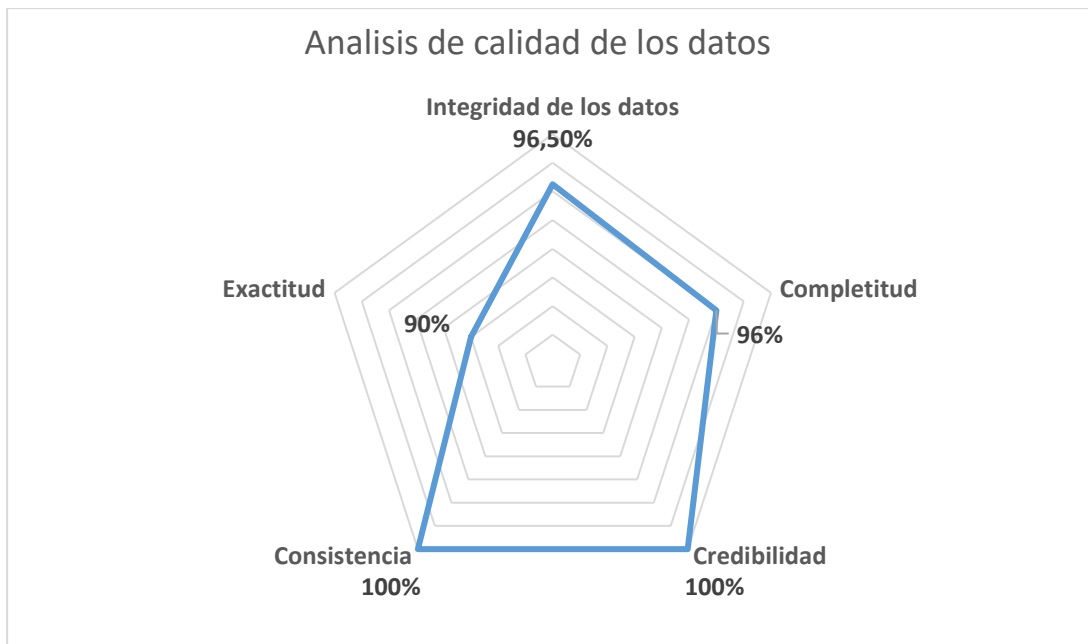
Tabla 5. Distribución de la completitud de la base de datos IPS INTEGRADOS 2017-2018.

VARIABLES	DATO	COMODIN	SIN DATO	COMPLETITUD
Marca temporal	106	0	0	100
Tipo de Identificación	106	0	0	100
Número de Identificación	105	1	0	99
Tipo de aseguramiento	106	0	0	100
Nombre completo del Usuario	106	0	0	100
Edad	106	0	0	100
Sexo	104	0	2	98
Fecha del suceso	104	2	0	98
Cargo	71	2	33	67
Nombre Completo del Colaborador que Reporta	106	0	0	100
Área en la que se genera el reporte	106	0	0	100
Como califica el suceso	97	0	9	92
			TOTAL	96

La Consistencia, representa el nivel de coherencia de los datos que están libres de contradicción, esta dimensión se cumple en un 100% ya que los datos contenidos permiten claramente llegar a conclusiones y evidenciar el evento ocurrido sin ninguna dificultad.

La credibilidad hace referencia al grado en el que los datos tienen valores que se consideran ciertos y creíbles, a esta dimensión se asigna un 100% ya que la fuente de los datos es una institución certificada, que cuenta con procesos estandarizados de reporte de Complicaciones, eventos adversos e Incidentes.

En conclusión, la integridad de los datos es de un 97%, es decir la base de datos da muy buen cumplimiento a las dimensiones inherentes al dato lo que refleja la buena calidad de estos y da garantía en cuanto a los resultados obtenidos a partir de la misma. Ver gráfico # 1 Representación de la consistencia y calidad del dato IPS



Grafica # 1. Representación de la consistencia y calidad del dato IPS

11. Consideraciones Éticas

El presente trabajo por ser una investigación documental no se realizó directamente en seres humanos en consecuencia estuvo basado en el análisis bibliográfico objeto de estudio por lo que no se vulneran en ninguna circunstancia la dignidad de los pacientes, sus derechos ni su bienestar.

12. Discusión

En el desarrollo del presente trabajo el problema de estudio se orienta en indagar que factores afectan la seguridad del paciente en cuanto a las acciones inseguras, incidentes y eventos adversos en integrados IPS en la ciudad de Bello, Medellín y Rio Negro.

Del análisis realizado se deduce que la seguridad de los pacientes en este centro asistencial constituye un problema de interés lo cual requiere de un gran esfuerzo para lograr eliminar los factores adversos intervinientes en la atención hospitalaria y poder tomar los correctivos necesarios cuando estos problemas se presenten.

Por lo tanto, es de vital importancia evaluar constantemente los cuidados del personal encaminadas a fortalecer la seguridad integral de los pacientes como la mejor forma de prevenir las acciones inseguras, incidentes y eventos adversos

A partir de los hallazgos encontrados aceptamos que la hipótesis general que establece que las mejoras por las medidas que se tomen con relación a la seguridad del paciente fortalecerán Integrados IPS, estos resultados guardan relación con lo que sostiene Romero (2019) por cuanto su estudio estuvo dirigido a diseñar normas sobre seguridad del paciente en comunidades autónomas como Cataluña y País Vasco y esto está en concordancia con el presente estudio en cuanto a las mejoras que se deben realizar en centros asistenciales.

13. Limitaciones del estudio

Las restricciones que surgieron en el transcurso del presente estudio estuvieron relacionadas con el hecho de no poder acceder por completo a todas las publicaciones relacionadas con el tema de estudio, lográndose entonces analizar solo aquellos artículos con acceso abierto que pudieron ser consultados.

14. Conclusiones

1. Se requiere la revisión constante de la cultura organizativa de las IPS con la finalidad de ir motivando a los profesionales en el área de la salud en cuanto a la optimización en materia de seguridad del paciente.
2. Se debe admitir que las actividades en materia de salud son de alto riesgo y por lo tanto debe haber por parte del personal del centro asistencial la colaboración de todos en cuanto se suscite un evento para tratar de buscar soluciones.
3. Las actividades en cuanto a la gestión de riesgo coadyuvan a identificar y evaluar los fallos en cuanto permiten conocer porque ocurren y con qué probabilidad, de tal manera que con base a esta información se puede llegar a minimizar y controlar su ocurrencia.
4. Se debe fomentar el conocimiento en cuanto a la seguridad del paciente en un ambiente de constante formación.
5. El personal de la IPS debe estar en permanente comunicación con los pacientes ya que estos por su condición pueden llegar a detectar riesgos en materia de seguridad.
6. Se debe compartir con otras instituciones temas relativos a la seguridad del paciente con la finalidad de afianzar conocimientos para implementar soluciones y prevenir daños.

7. Es indispensable el apoyo de la IPS en cuanto a la aparición de un evento adverso ya que se debe colaborar con la asesoría para la resolución del daño y por tanto fomentar en el personal no culpas o consecuencias laborales negativas sino la tranquilidad de que es una posibilidad que se puede presentar y que se debe afrontar de manera adecuada.

8. Se debe garantizar la identificación completa del paciente y su historia clínica procurando que esta sea automatizada con el fin de detectar con más efectividad alguna incongruencia en cuanto a su tratamiento dentro del centro asistencial.

9. La seguridad del paciente no es un formalismo dentro de los aspectos administrativos de un centro asistencial ya que se debe ver como un acto de responsabilidad dentro de la profesión implícita en el acto del cuidado.

10. Los programas de seguridad del paciente deben ser revisados y evaluados periódicamente para medir su eficacia y poder realizar las mejoras correspondientes.

11. La seguridad del paciente está dentro de las estrategias de calidad de las instituciones de salud.

12. Para abordar un evento adverso se debe tener en cuenta su prevención, observancia y erradicación o mitigación cuando estos se presenten.

15. Fortalezas

En el presente trabajo de investigación se lograron identificar las siguientes fortalezas:

- Con respecto al cambio organizacional esta es factible tanto para el cuerpo directivo como para el resto del personal, gracias a la difusión y a la importancia que se le ha dado al fomento de la cultura de seguridad del paciente a los centros asistenciales.
- Con relación a la formación y desarrollo profesional y las acciones seguras llevadas a cabo, el personal asistencial ya cuenta con un entorno en donde podrán formarse con tutores comprometidos con la enseñanza, adecuada utilización de los recursos y con la posibilidad de optimización de tecnología, así como también es factible la evaluación constante de prácticas asistenciales para disminuir los errores que se cometen en la actividad médica.
- La posibilidad de adaptación de nuevas maneras de trabajar sumada a la concienciación del personal posibilitará que las incidencias y los eventos adversos sean denunciados sin valor punitivo para el personal de la salud.
- El liderazgo de gestión podrá mejorarse y superarse con el desarrollo de las actividades de formación de grado y post grado esto traería como consecuencia una mejora en la seguridad del paciente.
- En relación con los pacientes y a la posibilidad de mejorar la comunicación con el personal del hospital, va a suponer un intercambio de información necesaria para el proceso hospitalario por cuanto se podrán tener en cuenta sus preferencias y así se

fomentará la confianza entre ellos, de tal manera que ante cualquier situación se puedan resolver de manera efectiva la circunstancia adversa que se pueda llegar a dar.

- Por último, en relación a la planificación estratégica, esta se percibe como una fortaleza ya que a través de los planes y estrategias del estado junto con los recursos adecuados se puede trabajar en el mejoramiento de indicadores y estándares de seguridad del paciente como una prioridad inherente al sistema de salud de cualquier país en desarrollo y prosperidad.

16. Recomendaciones

Considerando la importancia que tiene el presente estudio y en función de los resultados obtenidos se procederá a indicar algunas sugerencias al personal que labora en Integrados IPS, para ello se hacen las siguientes recomendaciones:

- Diseñar planes de acción periódicos con la finalidad de lograr el estímulo hacia una cultura de seguridad en el paciente.
- Actuar de manera colaborativa ante un evento adverso se debe convertir en una norma interna del centro asistencial con la finalidad de contrarrestar los efectos negativos y la posible solución de manera más expedita.
- Hacer uso de la gestión de riesgo como un instrumento que permita a la IPS analizar, comprender y evaluar un evento adverso con la finalidad de tomar las acciones correctivas en cada caso.
- Planear constantemente a través de diversos cursos pedagógicos todo lo relacionado a la seguridad del paciente.
- Preguntar frecuentemente a los pacientes lo referente a las circunstancias y modo en que han sido atendidos por partes de los miembros del centro asistencial.
- Realizar encuentros institucionales para discutir de forma permanente los acontecimientos en distintos centros hospitalarios acerca de eventos adversos y analizar las situaciones que se derivan de ellas.
- Motivar al personal asistencial para que la institución en la que laboran posea estándares de calidad en cuanto a la seguridad del paciente.
- Investigar permanentemente acerca de la forma y medidas que se están tomando en otros países acerca de cómo se pudiera mitigar e incluso erradicar los incidentes y eventos adversos en un centro asistencial.

Bibliografía

1. Tenjo M, Gómez P, Bedoya T, Giraldo C. “Reclasificación y análisis de los eventos adversos hospitalarios en una IPS de III nivel entre enero y diciembre, Manizales, 2010”. conejos [Tesis para optar el grado de Especialista en administración de salud]. Universidad Católica de Manizales. Colombia 2012. [Consultado el 16 de julio de 2021] disponible en: <https://repositorio.ucm.edu.co/bitstream/10839/231/1/Mauricio%20Tenjo%20Correa.pdf>
2. E.S.E Hospital San Rafael de Tunja. Diccionario de Seguridad del Paciente [Internet].2021 Disponible en: https://www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co/nuevo_sitio/attachments/article/1021/DICCIONARIO%20SEGURIDAD%20DEL%20PACIENTE.pdf
3. Ley 100 de 1993. Diario Oficial No. 41.148, de 23 de diciembre de 1993.
4. Decreto 1011 de 2006. DIARIO OFICIAL 46.230, de 03 de abril de 2006.
5. Guasarave, G Seguridad del paciente en el servicio de hospitalización del hospital San José de Marsella, Risaralda. [Tesis para optar el grado de Especialista En Auditoria En Salud], Pereira - Colombia. Fundación Universitaria Del Área Andina. Facultad de Ciencias de la Salud; 2018. [Consultada el 13 de julio de 2021] en: <https://core.ac.uk/download/pdf/326423705.pdf>
6. Escudero E, Avendaño Ben-Azul M, Domínguez Cancino K. Simulación clínica y seguridad del paciente: integración en el currículo de enfermería (Clinical simulation and patient safety: integration into the nursing curriculum Sci Med. 2018; [Consultado en: 28(1):ID28853], [Internet] 2018; disponible en : <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6268084>
7. Casabona CM, Urruela A, Peiró E, Alava F,Gens M, Iriarte I. ¿Qué normativas han desarrollado las comunidades autónomas para avanzar en cultura de seguridad del paciente en sus organizaciones sanitarias?. *Elsevier*.2019 Revista en línea.34 (5): 258-265, [Consultado el 15 de julio de 2021] disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2603647919300661>
8. Cuevas M, González B, Alvarez E, Barrera M, De Almeida Souza Alina, González M. et al . Diseño y validación de un nuevo registro clínico de enfermería, para la continuidad de los cuidados y seguridad del paciente en hemodiálisis. *Enferm Nefrol* [Internet]. 2019 Jun [citado 2021 Oct 14]; 22(2): 168-175. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-28842019000200168&lng=es. <https://dx.doi.org/10.4321/s2254-28842019000200008>.
9. Beverly K. Evaluación del programa de seguridad del paciente en el hospital del niño Dr. Francisco de Icaza Bustamante, de la ciudad de Guayaquil [Trabajo de grado para optar al título de Master en gerencia en servicios de la salud]. Universidad católica de Santiago de Guayaquil. Ecuador. 2011; [Consultada el 13 de agosto de 2021], disponible en.: <http://201.159.223.180/bitstream/3317/15919/1/T-UCSG-POS-MGSS-294.pdf>

10. Mera M, Thorpt C, González M, Gobernanza, enfermería, seguridad del paciente en una empresa social del Estado Colombiano. *Revista Venezolana de Gerencia*. 2019; vol. 2, 2019 Universidad del Zulia, Venezuela Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29063446035>
11. Moya O. La seguridad del paciente en atención primaria en salud ¿Una actividad que podría quedar en el olvido?. [Revista en línea]. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*. 2018; vol. 17, núm. 34 (2018) Pontificia Universidad Javeriana, Colombia .Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=54555308008>
12. Jaimes M, Alvarado A, Mejía C, López A, Mancilla V, Padilla C. Correlación del grado de percepción y cultura de seguridad del paciente en una Institución de tercer nivel 2015-2019 *Revista Cuidarte*. 2021;12(1):e1092. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.1092>
13. Lora S, Ocampo M, Espitia E. Costos de no calidad asociados a infección de sitio operatorio en poscesareadas, Colombia, 2020. RAS [Internet]. 5jul.2021 [citado 14oct.2021];5(1):11-9. Disponible en: <https://revistas.unicordoba.edu.co/index.php/avancesalud/article/view/2518>
14. González M, González M, Cardona M, Gallo M, González S, Bareño J. Prácticas de seguridad en ventilación mecánica en pacientes hospitalizados en las Unidades de Cuidados Intensivos de la ciudad de Medellín en el año 2018 *Acta Colombiana de cuidado intensivo*. [Internet], 20, (1). [Consultado el 13 de agosto de 2021], Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0122726219300631>
15. Acevedo M. Identificación del cumplimiento en los requisitos de las condiciones básicas para la prestación de los servicios de hospitalización oncológica, neurocirugía, cirugía de tórax, cirugía oncológica y cirugía cardiovascular en una IPS de Medellín en el año 2020, a partir de un proceso de autoevaluación integrando normas de calidad. [Trabajo de grado para optar al título de Especialista en Auditoria en Salud]. Universidad de Antioquia. Facultad Nacional de Salud Pública, Medellín Colombia. 2020; [Consultado el 16 de agosto de 2021], disponible en: https://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/16370/1/AcevedoMarcela_2020_Autoevaluaci%c3%b3nServiciosSalud.pdf
16. Valencia A, Botero J, González L, Amariles P, Rojas N. Errores de medicación en pacientes pediátricos en un hospital universitario en Medellín Colombia, un estudio de corte transversal. *Medicas UIS*. [Internet] 2020; 33 (2).[Consultado el 16 de agosto de 2021], disponible en: DOI: <https://doi.org/10.18273/revmed.v33n2-2020004>
17. Castañeda H. Percepción de la cultura de la seguridad de los pacientes por personal de enfermería. *Ciencia y enfermería*. [Internet] 2013. 19, n.2, pp.77-88. ISSN 0717-9553. [Consultado el 16 de julio de 2021], disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0717-95532013000200008&script=sci_abstract&lng=e
18. Cometto M, Gómez P, Marcon G, Zárate R, de Bortoli S, Faconí C. Enfermería y seguridad de los pacientes [Internet] Organización Panamericana de la salud.

[Consultado el 4 de agosto de 2021], disponible en :

<https://iris.paho.org/handle/10665.2/51547>

19. Vasco M. El evento adverso. ¿Un daño prevenible en la atención en salud? *Infoscare*. [Intenert]. 2020; 11(1) [Consultado el 5 de agosto de 2021]. Disponible en https://scare.org.co/wp-content/uploads/Infoscare_2020_1_ABRIL15.pdf
20. Villarreal E. Seguridad de los pacientes. Un compromiso de todos para un cuidado de calidad. *Salud Uninorte* [Internet]. 2007; 23 (1): 112-119. Universidad del Norte, Barranquilla, Colombia. [Consultado el 16 de julio de 2021], disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=81723111>
21. Fernández N, Los eventos adversos y la calidad de atención Estrategias para mejorar la seguridad de los pacientes pediátricos. *Pediatría Sanitaria y Social*. [Intenert] 2004. [Consultado el 17 de julio de 2021; 102 (5)]. Disponible en: <https://codeinep.org/wp-content/uploads/2017/02/v102n5a14.pdf>
22. Cortez R. La seguridad del paciente en la ese hospital San José la palma Evaluación del clima de seguridad [Trabajo de grado para optar por el título de Auditor de Salud]. Universidad Santo Tomas, Bogotá, Colombia 2017.[Consultada el 16 de julio de 2021], disponible en: <https://repository.usta.edu.co/bitstream/handle/11634/9883/Cort%c3%a9sRafael2017.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
23. Integrados IPS [Internet] 2021. Disponible en: <http://www.IPSintegrados.com/planeacion/>
24. Balaguera A, Nieto M, Peña J, Roso A. Estudio Comparativo de los Programas de Seguridad del Paciente de Colombia, Chile Y México, y Acciones Desarrolladas en el Periodo 2008 a 2018 que Pueden Fortalecer las Buenas Prácticas en la Atención de Salud en Colombia [Trabajo de grado para obtener el título de Auditoria en Salud]. Universidad Autónoma de Bucaramanga, Facultad de Medicina, Bucaramanga Colombia. 2018; [Consultada el 9 de agosto de 2021] en, Disponible en :<https://repository.ces.edu.co/bitstream/10946/4212/1/Comparaci%C3%B3n%20Programa%20Seguridad.pdf>
25. García M. Alianza mundial para la seguridad del paciente. [Internet]. Oficina de Servicios Integrados de Salud. Unidad de Políticas, Sistemas y Servicios Sanitarios. Organización Mundial de la Salud, Oficina Europea. Barcelona, España. 2008; Disponible en: <https://rafalafena.files.wordpress.com/2012/01/la-alianza-mundial-para-la-seguridad-del-paciente.pdf>
26. Fernández R. Metodología de la investigación. (3. Ed) México: McGraw Hill 2003.
27. Balestrini M. Como se elabora el proyecto de investigación. Para los estudios formulativos o exploratorios, descriptivos, diagnósticos, evaluativos, formulación de hipótesis causales, experimentales y los proyectos factibles. [Libro en línea] Ed. Consultores Asociados, 2005. Consultado el 23 de julio de 2021. Disponible en: https://issuu.com/sonia_duarte/docs/como-se-elabora-el-proyecto-de-inve
28. Arias F. Proyecto de investigación (5a Ed) Caracas: Episteme. 2005
29. Guía para presentación de trabajos de grado área de la salud: 2022. Consultado el 15 de agosto de 2022. Disponible en: <https://hdl.handle.net/10495/19851>