



Implementación de estrategias del programa de seguridad del paciente, con enfoque en el mejoramiento continuo de la calidad, en la ESE Hospital San Rafael del municipio de Santo Domingo, Antioquia. 2024.

Francia Elena Moreno Villa

Ferney Cuello Bernal

Estudiantes de Maestría en Administración Hospitalaria

Luis Eybar López Salazar

Docente

Universidad de Antioquia

Facultad Nacional de Salud Pública Héctor Abad Gómez

Medellín, Antioquia, Colombia

2024

Tabla de contenido

Lista de Tablas.....	4
Lista de Figuras	5
Lista de Anexos	6
Resumen	7
1. Introducción	8
2. Planteamiento del problema.....	9
3. Justificación.....	13
4. Objetivos	15
4.1 Objetivo general.....	15
4.2 Objetivos específicos.....	15
5. Marcos de Referencia	16
5.1 Marco Teórico	16
5.1.1 Calidad en salud	16
5.1.2 Seguridad del paciente.....	17
5.1.3 Modelo organizacional de causalidad de EA	20
5.2 Marco Normativo	21
5.2.1 Calidad	21
5.2.2 Normativa de Seguridad del paciente.....	24
5.3 Marco Local.....	25
5.3.1 Plataforma estratégica	27
6. Metodología	28
6.1 Análisis de viabilidad.....	29
6.2 Análisis de factibilidad.....	30
6.2.1 Factibilidad técnica:.....	30
6.2.2 Factibilidad operativa	31
6.2.3 Factibilidad económica.	31
6.2.4 Costos-beneficios.....	31
6.2.5 Retorno de la inversión	32
6.3 Ejecución	32
6.3.1 Metodología para el primer objetivo:.....	32
6.3.2 Metodología para el segundo objetivo:	34
6.3.3 Metodología para el tercer objetivo:	37

6.4	Consideraciones éticas	39
7.	Resultados	41
7.1	Situación Actual de programa de seguridad del paciente	41
7.1.1	EA reportados y su clasificación vigencia 2022.	41
7.1.2	Resultado de Encuesta el personal en la ESE Hospital San Rafael de Santo Domingo Antioquia.....	42
7.1.3	Aplicación de lista de chequeo.....	47
7.2	Matriz de Identificación de los factores de riesgo asociados a la prestación de los servicios.....	49
7.2.1	Construcción de la Matriz de riesgo	49
7.2.2	Matriz de riesgo	50
7.2.3	Capacitación matriz de riesgo	65
7.3	Diseño e implementación de sistemas de información	65
7.3.1	Formato de Reporte	66
7.3.2	Formato de investigación y cierre de casos EA	67
7.3.3	Diseño de implementación de estrategias del programa de seguridad del paciente	67
7.3.4	Revisión inicial de reporte de incidentes de EA.....	69
7.3.5	Aplicación fase de actividades educativas.....	72
8.	Discusión.....	78
9.	Conclusiones	85
10.	Recomendaciones.....	87
11.	Referencias bibliográficas.....	89

Lista de Tablas

Tabla 1. Reporte de EA 2022	41
Tabla 2. Matriz de probabilidad.....	53
Tabla 3. Matriz de impacto.....	54
Tabla 4. Matriz de calificación y evaluación.....	56
Tabla 5. Riesgos identificados Laboratorio	57
Tabla 6. Riesgos identificados Odontología.....	58
Tabla 7. Riesgos identificados Farmacia	59
Tabla 8. Riesgos identificados Urgencias.....	60
Tabla 9. Riesgos identificados Hospitalización	61
Tabla 10. Riesgos identificados Consulta externa	62
Tabla 11. Riesgos identificados Fisioterapia.....	63
Tabla 12. Riesgos identificados Almacenamiento y equipos estériles	64
Tabla 13. Intervenciones educativas por temáticas en materia de seguridad del paciente.....	68
Tabla 14. Comparativo de resultado de pre-test y post aplicado en conceptos básicos de seguridad del paciente	73

Lista de Figuras

Figura 1. Pirámide poblacional. Municipio Santo Domingo Antioquia, 1985, 2015, 2023	26
Figura 2. Porcentaje de participantes de la encuesta realizada por servicios de la ESE	43
Figura 3. Porcentaje de respuesta frente al conocimiento de la definición de EA de la encuesta realizada por servicios de la ESE	44
Figura 4. Porcentaje de respuesta la existencia de formato de EA	45
Figura 5. Porcentaje de respuesta del solo el personal asistencial de la existencia del formato de EA	46
Figura 6. Porcentaje de respuesta frente a la pregunta si alguna vez realizó un reporte de EA	46
Figura 7. Distribución de la cantidad de eventos reportados en la ESE Hospital San Rafael durante agosto de 2023 hasta marzo de 2024.....	69
Figura 8. Distribución por servicio y localidad de eventos reportados en la ESE Hospital San Rafael durante agosto de 2023 hasta marzo de 2024	70
Figura 9. Relacionamiento de los eventos reportados en la ESE Hospital San Rafael durante agosto de 2023 hasta marzo de 2024.....	71
Figura 10. Puntuaciones de los test realizados en cada sesión realizada.....	77

Lista de Anexos

- Anexo 1. Árbol de problemas
- Anexo 2. Matriz de Marco Lógico
- Anexo 3. Inventario de Tareas
- Anexo 4. Presupuesto
- Anexo 5. Acta de conformación equipo
- Anexo 6. Autoevaluación manual buenas prácticas seguridad del paciente
habilitación
- Anexo 7. Encuesta de conocimiento seguridad
- Anexo 8. Información del evento seguridad del paciente
- Anexo 9. Formato de gestión de los eventos adversos
- Anexo 10. Manual de funciones y compromisos del equipo interdisciplinario
- Anexo 11. presentación del proyecto y conceptos claves
- Anexo 12. Acta de reunión presentación del proyecto
- Anexo 13. Formato Forms reporte de EA
- Anexo 14. Socialización del programa de seguridad del paciente
- Anexo 15. presentación de Manejo de heridas
- Anexo 16. test de Manejo de heridas
- Anexo 17. Presentación de manejo de crisis asmática
- Anexo 18. test de manejo de crisis asmática
- Anexo 19. Protocolo prevención de flebitis infecciosa - química y mecánica
- Anexo 20. Capacitación Flebitis
- Anexo 21. Protocolo prevención de fugas
- Anexo 22. test de protocolo de venopunción Anexo 23. Test de protocolo de fuga y
perdida
- Anexo 23. Test de protocolo de fuga y perdida
- Anexo 24. Ruta Inducción Hospital Santo Domingo 2024
- Anexo 25. Proceso de inducción y reinducción
- Anexo 26. Los 10-correctos de la atención
- Anexo 27. capacitación en suturas
- Anexo 28. Presentación Farmacovigilancia

Resumen

La seguridad del paciente (SP) emerge como un tema de suma relevancia en el ámbito hospitalario. El objetivo de este proyecto de intervención es implementar estrategias del programa de SP para el mejoramiento de la calidad, en el cual se integraron herramientas orientadas a la identificación y prevención de Eventos Adversos (EA) que puedan afectar la atención con calidad a los usuarios de la ESE Hospital San Rafael del Municipio de Santo Domingo – Antioquia. El desarrollo de esta intervención se basó en dos procesos necesarios: Inicialmente se realizó identificación de la situación actual de la SP y sus prácticas por medio de una matriz de marco lógico a partir de documentación existente, así mismo se realizó una caracterización de los conocimientos previos que tuviera el personal. En segunda instancia se realizó una matriz de posibles riesgos que se pueden presentar en cada servicio, esta se construyó en colaboración con el personal asistencial y administrativo. Con base a la identificación de posibles riesgos, se desarrolló una herramienta de reporte amigable de EA en la ESE. De manera transversal se realizó un plan de educación, actualización y capacitación conforme a necesidades teóricas del personal de la institución.

PALABRAS CLAVES: Política de Seguridad del Paciente, EA, Mejoramiento Continuo, Calidad.

Introducción

La Seguridad del Paciente, también llamada Seguridad Clínica es un elemento esencial en la gestión de los servicios sanitarios considerada como una dimensión básica para que un servicio pueda alcanzar un nivel de calidad óptimo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la seguridad del paciente como la reducción del riesgo de daño asociado a la atención médica a un nivel mínimo. Su principal objetivo es minimizar el daño y secundariamente reducir los errores. La preocupación sobre la seguridad se remonta al Código de Hammurabi y a Hipócrates con la famosa “primum non nocere” “Lo primero es no hacer daño” (1).

Con base a lo anterior, el gobierno Nacional ordena en su sistema normativo la implementación del estándar 5: procesos prioritarios en la Resolución 3100 de 2019 (2). Para este proyecto de intervención la implementación de dicho estándar está encaminada a la prevención y mitigación de EA que puedan afectar la salud o el bienestar de los usuarios internos y externos durante la atención en salud.

Los proyectos de intervención en seguridad del paciente en una ESE son desafíos que existen en el medio, sin embargo, son poco o escasas las intervenciones que se realizan, siendo así un tema desafiante y dinámico para intervenir, con el fin de mejorar la calidad de vida de los usuarios y fortalecer internamente los procesos de la institución.

2. Planteamiento del problema

La seguridad del paciente emerge como un tema de suma relevancia en salud pública puesto que los errores médicos, accidentes y EA pueden tener consecuencias graves para la salud y el bienestar de los pacientes. Antecedentes internacionales que datan de 1999, cuando la Academia Nacional de Ciencias de los Estados Unidos publicó el informe "Errar es humano" ("To err is human"), indicó que entre 44.000 y 98.000 personas mueren al año a causa de errores que suceden en el proceso de atención y que, de estas, entre el 6% y el 14% se atribuyen a errores en la administración de medicamentos (3).

En el año 2004, la OMS desarrolló una alianza entre líderes mundiales de la salud con el objetivo de reducir el número de enfermedades, lesiones y muertes derivadas de deficiencias en la atención médica. Por este motivo, la seguridad del paciente debe constituir una prioridad en todo sistema de salud, convirtiéndose en el eje central de todas las políticas adoptadas por las instituciones hospitalarias (4).

En este sentido, en Colombia, el Ministerio de Protección Social estipula en su normativa lineamientos para que las instituciones de salud implementen planes de prevención y mitigación de EA. La política de seguridad del paciente en Colombia nace en el 2007 cuando Colombia es invitada a participar en el proyecto IBEAS de la OPS y La Alianza por la seguridad del paciente (5) y a partir de ahí, en el 2006 se expide la Resolución 1446 que ordena a la totalidad de las instituciones prestadoras de servicios de salud, vigilar y gestionar EA. En el 2008 se plantean "Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente" (6). Dos años después, en 2010 Se publica la Guía Técnica No. 1 de Buenas Prácticas en Seguridad del Paciente (7). Para el 2014 se enmarca la Obligatoriedad de contar con una Política de Seguridad, un programa de Seguridad del Paciente y de definir procesos institucionales asistenciales seguros (8). Esto se hace con el fin de reducir los riesgos inherentes a la prestación de servicios y asegurar la calidad en la atención.

La Guía técnica de buenas prácticas en seguridad del paciente (7), en su versión 002 de 2015 tiene como propósito ofrecer recomendaciones técnicas para la

"operativización e implementación de los lineamientos en los procesos asistenciales". Esta guía integra prácticas clínicas respaldadas por evidencia recopilada de literatura médica disponible.

Si bien, la ESE Hospital San Rafael de Santo Domingo reconoció la existencia de una política y programa de seguridad del paciente, el comité de seguridad de este ha identificado una brecha entre la política establecida y la realidad. Durante el año 2022, se registraron 6 eventos adversos (EA) relacionados con la atención médica, una cifra que se considera preocupante al compararla con otros estudios donde la tasa de prevalencia promedio es de 9,2 EA por cada 1.000 habitantes. Esta discrepancia sugiere que existe un posible subregistro de EA en el hospital. Si consideramos que la población atendida por el Hospital San Rafael de Santo Domingo es de 12.500 habitantes, la cantidad de EA que deberían haberse reportado durante el año 2022 asciende a 112 aproximadamente.

En la ESE San Rafael, se logró identificar que no se está llevando a cabo la implementación de la política y el programa de seguridad del paciente, lo cual se traduce en baja o nula gestión e investigación de los EA reportados, lo que, además no permitió la generación de planes de mejora en la Institución. También se identificó la carencia de un plan de capacitación adecuado para el personal de la institución, lo cual constituye un desconocimiento de los colaboradores sobre su identificación y posterior reporte, lo que redundó en la persistencia de deficiencias en las prácticas de seguridad del paciente, poniendo en riesgo los procesos de atención, la calificación en auditorías, rondas de seguridad y la continuidad en la prestación de servicios debido al incumplimiento de los estándares de habilitación.

Con base a lo anterior, mediante un análisis exhaustivo de la situación en el Hospital San Rafael de Santo Domingo se revelaron deficiencias en la implementación del programa de seguridad del paciente. Esta problemática se traduce en el incumplimiento del estándar número 5: procesos prioritarios (2) de los lineamientos para la verificación de la habilitación de los servicios de salud, el cual se centra en la seguridad del paciente y la gestión de EA.

Frente a las falencias mencionadas anteriormente se identificaron tres causas principales, las cuales constituyeron los objetivos de la presente intervención: 1)

inadecuada planeación del programa; 2) inadecuada identificación de EA y 3) el sistema de información no responde a las necesidades del programa.

La primera causa estuvo relacionada principalmente con la necesidad de desarrollo e implementación de protocolos y procedimientos estandarizados para garantizar prácticas clínicas seguras y consistentes. Esto se evidenció en las escasas actividades de evaluación de guías de buenas prácticas y protocolos de atención, perfiles inadecuados para el desarrollo de las actividades y deficiencias en los procesos de inducción. y reinducción del personal.

La segunda causa requirió la identificación y evaluación sistemática de los posibles riesgos asociados con la atención, desde la administración de medicamentos hasta los procedimientos quirúrgicos menores. Esto debido al desconocimiento del protocolo, la falta de capacitación y baja o nula socialización del formato de reporte de EA existente a los empleados.

En la prestación de servicios de salud, se presentan riesgos inherentes desde el ingreso del paciente al hospital, donde numerosos factores pueden amenazar la seguridad del paciente y la calidad de la atención. Por lo tanto, se destaca que la seguridad del paciente no debe basarse en intervenciones realizadas por la fuerza de la costumbre, buenas intenciones o confianza pasiva. Más bien, la preocupación por la seguridad del paciente impulsa a las instituciones a determinar procedimientos que sean eficaces, eficientes, seguros y aceptables tanto para los pacientes como para la sociedad, trascendiendo los hábitos, la intuición y las costumbres (9).

Por esta razón, la ESE Hospital San Rafael ha incluido en sus planes de acción un programa y una política de seguridad del paciente. El objetivo fundamental de estas iniciativas es la minimización de los riesgos asociados a la atención.

Finalmente, el sistema de información de apoyo para el reporte no responde a las necesidades del programa. Un sistema de información debería proporcionar datos oportunos y de calidad mediante una adecuada cultura de reporte. La no realización de un registro sistemático y oportuno de EA contribuye significativamente al subregistro, agravado por el desconocimiento del personal sobre la importancia de la identificación y reporte de los EA.

Las causas mencionadas anteriormente ya han sido documentadas por Escobar L y Correa P, las cuales mencionan que los principales motivos del subregistro de EA en Colombia “en prestadores de mediano y alto nivel de complejidad son: Cultura Punitiva, falta de cultura del reporte, falta de compromiso, y solo se realiza la notificación cuando se ve afectado el paciente” (10).

3. Justificación

La implementación de estrategias del programa de seguridad del paciente en la ESE Hospital San Rafael del municipio de Santo Domingo es crucial para mejorar la calidad de atención y prevenir riesgos en la población atendida. La identificación de riesgos por servicios, su posterior notificación e investigación permite a su vez generar planes de mejora. Este enfoque permite una evaluación objetiva de la calidad de atención y potencia un programa de seguridad del paciente centrado en la prevención. La implementación de este programa no solo disminuirá la perpetuación de malas prácticas en la atención, sino que también evita riesgos y daños a la salud asociados con la atención. Además, favorece positivamente las condiciones tanto asistenciales como no asistenciales, generando aprendizaje organizacional y promoviendo la adherencia a prácticas seguras como lo han evidenciado en su artículo A. Muiño Míguez, A. B. Jiménez Muñoz, B. Pinilla Llorente, M. E. Durán García, F. J. Cabrera Aguilar, M. P. Rodríguez Pérez, en pro de la seguridad:

Los efectos adversos más comunes son los relacionados con el uso de medicamentos y con frecuencia son evitables. Para disminuirlos, detectarlos y mitigarlos cuando se producen, se pueden emplear estrategias dirigidas a reducir la complejidad, optimizar la información y la automatización de procesos. Aunque el progreso sea lento los cambios se están acelerando especialmente en la implantación de sistemas de prescripción electrónica y difusión de prácticas seguras (11).

La aplicación de este proyecto de intervención no solo beneficia internamente al Hospital San Rafael, sino que, también favorece el trabajo intersectorial e interinstitucional al proporcionar información fundamentada para la toma de decisiones en procesos de planificación. Esto contribuye a satisfacer necesidades identificadas en la institución, reduciendo la generación de riesgos y promoviendo acciones seguras en la atención médica; a su vez los beneficios de la seguridad del paciente son evidentes en varios aspectos, destacando la mejora del bienestar del paciente, la aplicación de reglas de seguridad y mejores prácticas, permitiendo una reducción de la posibilidad de daños innecesarios, infecciones y problemas durante

el tratamiento, contribuyendo así a una mejor recuperación y salud general del paciente.

Adicionalmente, los programas de seguridad del paciente ahorran costos significativos al evitar errores médicos y complicaciones graves. Esto reducirá la necesidad de estancias hospitalarias prolongadas, readmisiones y tratamientos adicionales, beneficiando tanto a los pacientes como a los proveedores de atención médica al optimizar la asignación de recursos.

Por lo anterior, el presente trabajo de intervención se justifica porque se beneficiará no sólo la organización de salud, sino todos los funcionarios y en especial la comunidad usuaria, así mismo permite responder a las exigencias nacionales, departamentales y locales en materia de seguridad del paciente, disminuyendo los riesgos asociados y promoviendo la calidad en la atención.

4. Objetivos

4.1 Objetivo general

Implementar estrategias del programa de seguridad del paciente para el mejoramiento de la calidad en la ESE Hospital San Rafael del municipio de Santo Domingo, Antioquia. 2024.

4.2 Objetivos específicos

- Establecer un diagnóstico de la situación actual del programa de seguridad del paciente en el hospital mediante un análisis exhaustivo de las prácticas existentes.
- Identificar los factores de riesgo asociados a la prestación de los servicios ofrecidos que pueden afectar la seguridad de los usuarios, acompañantes y equipo de salud.
- Construir herramienta sistematizada y amigable para el reporte y monitoreo de los EA ocurridos en la institución

5. Marcos de Referencia

5.1 Marco Teórico

5.1.1 *Calidad en salud*

De acuerdo con la Organización Mundial de Salud, la calidad de la asistencia sanitaria permite asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos del paciente y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo y la máxima satisfacción del paciente con el proceso (12).

Dentro de las conceptualizaciones de calidad en salud, destaca la definición de Avedis Donabedian citado por Galván y Flores (13). La cual indica que la calidad es la *“obtención de los mayores beneficios posibles de la atención médica, con los menores riesgos para el paciente”*, y a su vez, depende de la función de lo alcanzable, de acuerdo con los recursos con los que la institución cuenta para proporcionar la atención.

La calidad en salud es vista como un proceso de mejoramiento continuo y medido, que involucra a toda la organización, para que esta sea percibida por el usuario. De allí que el desafío de las instituciones es lograr evaluar la calidad en su conjunto, de modo tal que permita conformar estándares y elaborar procesos correctivos para producir mejoras continuas a través de la propuesta de indicadores de calidad (14).

De acuerdo a Gaviria G, Lastre G y Suárez M en su artículo “Causas que inciden en cancelación de cirugías desde la percepción del personal de salud” (15) se identifican los siguientes atributos que permiten evaluar la calidad en la atención:

Oportunidad: corresponde a la satisfacción de las necesidades de salud en el momento requerido, utilizando los recursos apropiados, de acuerdo con las características y severidad de cada caso.

Continuidad: aplicación, en secuencia lógica, de las acciones que corresponden a cada una de las etapas del proceso de la atención, bajo la responsabilidad de un equipo de salud.

Suficiencia e integridad: provisión suficiente y oportuna de los recursos requeridos para atender las necesidades de salud en forma integral.

Optimización: balance entre los costos y los beneficios de la atención en salud.

Efectividad: grado máximo de mejoramiento de la salud que es posible alcanzar con la mejor atención disponible, por tanto, contempla el nivel con que se proporcionan pruebas, procedimientos, tratamientos y servicios y el grado en que se coordina la atención al paciente entre médicos, instituciones y tiempo.

Eficacia: es el grado en que la atención ha demostrado lograr el resultado deseado o esperado.

Eficiencia: capacidad de reducir al máximo los costos de la atención sin reducir significativamente el grado de mejoramiento de la salud. Se consideran los gastos y costos relacionados con la eficacia o efectividad alcanzadas.

5.1.2 Seguridad del paciente

El reporte “Errar es humano” del Instituto de Medicina de los Estados Unidos es reconocido hoy cómo el documento que dio vida al movimiento mundial por la seguridad de los pacientes, dicho informe concluyó que entre 44.000 a 98.000 personas mueren al año en los hospitales de ese país como resultado de errores que suceden en el proceso de atención. De estas muertes, 7000 suceden específicamente como resultado de los errores en el proceso de administración de medicamentos (3).

En respuesta a este problema mundial, el cual es considerado como una verdadera epidemia; en 2004 la OMS creó la antigua Alianza Mundial por la Seguridad de los pacientes, hoy Programa de Seguridad del Paciente y conminó a los países miembros a trabajar en el tema para evitar EA prevenibles (7).

Desde entonces son gigantescos los esfuerzos que se realizan para mejorar la seguridad de la atención y numerosas publicaciones internacionales evidenciando el problema y entregando soluciones. Cinco años después de publicado el reporte y de haberse iniciado las acciones tendientes a disminuir el problema, paradójicamente la percepción del consumidor de la salud en ese país parecía mostrar que, en vez de mejorar, había empeorado. Esto probablemente cómo un efecto del mismo (3).

En el 2004, la encuesta nacional hecha por la Agencia para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud (AHRQ), creada por el gobierno Clinton para que apoyara económicamente todo el trabajo relacionado con la seguridad del paciente, evidenció que el 55% de quienes respondieron se sentían insatisfechos con la calidad de atención en salud en su país (11% más que la encuesta 4 años atrás) y, de hecho, 40% creían que la calidad de atención había empeorado. Cinco años más tarde (diez años después de la publicación) un nuevo reporte de la misma agencia continúa con la misma percepción y evidencia en el 2009 que uno de cada 7 pacientes hospitalizados del Medicare experimenta 1 o más EA y que miles de pacientes desarrollan cada año infecciones asociadas al cuidado de la salud (IACC) (16).

Desde la publicación del reporte "Error es humano", millones de dólares se han invertido en todo el mundo en investigación, en educación alrededor del tema de la seguridad de los pacientes y en la implementación de múltiples prácticas seguras, buscando disminuir, cada vez más, la posibilidad de tener EA prevenibles durante la atención médica (3).

La OMS define la seguridad del paciente como la reducción del riesgo de daño asociado a la atención médica a un nivel mínimo. Su principal objetivo es minimizar el daño y secundariamente, reducir los errores (6).

La seguridad del paciente se entiende como *"el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias"* (6). Esta disciplina busca reducir los riesgos y daños asociados a la atención médica. En países de ingresos altos, aproximadamente uno de cada diez pacientes sufre daños mientras reciben atención hospitalaria y cerca del 50% de estos eventos son prevenibles (6).

Colombia impulsa una Política de Seguridad del Paciente, liderada por el SOGCS, cuyo objetivo es prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y de ser posible, eliminar la aparición de EA para contar con instituciones seguras y competitivas internacionalmente (6).

Esta política incluye la identificación y análisis de los EA y los incidentes para identificar sus causas y las acciones para intervenirlos. A partir del análisis causal, se deben diseñar e implementar prácticas seguras en los diferentes procesos de atención, acordes con los lineamientos de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente de la OMS (6).

A pesar de los logros importantes en la medicina colombiana, como los programas de trasplantes de órganos y tejidos, el manejo del paciente neonatal en programas de madre canguro y la investigación científica, los avances científicos también pueden llevar consigo riesgos adicionales. Estos riesgos pueden estar relacionados con el desconocimiento de factores que generan situaciones mórbidas. Ejemplos de ello son las experiencias de Florence Nightingale, donde se redujeron las tasas de mortalidad de los pacientes atendidos en el Barrack Hospital del 32% al 2%, y las experiencias de Semmelweis en Viena, con resultados similares. Aunque en ambos casos las altas tasas de mortalidad eran atribuibles a la atención en salud brindada, no había intención de hacer daño, sino desconocimiento de factores de riesgo. Una vez detectados e intervenidos, se incrementó la efectividad de la atención en salud (6).

Los EA corresponden a situaciones o acontecimientos inesperados y no intencionales consecuencia de una atención en salud previa recibida por un paciente, que tienen o pueden tener secuelas negativas para el mismo, y que no están relacionados con el curso natural de la enfermedad. Estos eventos o riesgos son multifactoriales y frecuentemente no son identificados ni reportados por el personal, lo que dificulta aprender de ellos y gestionar los riesgos asociados. Conocerlos es primordial para mejorar los procesos asistenciales y entregar una atención más segura a la población (17).

Un EA es definido por la OMS como “el daño, lesión o muerte causados por el tratamiento de una enfermedad o estado del paciente por los profesionales de salud, y que no obedece a la propia enfermedad o estados subyacentes” (18), La

Organización Panamericana de la Salud (OPS) y su centro colaborador Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) describe el EA como “el resultado clínico que es adverso al esperado y debido a un error durante el diagnóstico, tratamiento o cuidado del paciente y no al curso natural de la enfermedad o a condiciones propias del mismo” (18).

Los EA según la prevención pueden ser prevenibles y no prevenibles, y están relacionados con la prescripción, preparación y administración equivocada de medicamentos o de eventos quirúrgicos (19):

- Evento Adverso Prevenible: Resultado no deseado, no intencional, que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado.
- Evento Adverso No Prevenible: Resultado no deseado, no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial.

5.1.3 Modelo organizacional de causalidad de EA

En los lineamientos de implementación de la política de seguridad del paciente se explica que la evidencia científica ha demostrado que cuando un EA ocurre, es la consecuencia final, derivada de una secuencia de procesos defectuosos que han favorecido la aparición del evento adverso o no lo han prevenido.

El modelo explicativo acerca de la ocurrencia del EA, y es el que utiliza en la mayor parte de la literatura, es del queso suizo: para que se produzca un daño, es necesario que se alineen las diferentes fallas en los diferentes procesos, a semejanza de los orificios de un queso: cuando alguno de ellos no lo hace, el daño no se produce. Igualmente se produce una falla en uno de los procesos está puede acentuar las fallas existentes en otros procesos a manera de un efecto dominó (6).

En el análisis del incidente o del EA sucedido es necesario considerar la ocurrencia de fallas en los procesos de atención para identificar las barreras de seguridad que deberán prevenir o neutralizar la ocurrencia del evento.

Uno de los ejes del Sistema Único de Acreditación en Salud e implica la evaluación permanente y proactiva de los riesgos asociados a la atención en salud para diseñar

e implantar de manera constante las barreras de seguridad necesarias. La Política de Seguridad del Paciente requiere de la coordinación entre actores alrededor de la filosofía y las estrategias para la reducción del riesgo, así como el incremento de las condiciones que caracterizan a una institución como segura (18).

Mejorar la seguridad del paciente implica políticas claras, liderazgo, datos para la mejora, profesionales de la salud calificados y la participación efectiva de los pacientes, participación de los pacientes puede ayudar a reducir la carga de daño significativamente. También se destaca la importancia de mejorar los sistemas y crear entornos libres de errores para garantizar la seguridad del paciente.

El Ministerio de protección social y salud, plantea el manual de acreditación en salud ambulatorio y hospitalario de Colombia (20), ejecutado de manera voluntaria para las instituciones que aplique y deseen ser acreditadas, en este se establece una serie estándares, los cuales se encuentran ordenados en una primera sección el grupo de estándares del proceso de atención al cliente asistencial, una segunda sección en la que se encuentran los grupos de estándares de apoyo administrativo gerencial a dichos procesos asistenciales y una tercera sección en la cual se encuentran los estándares de mejoramiento de la calidad.

En el grupo de estándares asistenciales se establece 4 estándares exclusivos en materia de seguridad del paciente, que documentan en qué consiste el estándar y cuáles con los requisitos para su cumplimiento, en resumen, es fundamental la generación, implementación, evaluación y seguimiento de la política y programa de seguridad de seguridad del paciente y medición de la cultura de seguridad que permita la prevención del riesgo y gestión de este.

5.2 Marco Normativo

5.2.1 Calidad

Colombia no ha sido ajena al esfuerzo en materia de seguridad del paciente en pro de la calidad, en el 2006 se reglamenta el Decreto 1011 de 2006 (21), el cual establece el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad (SOGCS), y es entendido como el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos del sector salud para generar, mantener y mejorar la

calidad de servicios de salud del país, estos sistemas suelen incluir la implementación de políticas claras, la promoción de un liderazgo efectivo, el uso de datos para la mejora continua, la contratación de profesionales de la salud calificados y la participación activa de los pacientes en la mejora de la seguridad del paciente. Estos sistemas también se enfocan en mejorar los sistemas de atención médica y crear entornos libres de errores (21). La implementación de un SOGCS es fundamental para reducir los riesgos y daños asociados con la atención médica y mejorar la seguridad del paciente.

El Decreto 1011 de 2006, es de obligatorio cumplimiento en los prestadores y administradores de servicios de salud, por lo tanto, las acciones que desarrollan dichas entidades en el SOGCS deben estar orientadas a la mejora de los resultados de la atención en salud centrados en el usuario, que van más allá de la verificación de la existencia de estructura o de la documentación de procesos. Para efectos de evaluar y mejorar la calidad de la atención de salud, el SOGCS deberá cumplir con las siguientes características: pertinencia, accesibilidad, continuidad, oportunidad y seguridad, los cuales se consideran los atributos de la calidad en la atención (21).

El SOGC se encuentra constituido por 4 ejes centrales: el sistema único de habilitación, Auditoría para el mejoramiento de la calidad, sistema único de acreditación y el sistema de información para la calidad, los dos primeros son de obligatorio cumplimiento y la acreditación es voluntaria, por su parte el sistema de información es transversal a los 3 ejes anteriores, teniendo en cuenta los ejes centrales del SOGCS, el presente trabajo de intervención se enfoca en el sistema único de habilitación de servicios de salud el cual se define como:

El conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se debe registrar, verificar, establecer, y controlar el cumplimiento de las condiciones básicas de atención en una institución prestadora de salud, con respecto a su capacidad tecnológica, científica, suficiencia patrimonial, financiera y la capacidad técnico-administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el Sistema (22).

Actualmente la normatividad de habilitación de los prestadores de salud en Colombia se encuentra reglamentado por la Resolución 3100 de 2019 (2), los estándares de

habilitación, que corresponden a las condiciones tecnológicas y científicas mínimas e indispensables para la prestación de servicios de salud en forma segura.

La Resolución 3100 de 2019 (2) indica 7 estándares de habilitación: talento humano, infraestructura, dotación, medicamentos-dispositivos médicos e insumos, procesos prioritarios, historias clínicas y registro, interdependencia; para el adecuado cumplimiento de cada estándar se dictan una serie de requisitos específicos, particularmente el estándar 5, corresponde a procesos prioritarios, en este se debe dar cumplimiento a la existencia obligatoria, socialización y gestión de los principales procesos asistenciales, que condicionan directamente la prestación del servicio, este debe ser brindado con calidad y con el menor riesgo posible en cada uno de los servicios de salud, por esto la documentación del programa de seguridad del paciente se hace obligatoria, debe proveer un sistema de herramientas que permita la identificación y gestión de EA que pudiese ocurrir, estableciendo parámetros mínimos para la medición, análisis, reporte y gestión de dichos eventos (23).

Posteriormente el componente de Habilitación del SOGCS se definió como requisito mínimo a cumplir por parte de los prestadores de servicios de salud, la implementación de programas de seguridad del paciente, así como de diez buenas prácticas para la seguridad del paciente definidas como prioritarias. Hoy nuestro país cuenta con una Política Nacional de Seguridad del Paciente (24) y una Guía Técnica de Buenas Prácticas (7), o más bien, de prácticas seguras, las cuales se recomiendan por expertos dado a que incrementan la seguridad de la atención y por ende del paciente.

Para un mejor entendimiento de estas prácticas, por parte quienes conforman el sector salud, a cada una de ellas se le elaboró un paquete educativo que instruye al lector sobre cómo implementar la práctica en su lugar de trabajo y evaluar su impacto. Continuando con el propósito de mejorar la seguridad del paciente en las instituciones, se realizó una recomendación estatal de trabajar en seguridad del paciente, a la obligatoriedad de tener una estructura exclusivamente dedicada a la seguridad del paciente, de tener una Política de Seguridad, un Programa de Seguridad del Paciente y de definir procesos institucionales asistenciales seguros.

En Colombia, el SOGCS, en su Política de Seguridad del Paciente, contempla en sus objetivos, coordinar los diferentes actores del sistema hacia mejoras en la calidad de la atención, que se evidencian en la obtención de resultados tangibles y medibles, y prevenir aquellos eventos que afecten la seguridad del paciente, disminuir y de ser posible, descartar la ocurrencia de EA para contar con instituciones seguras y competitivas (6).

5.2.2 Normativa de Seguridad del paciente

Colombia impulsa una Política de Seguridad del Paciente, liderada por el SOGCS, cuyo objetivo es prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y, de ser posible, eliminar la aparición de EA para contar con instituciones seguras y competitivas internacionalmente (6).

Esta política incluye la identificación y análisis de los EA y los incidentes para identificar sus causas y las acciones para intervenirlos. A partir del análisis causal, se deben diseñar e implementar prácticas seguras en los diferentes procesos de atención, acordes con los lineamientos de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente de la OMS (6).

En 2008, el Ministerio de la Protección Social emitió los "Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente". Posteriormente, en marzo de 2010, esta política fue aprobada mediante consulta pública como la Guía Técnica en Salud 001. Este documento sentó las bases para la creación de la "Guía Técnica de Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente en la atención en Salud", la cual proporciona recomendaciones técnicas para la operativización e implementación práctica de los lineamientos en los procesos asistenciales de los prestadores de servicios de salud (6).

El Decreto 780 de 2016 (25) compila las normativas que regulan el sector de la salud, abarcando disposiciones para el óptimo funcionamiento del SOGCS. Este sistema lidera en Colombia la política de seguridad del paciente, cuyo propósito es prevenir la ocurrencia de situaciones que pongan en riesgo la seguridad del paciente. Su objetivo primordial es reducir, y de ser posible eliminar, la aparición de EA, con miras a garantizar la seguridad y competitividad internacional de las instituciones de salud (6).

La Resolución 0256 de febrero 5 de 2016 (26), define el sistema de Información para la calidad y se adoptan los indicadores de monitoreo del SOGCS de La Atención en Salud del SGSSS, se establece los tipos y caracterización de los Indicadores de Calidad, para cada uno de los Actores del Sistema.

Dentro del sistema de garantía de calidad en la Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS), se debe implementar, junto con el programa de seguridad del paciente, el Programa de Análisis y Mejoramiento Continuo (PAMEC). Este programa debe ser una de las herramientas clave para proteger la seguridad del paciente, mediante la elección prioritaria de fuentes de trabajo que impacten en ella y desplegar metodologías que favorezcan el análisis causal y el análisis de las fallas para desatar acciones de mejoramiento efectivas y eficientes (2).

5.3 Marco Local

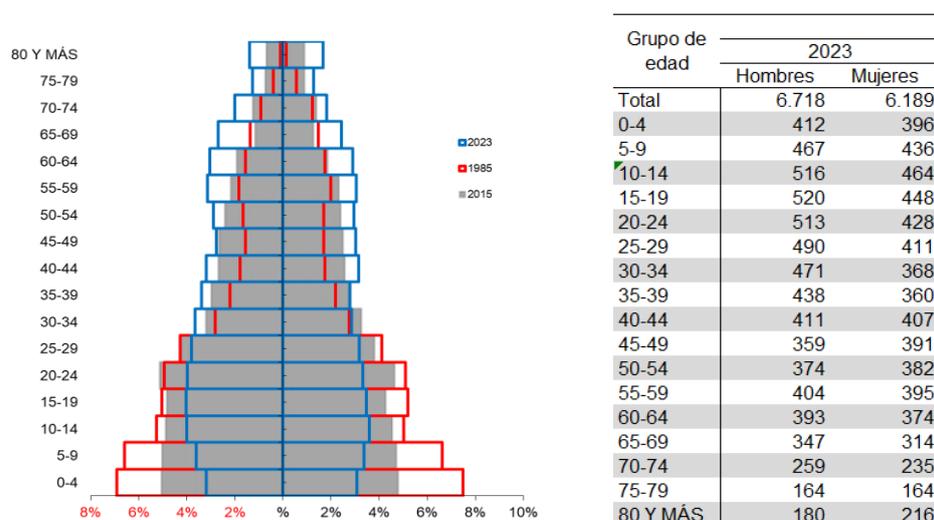
El Hospital San Rafael, está ubicado en el municipio de Santo Domingo, Antioquia. Este es un municipio de Colombia, localizado en la subregión Nordeste del Departamento de Antioquia. Al Norte limita con los municipios de Yolombó y Cisneros, por el Este con el municipio de San Roque, por el Sur con los municipios de Alejandría y Concepción, y por el Oeste con los municipios de Barbosa, Don Matías y Santa Rosa de Osos. La ESE Hospital San Rafael de Santo Domingo es una entidad pública prestadora de servicios de salud que ofrece servicios de primer nivel de complejidad y se encuentra estratégicamente ubicada en la cabecera municipal; adicionalmente cuenta con dos centros de Salud a nivel rural Tipo A en los corregimientos de Santiago y Versalles (27).

Dentro de los servicios ofertados en la ESE se encuentran los siguientes: consulta médica programada, atención médica prioritaria, consulta de promoción y prevención por enfermería, vacunación, consulta odontológica programada, atención odontológica prioritaria, laboratorio clínico, urgencias y fisioterapia, los cuales cuentan con las áreas físicas diseñadas según los servicios definidos y conforme a la normativa vigente del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad (SOGC) (22).

La ESE Hospital San Rafael cuenta con 8 camas en hospitalización, 5 camillas de observación en urgencias y registra un promedio de 21,846 consultas al año (27) en

la ESE se busca brindar atención en salud a aproximadamente a 12,907 usuarios población estimada para el año 2023, concentrándose la mayor parte de población en las edades entre los 5 y los 29 años, como lo describe la siguiente pirámide poblacional (Figura 1).

Figura 1. Pirámide poblacional. Municipio Santo Domingo Antioquia, 1985, 2015, 2023 (28)



Como se puede observar en la Figura #1. Pirámide poblacional, la proporción de habitantes por grupo de edades se concentra en mayor proporción en los grupos etarios de entre 5 y los 29 años de edad; en proporción a género es similar para hombres y mujeres. Llama la atención el grueso de población en edad altamente productiva con la oportunidad de acceder a la fuerza laboral y en consecuencia cotizar al sistema de salud.

Las variaciones más evidentes, se experimentan en los grupos de edad de 0 a 4 y 5 a 9 años con un comportamiento decreciente, que puede estar explicado por la disminución en las tasas de fecundidad, así como las tasas de mortalidad infantil, los nuevos patrones de causa de muerte y mayores coberturas en el uso de métodos anticonceptivos.

5.3.1 Plataforma estratégica

Misión

Brindamos servicios de salud de primer nivel de atención con calidad y calidez, con énfasis en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, con un modelo de atención centrado en el usuario, y un talento humano trabajando en equipo, con vocación de servicio, con sentido de pertenencia comprometido con el mejoramiento continuo y la responsabilidad social, logrando el equilibrio financiero y aportando al bienestar y mejoramiento de la calidad de vida de la población dominicana (29).

Visión

A 2021 seremos reconocidos en la comunidad y en la Región, por aplicar y brindar con calidad y calidez los servicios de un modelo de atención integral en salud que genere confianza y satisfacción de los usuarios, con el compromiso en la efectividad de los procesos, con tecnología adecuada y con servidores proactivos, participativos, transparentes y responsables con la prestación de los servicios (29).

Política de calidad:

El compromiso de la ESE Hospital San Rafael es con la persona, su familia y la Comunidad, por ello se trabajará permanentemente en satisfacer sus necesidades y exceder sus expectativas razonables. Nos preocupamos por el desarrollo científico y humano de nuestro personal, Actualizaremos nuestros equipos y procesos, según las necesidades y condiciones del entorno y de la población, garantizando así el mejoramiento continuo de nuestra institución (29).

Valores:

Respeto, honestidad, responsabilidad, tolerancia, solidaridad (29).

Principios Éticos:

Calidad, participación, autocontrol, cumplimiento, equidad, humanización (29).

6. Metodología

La metodología implementada en la intervención realizada se dio a través de marco lógico, el cual está definido como una herramienta de análisis y de toma de decisiones, propuesta por la “*Agencia Americana de Cooperación –USAID– para la formulación, el control y la evaluación de proyectos*”, sus tópicos guían al equipo de trabajo a realizar un análisis de forma sistemática, de los elementos que juegan un papel decisivo de la propuesta (30).

La definición de la idea partió de la priorización de los problemas de la ESE, utilizando información registrada en lo que respecta a la temática de seguridad del paciente, así mismo, con el análisis de la encuesta aplicada y la autoevaluación de la guía de buenas prácticas. Estos dos últimos instrumentos, partieron de un trabajo colectivo y participativo en el que, se identificó, con el acompañamiento del equipo asistencial y el equipo administrativo, que el problema prioritario es la implementación del programa de seguridad del paciente.

Identificado el problema central y el alcance, se pasó a la definición de la propuesta y el análisis de las posibilidades reales de desarrollo. Para estructurar este proyecto de intervención, se partió de una evaluación estructurada, esto es:

- Análisis del problema: Diagnóstico del contexto general y específico de la ESE, que, basado en datos e información sobre la problemática, permitieron la construcción del árbol del problema. (Anexo 1).
- El análisis del problema se complementa con la intervención de involucrados con el propósito de tener una crítica sobre la viabilidad de la propuesta.
- Posteriormente se realizó la construcción y análisis del objetivo global y de las alternativas, tomando como elementos de decisión y referencia metodológica los lineamientos dictados por el Ministerio de Salud Y Protección Social respecto a la temática de seguridad del paciente la cual es fundamental para la habilitación de los diferentes servicios de una ESE de baja complejidad, tomando además elementos de los estándares de acreditación como un

propósito superior para el logro de la calidad, con el objetivo general definido se establecieron los objetivos específicos del proyecto, el alcance de la intervención y los productos finales esperados.

- Con los insumos anteriores, fue posible iniciar el Diseño utilizando como instrumento fundamental la Matriz de Marco Lógico, en la que las causas directas del problema se trasladaron en términos de productos finales esperados y, estos a su vez, permitieron planear acciones específicas, que corresponden a los objetivos específicos de la intervención. Para cada producto final, se describieron los productos intermedios con la construcción de sus respectivos indicadores de logro y medios de verificación, así como los responsables y los posibles supuestos que deben ser considerados para la ejecución efectiva de la intervención (Anexo 2: Matriz de Marco Lógico).
- Cada uno de los productos intermedios generados, están desglosados en una serie de tareas específicas que deben ejecutarse, así mismo se listan los recursos requeridos para el adecuado desarrollo (Anexo 3: Inventario de Tareas). Estas herramientas de organización de la información y de tareas, sirvieron como insumos para la construcción del presupuesto y el cronograma del proyecto de intervención (Anexo 4. Presupuesto)

6.1 Análisis de viabilidad

La ESE Hospital San Rafael de Santo Domingo tiene los siguientes principios institucionales: la Calidad, participación, autocontrol, cumplimiento, equidad y humanización (29). Estos mismos van acorde a los principios del presente trabajo de intervención, ya que se busca mejorar la calidad de la atención de los servicios en la comunidad, disminuyendo los riesgos que se puedan presentar en la atención.

Con el presente trabajo se buscó dar cumplimiento a la normatividad vigente dentro de la cuales se encuentra la resolución 0256 de 2016 (26), la cual refiere ser obligatorio la monitoria de indicadores de calidad y vigilar el comportamiento de los EA los cuales son definidos voluntariamente por la institución..

Se cuenta con el apoyo social, político y gerencial, para el diseño y ejecución del presente trabajo de intervención dado que desde la Gerencia de la ESE se manifestó total apoyo para su realización, así como el compromiso y tiempo de responsables de cada servicio (Enfermería, Odontología, Medicina, Farmacia, Laboratorio, entre otros).

6.2 Análisis de factibilidad

Este análisis se llevó a cabo apoyándose en los siguientes criterios: Factibilidad Técnica, factibilidad económica y factibilidad operativa (31).

6.2.1 Factibilidad técnica:

Se realizó una evaluación de los recursos técnicos existentes en la institución y equipos disponibles de propiedad de los organizadores, con el propósito de determinar si dichos recursos son suficientes para la realización de la intervención. La evaluación técnica está dividida en dos partes:

6.2.1.1 Evaluación de los recursos de Software:

Los recursos de software necesarios para la implementación de la propuesta son los detallados a continuación: Excel, Microsoft Word, Drive, Power Point, Canva. Varias de las herramientas utilizadas como el sistema Operativo Windows y sus herramientas de Microsoft se tienen instalados en los equipos de la institución y en los equipos propios, y algunas son aplicaciones online de utilización gratuita, por lo cual no es necesaria la adquisición de nueva tecnología.

6.2.1.2 Evaluación de los Recursos de Hardware:

En cuanto a los recursos de hardware, los necesarios para la implementación de la propuesta son detallados a continuación: computadores de mesa y portátiles, video beam; en este sentido la ESE Hospital San Rafael no necesitó invertir en adquisición de nuevos dispositivos debido a que actualmente cuenta con los equipos y el espacio físico necesaria, que permite la realización del proyecto.

6.2.2 Factibilidad operativa

El proyecto de gestión de eventos adversos (EA) en el Hospital San Rafael es factible desde el punto de vista operativo por las siguientes razones:

- Mejora una problemática interna: El proyecto aborda la gestión de EA, un problema existente en el hospital.
- Empoderamiento del personal: Los empleados serán capacitados para identificar riesgos, gestionar reportes e investigar EA.
- Herramientas adecuadas: Se implementará un sistema de reporte de EA en un entorno web intuitivo y fácil de usar.
- Cambio cultural: Se fomentará una cultura de reporte de EA a través de socialización y capacitación.

6.2.3 Factibilidad económica.

El estudio de factibilidad económica del proyecto de intervención en la ESE Hospital San Rafael se fundamentó en un análisis de relación Costos-Beneficios (31), para esto, se cuantifican todos los recursos necesarios para el desarrollo, implementación y mantenimiento del proyecto que requieren de una inversión económica y sus beneficios se detallarán en beneficios tangibles e intangibles.

6.2.4 Costos-beneficios

La implementación del proyecto requirió de una inversión económica de parte de la institución para el cofinanciamiento del recurso humano que trabajó en la planeación, ejecución y evaluación del proyecto, debido a que la institución cuenta con todos los recursos de Hardware y Software necesarios para la implementación.

A estos costos se le añade, el tiempo en el cual se realizó capacitación del personal y que requirió de suspensión de actividades en jornadas laborales de los profesionales de turno, sean estos administrativos o asistenciales. De igual manera se adiciona un 15% para cubrir cualquier imprevisto que se pueda presentar durante la realización del proyecto y un 5% para gastos operacionales.

6.2.5 Retorno de la inversión

Finalizado el Estudio de Factibilidad Técnica, Operativa y Económica sobre la implementación del proyecto de intervención para el mejoramiento de la política de seguridad del paciente con enfoque en la gestión de los EA en la ESE Hospital San Rafael, se contó con la información necesaria para concluir, que el proyecto representó una buena oportunidad de inversión para la institución, ya que el hospital cuenta con la tecnología necesaria para la implementación del proyecto y solo tendría que invertir en los recursos humanos que estarían dedicados a su realización. Además, el sistema será realizado enfocado en dar solución a la problemática actual de la institución, por lo que traería grandes beneficios a corto, mediano y largo plazo

6.3 Ejecución

6.3.1 Metodología para el primer objetivo:

En la fase diagnóstica del proyecto se realizó la conformación del equipo de trabajo con área administrativa y comité de calidad para formular en conjunto un plan estratégico de acción, dicha acta de compromisos se puede evidenciar en el Anexo 5. Acta de conformación.

El equipo interdisciplinario se conformó por: dos estudiantes de la Maestría Administración Hospitalaria de la Universidad de Antioquia, un docente de la Universidad de Antioquia, El Gerente de la ESE, La Enfermera jefe, El Odontólogo Líder, El Médico Coordinador, La Regente de Farmacia, el Bacteriólogo, la Líder de Facturación y la Asesora de Calidad.

Para la identificación y contextualización se utilizaron dos técnicas de recolección de información las cuales son: encuestas y observación. Estas técnicas se aplicaron al personal asistencial y administrativo respectivamente, con el fin de identificar el conocimiento que manejan los trabajadores, en lo que respecta al programa de seguridad del paciente, y del reporte de EA, de igual manera se aplicó lista de chequeo para la evaluación del cumplimiento de los procesos prioritarios con la finalidad tener una visión más amplia de la problemática definida a intervenir.

6.3.1.1 Herramientas para la recolección de información:

Los datos recolectados para la presente intervención partieron de fuentes primarias, ya que son la población objeto quienes brindaron la información relevante para el desarrollo de este. De igual manera, se recolectó de fuentes secundarias toda la información proveniente de los referentes bibliográficos: papers y páginas oficiales de internet. Inicialmente se realizó la aplicación del instrumento de encuestas y lista de chequeo estructurada por medio digital dirigida personal asistencial y administrativo de los diferentes servicios de la ESE Hospital San Rafael de Santo Domingo. (Anexo 6. Autoevaluación manual buenas prácticas seguridad del paciente habilitación y Anexo 7. Encuesta de conocimiento sobre seguridad el paciente en la ESE Hospital San Rafael de Santo Domingo.)

6.3.1.2 Participantes

Para la aplicación de la encuesta se contó con la participación de 30 colaboradores, de los cuales 8 pertenecen al áreas administrativas, se realiza énfasis en el personal asistencial que está conformado por 22 colaboradores, los cuales se distribuyen de la siguiente manera: 6 Médicos, 10 auxiliares de Enfermería, una Enfermera jefe, un Odontólogo, una auxiliar de Odontología, un Bacteriólogo, una Fisioterapeuta y una Regente de farmacia, esto con el fin de realizar un análisis del conocimiento, información y manejo que tiene los colaboradores del hospital frente al programa de seguridad del paciente y en específico de la identificación, reporte y gestión frente a un EA.

El mencionado personal, de manera voluntaria y consentida expresó su deseo de participar en el proyecto, realizó el diligenciamiento del instrumento de manera presencial. Cada participante dispuso de un tiempo de 15 minutos para responder a los enunciados y al finalizar se revisó el documento, garantizando que los ítems estuvieran debidamente diligenciados para evitar la pérdida de datos.

De igual manera se realizó revisión de registros físicos disponibles enfocados en el sistema de reporte y gestión de EA, con el propósito de identificar el número de reportes realizados en el año 2022 y analizar su respectivo proceso de seguimiento y cierre de caso.

6.3.1.3 Plan de procesamiento de los datos

Los datos obtenidos a partir de los cuestionarios aplicados en la primera parte de la intervención fueron ingresados a una base de datos en Microsoft Excel 2016, se realizaron análisis estadísticos de las variables, el análisis descriptivo univariado de las variables cualitativas se hizo utilizando distribuciones de frecuencia absolutas.

6.3.1.4 Plan de presentación de los datos

Los datos fueron recopilados mediante tablas y gráficos que permitieron la comparación y análisis de las diferentes variables, los cuales expresaron los objetivos de la intervención. Estos datos se socializaron con los colaboradores de la ESE.

6.3.2 Metodología para el segundo objetivo:

6.3.2.1 Factores de riesgo asociados a la prestación de los servicios de salud en la ESE

Los factores de riesgo asociados a la prestación de los servicios de salud, que pueden afectar la seguridad de los usuarios, acompañantes y equipo de salud, se identificaron por medio de una matriz de potenciales factores de riesgo y su análisis. Esta herramienta fue diseñada de acuerdo con la revisión conceptual de la normatividad y la revisión de algunas matrices de riesgo realizadas por instituciones prestadoras de servicios de salud.

6.3.2.2 Diseño y Construcción de la matriz de riesgo asistenciales

Para el diseño y construcción de la matriz de riesgos asistenciales se realizó un libro en Excel para cada uno de los servicios en los que se pueden presentar EA potenciales en la ESE Hospital San Rafael del municipio de Santo Domingo, los cuales son:

- Laboratorio
- Urgencias
- Fisioterapia
- Hospitalización

- Almacenamiento y equipos estériles
- Consulta externa
- Farmacia
- Odontología

Cada matriz de riesgo por servicio está conformada por pestañas que contienen: glosario, matriz de probabilidad, matriz de impacto, gestión, calificación y evaluación el cual permite identificar la probabilidad y el impacto por cada riesgo, además de las barreras preventivas y las actividades de protección para mitigar la complejidad del suceso en caso de presentarse. La pestaña de gestión de riesgos asistenciales contiene las siguientes variables:

- Riesgos identificados
- Descripción de riesgo
- Servicio
- Indicador de seguimiento
- Causas del riesgo
- Barreras preventivas
- Barreras de protección
- Calificación (Probabilidad e Impacto)
- Evaluación (Perfil del Riesgo y Clasificación del Riesgo)
- Meses de evaluación del riesgo

La matriz de riesgo fue revisada, analizada y alimentada por cada uno de los líderes de los procesos de la ESE, lo cual permitió determinar objetivamente los riesgos potenciales en la prestación de servicios de salud de cada área. Las variables tomadas en cuenta para la gestión de riesgo de cada servicio contienen además los lineamientos brindados por Minsalud en la política de seguridad del paciente, la resolución 1446 de 2006 (23) y la resolución 0256 de 2015 (26).

6.3.2.3 Escala de gravedad, probabilidad e impacto de la matriz de riesgo

Tres criterios se utilizan en esta etapa para evaluar los riesgos: la probabilidad de ocurrencia, el impacto y el perfil. Para ello, existe la matriz de calificación y evaluación,

la cual contempla el mapa de calor proporcionado por la matriz de gestión de riesgos asistenciales.

El impacto es medido en: insignificante, menor, moderado, mayor y catastrófico. La probabilidad se mide por: raro, improbable, moderado, probable o con casi certeza. Finalmente, el perfil y zona de riesgo son el resultado de un valor numérico a la probabilidad y otro al impacto que se multiplica por el perfil de riesgo. Del cómputo de estas tres variables, se obtiene una clasificación en cuatro categorías:

- Riesgo Bajo
- Riesgo Moderado
- Riesgo Alto
- Riesgo Extremo

El diligenciamiento de la matriz de gestión del riesgo se debe realizar mensualmente por el equipo conformado en cada área, de allí, los riesgos que reciban una mayor calificación deberán recibir atención y recursos para su tratamiento de acuerdo las acciones estimadas por cada área.

6.3.2.4 Pasos para el uso eficiente de la matriz de riesgo.

Posterior a la identificación de cada una de las variables y al consenso entre los integrantes, se socializó la herramienta final con el personal asistencial con el objetivo de que cada integrante del equipo conozca la información y la matriz, de esta manera se pueda implementar para el mejoramiento en la prestación del servicio y de la política de seguridad del paciente.

La matriz de riesgo se debe utilizar como una herramienta de análisis integral como lo estipula la norma ISO 45001, el cual permita la optimización de la información y medidas pertinentes ante los riesgos que se puedan presentar, por lo tanto, es necesario tener los siguientes pasos (32):

- Identificar los riesgos que se puedan presentar
- Determinar la gravedad de los riesgos
- Evaluar la probabilidad de que los riesgos ocurran
- Calcular el impacto de los riesgos

- Priorizar los riesgos y actuar en consecuencia de lo presentado.

6.3.3 Metodología para el tercer objetivo:

Para esta fase de diseño e implementación de un sistema con herramientas sistematizadas y amigables para el reporte y monitoreo de los EA ocurridos en la institución, se utilizó el documento de Herramientas para promover la estrategia de la Seguridad del Paciente en el SOGCS (2).

La base del mejoramiento de la gestión clínica y administrativa se desarrolla mediante la implementación de estrategias, modelos o metodologías relacionadas con cada uno de los procesos institucionales, basados en las mejores prácticas de cada área del conocimiento.

La revisión del formato de reporte de EA en la ESE se realizó de acuerdo el formato propuesto por el Ministerio de Salud y Protección Social (33), y se tuvieron en cuenta los criterios establecidos para el reporte de EA en materia de seguridad del paciente, así mismo se revisa normativa general que regula el SOGCS y contempla los requisitos mínimos que debe tener un formato de reporte de EA los cuales son:

- ❖ Información que permita identificar al paciente
- ❖ Descripción de la situación de salud ocurrida
- ❖ Acciones inseguras identificadas
- ❖ Atención y clasificación de la situación ocurrida
- ❖ Severidad: Leve, moderado, severo.

6.3.3.1 Revisión de formatos de reportes de EA otras IPS en Colombia

Se realizó revisión estructurada de 3 formatos de reporte para identificar propuestas con la información mínima que debe contener un formato para el reporte de EA. Los formatos para el reporte de eventos fueron obtenidos en la página web oficial del ente regulador de cada IPS estos fueron: Hospital alma mater, ESE clínica Girón, ESE Hospital local de Cartagena de Indias. Los formatos descargados fueron confrontados con los requisitos básicos según (33).

El documento "Herramientas para la Seguridad del Paciente" del Ministerio de Salud y Protección Social en Colombia es una guía que proporciona herramientas y

estrategias para mejorar la seguridad de los pacientes en el ámbito de la salud. Está diseñado para ser utilizado por profesionales de la salud, administradores de instituciones de salud y otros actores involucrados en la atención en salud.

El documento aborda diversos aspectos relacionados con la seguridad del paciente, incluyendo la prevención de EA, la gestión de riesgos, la comunicación efectiva entre el personal de salud y los pacientes, la seguridad en la prescripción y administración de medicamentos, entre otros.

Estas herramientas y estrategias están destinadas a ayudar a los profesionales de la salud a identificar y mitigar los riesgos para la seguridad del paciente, promoviendo así una atención más segura y de mayor calidad en el sistema de salud colombiano.

6.3.3.2 Construcción propuesta de formato de reporte de EA

Los elementos básicos de un formato de reporte de EA, en su mayoría fueron contemplados en cada uno de los formatos y sistemas de notificación de reportes de EA de las IPS revisadas, estos fueron incluidos en la propuesta inicial del formato para la notificación de EA para la institución. Los elementos adicionales fueron definidos por consenso entre los líderes de cada servicio y el asesor de calidad. Por su parte, con la misma metodología, se identificó y evaluó la pertinencia de la información y de las preguntas con el fin de que fuera amigable y de fácil diligenciamiento; el formato consta en total de 6 preguntas, que cumplen con los requisitos básicos de notificación e identificación de eventos en seguridad del paciente (Anexo 8: Información del evento de seguridad del paciente (Eventos/Incidentes Adversos)).

6.3.3.3 Construcción propuesta de análisis e investigación de reporte de eventos adverso

El punto de partida fue la revisión del protocolo de Londres, el cual es una versión revisada y actualizada de un documento previo conocido como “Protocolo para Investigación y Análisis de Incidentes Clínicos” (5) Constituye una guía práctica para administradores de riesgo y otros profesionales interesados en el tema. Se implementó una versión adaptada teniendo el propósito facilitar la investigación clara

y objetiva de los incidentes clínicos, lo cual implica ir mucho más allá de simplemente identificar la falla o de establecer quién tuvo la culpa.

Se propone un formato de gestión de casos que consta de 8 preguntas orientadoras que posibilitan el análisis de gestión de un evento notificado, asimismo dispone de la generación de un plan de mejora y un responsable asignado (Anexo 9. Formato de gestión de los EA).

6.3.3.4 Intervenciones educativas en pro de la formación en seguridad del paciente

Las intervenciones educativas y de promoción, se conformaron de dos módulos, el primero de ellos, fue una introducción a las características principales de la política y seguridad paciente, así mismo herramientas de notificación y de gestión y los siguientes, corresponden a riesgos y situaciones en salud que fueron identificados para el desarrollo de competencias y actualización de guías y protocolos de la institución.

Con el fin de lograr estrategias de intervención que mejoraran competencias, se asignaron 24 horas de formación, distribuido en 12 sesiones teóricas con énfasis práctico, en el diseño se propuso un entrenamiento por objetivos, donde cada sesión correspondió a una temática específica; una vez terminada el participante podría ganar un reconocimiento. Cada actividad tuvo un logro y estrategias metodológicas que permitieron la apropiación de los contenidos por los participantes.

6.4 Consideraciones éticas

Se fundamentó en la Resolución 8430 de 1993, en la cual se establece que el desarrollo del presente proyecto no tuvo ningún tipo de riesgo para los participantes como lo estipula el artículo 11 donde expresa “Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos

sensitivos de su conducta” por tal motivo se fortaleció en la privacidad que en él se brindó (34).

Para este trabajo de intervención como requisito de grado de la Maestría en Administración Hospitalaria de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia se solicitó autorización escrita al gerente de la E.S.E. San Rafael, del municipio de Santo Domingo Antioquia, con la finalidad de autorizar la realización del proyecto, dándole a conocer los diferentes aspectos que se tuvieron en cuenta en el desarrollo del mismo y conformación del equipo de trabajo en la ESE.

7. Resultados

7.1 Situación Actual de programa de seguridad del paciente

7.1.1 EA reportados y su clasificación vigencia 2022.

Desde el comité de seguridad del paciente liderado por la Jefe de Enfermería se realizó socialización en febrero del 2023, en la cual se informa que, actualmente la institución tiene documentada una política de seguridad del paciente, que aún no ha sido socializada con el personal, de igual manera existen dos formatos de reporte de EA, uno digital y otro en formato manual, el primero no es utilizado por desconocimiento y por el difícil diligenciamiento; el segundo es el más utilizado y aun así existe un subregistro de los EA. Sin embargo, la principal dificultad según la jefe de Enfermería es el desconocimiento de estos formatos y la poca adherencia del personal para el diligenciamiento de este. Se encontró que, para el año 2023 no se habían reportado EA. Previa autorización de la jefe de Enfermería se solicitan registros actuales de reporte de eventos diligenciados. En la revisión se encuentra que a la fecha (2023) se contaba con la documentación física de 6 EA reportados en el año 2022 y que, dentro de estos reportes, el servicio que más reportes realizó fue el laboratorio clínico con un total de 4 EA, es decir el 63%. Por otra parte, se encuentra que el servicio de urgencias reportó un total de 2 EA en el mismo año (ver Tabla 1).

No se cuenta con reporte de otros servicios de la ESE, por lo que se presume que no se realizaron reportes por desconocimiento o negligencia. Así mismo, se encuentra que para el año 2023 no se habían realizado notificaciones de EA en la ESE.

Tabla 1. Reporte de EA 2022

Situación	Servicio que reporta	Investigación	Casos
evento adverso asociado a toma de muestras	laboratorio clínico (microbiólogo)	sin investigación	4
asociada a inadecuada administración de medicamento	servicio de urgencias	sin investigación	2

7.1.2 Resultado de Encuesta al personal en la ESE Hospital San Rafael de Santo Domingo Antioquia.

El reporte de EA del año 2022 y 2023 significó una alerta para el equipo de trabajo. Pues, como se dijo anteriormente se presentan conjeturas de lo que pudo haber pasado para que se reportaran tan pocos EA y en solo 2 servicios durante todo el año para el 2022 y que no se presentaran reportes de EA en el año 2023. Tomando en cuenta esto, se procedió a aplicar una encuesta al personal de la ESE con el fin de identificar conocimientos sobre la política de seguridad del paciente. Esta encuesta se aplicó de manera virtual por medio de la herramienta electrónica Google Forms (Anexo 7. Encuesta de conocimiento sobre seguridad del paciente). La ESE cuenta en total con 46 empleados, 6 de planta y el restante contratos por obra labor, de los cuales 22 empleados son asistenciales. La encuesta se aplicó a un total de 30 personas, es importante resaltar que se encuestó a todo el personal asistencial, de igual manera se explicó el objetivo y la voluntariedad de su participación. Las temáticas intervenidas en las preguntas aplicadas fueron:

- Servicio al que pertenece el participante
- Conocimiento de la existencia de la política de seguridad del paciente
- Definición de la palabra riesgo
- Definición de la palabra EA
- Existencia del formato de reporte de EA
- Importancia de la notificación de un EA
- Definición de la sigla PAMEC.

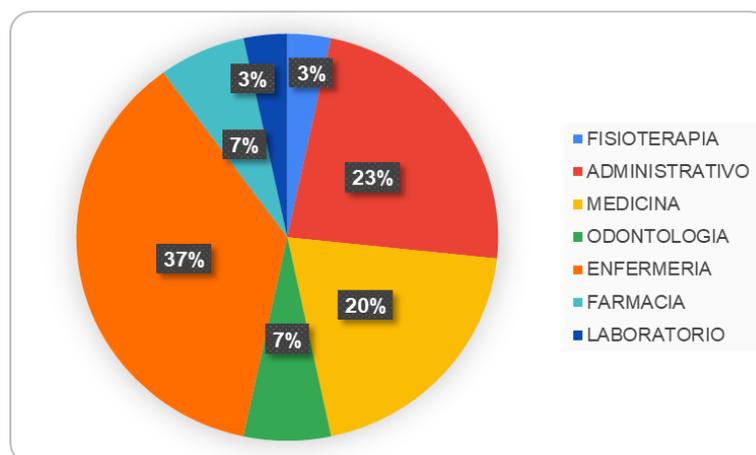
Los principales hallazgos se presentan a continuación:

7.1.2.1 Servicios participantes

Los Servicios participantes en la encuesta aplicada fueron: personal de enfermería, personal administrativo, del área de odontología, fisioterapia, medicina, farmacia y laboratorio. La mayoría de los participantes fueron del área de enfermería, con una representación del 36.7%. Le sigue el personal administrativo con un 23.3%, el área de odontología con el 20%, el área de medicina representa el 6.7% y finalmente el

3.3% de los participantes fueron del área de laboratorio. La distribución de los participantes se evidencia en la Figura 2.

Figura 2. Porcentaje de participantes de la encuesta realizada por servicios de la ESE



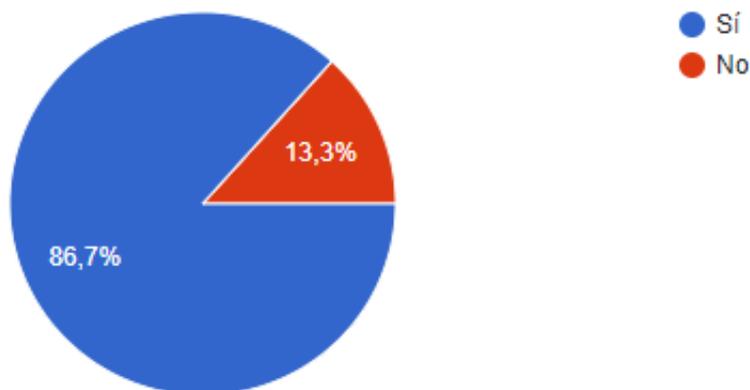
7.1.2.2 Conocimiento de política de seguridad el paciente

Del total de los participantes, el 80% afirmó tener conocimiento sobre la existencia de la política de seguridad del paciente en la institución, mientras que el 20% restante manifestó desconocerla. Sin embargo, durante el desarrollo de la encuesta, era común escuchar la suposición de que, aunque deberían tener conocimiento de dicha política, algunos no estaban seguros de su existencia.

7.1.2.3 Conocimiento del término eventos adverso

En cuanto a la pregunta sobre si conocen la definición de un evento adverso, el 86.7% de los encuestados respondió afirmativamente, mientras que un 13.3% indicó no saberlo. Dentro de este último grupo, el 11% corresponde a personal asistencial que carece de conocimiento sobre el significado de evento adverso.

Figura 3. Porcentaje de respuesta frente al conocimiento de la definición de EA de la encuesta realizada por servicios de la ESE



En relación con la definición de la palabra "evento adverso", el 73% de los encuestados lo asocia con el daño durante la atención en salud de manera no intencionada, las respuestas más comunes fueron:

“Es el resultado de no tomar las debidas precauciones en el momento de realizar nuestro trabajo.”

“Una situación no deseada causada al momento de realizar un procedimiento.”

“Una situación no deseada causada al momento de realizar un procedimiento.”

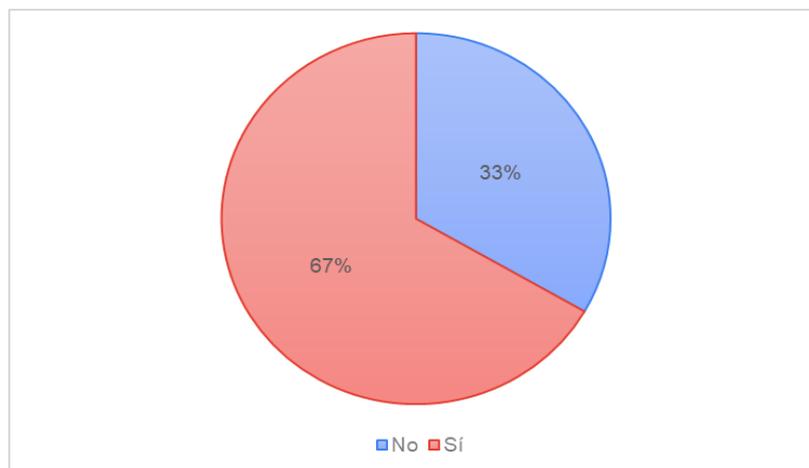
Por otro lado, el 10% indica que se relaciona con el resultado de una práctica insegura, mientras que el 16% lo define como una reacción a un medicamento. Tan solo el 1% manifiesta no tener claridad sobre el concepto.

7.1.2.4 Herramienta de reporte de las situaciones en salud

El gráfico circular representa las respuestas obtenidas frente a la pregunta sobre el conocimiento de la existencia de algún formato en la ESE para el reporte de EA. El 66.7% de los encuestados afirmó estar al tanto de la existencia de dicho formato, mientras que el 33.3% restante declaró desconocerlo. Durante el acompañamiento en la resolución de la encuesta, se observó que algunos participantes respondieron afirmativamente de manera deliberada, a pesar de no conocer la estructura del formato para el reporte de EA. La figura 3 proporciona una representación visual de

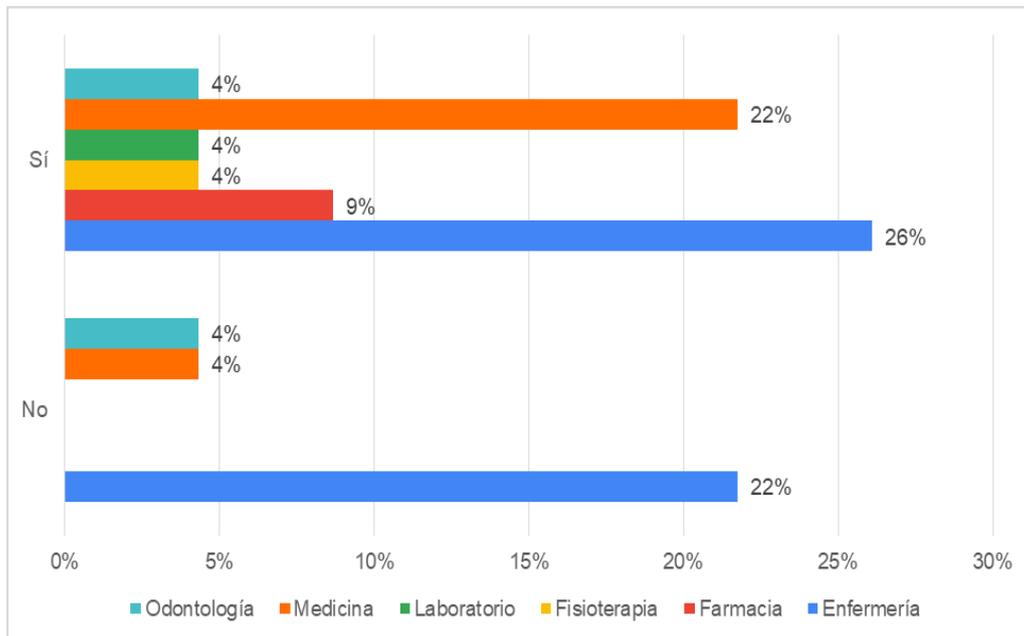
la percepción de los encuestados respecto a la disponibilidad y conocimiento del formato de reporte de EA en la ESE.

Figura 4. Porcentaje de respuesta la existencia de formato de EA



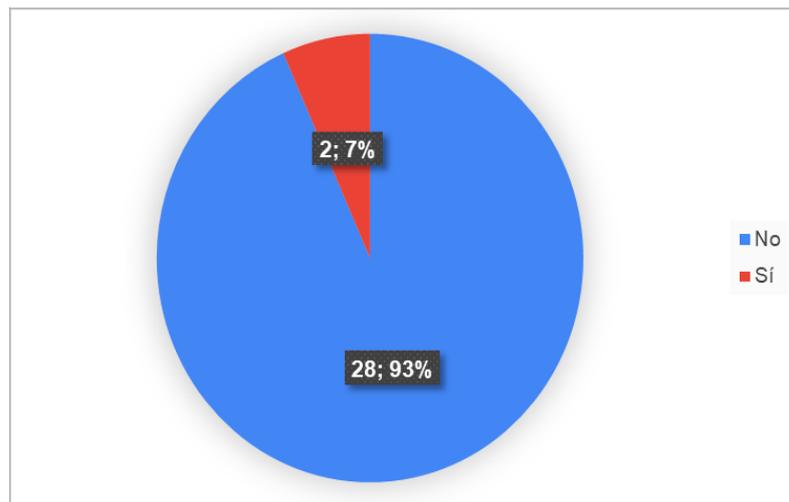
De las 22 personas participantes, que corresponden a personal asistencial, respondieron afirmativamente a la pregunta sobre el reconocimiento de un formato interno para el reporte de EA, el 69.6%; por otro lado, el 30.4% indica desconocer dicho formato. Dentro de este último grupo, se observa una distribución entre participantes pertenecientes a diferentes servicios: Odontología [4%], medicina [4%] y enfermería [20%]. La figura 5 ofrece una visualización clara y concisa de la percepción del personal asistencial sobre el conocimiento del formato de reporte de EA.

Figura 5. Porcentaje de respuesta del solo el personal asistencial de la existencia del formato de EA



7.1.2.5 Reporte realizados por los participantes

Figura 6. Porcentaje de respuesta frente a la pregunta si alguna vez realizó un reporte de EA



La figura 6 evidencia la respuesta obtenida a la pregunta de si alguna vez ha realizado el reporte de un EA, el 93% respondió negativamente y el 2% afirmó haber realizado

alguna vez una notificación, es importante tener en cuenta que el servicio perteneciente a este 2% fue el de enfermería.

7.1.3 Aplicación de lista de chequeo

Se aplicó una lista de chequeo con el instrumento validado que provee el Ministerio de Protección social en salud (Anexo 6. Autoevaluación Manual de Buenas Prácticas de seguridad al paciente), esta herramienta permitió realizar una autoevaluación respecto a las buenas prácticas de seguridad del paciente con alcance de habilitación y aspectos que aplican para la acreditación. Se evaluaron 10 buenas prácticas con 54 ítems de aplicación de los cuales 34 no se cumplen, es decir que se tiene un incumplimiento del 63% en la autoevaluación de las guías buenas prácticas de la seguridad del paciente, es relevante resaltar los siguientes aspectos identificados:

Respecto al primer ítem de la guía de buenas prácticas que hace referencia a la plataforma estratégica en seguridad , se deja en manifiesto que se debe “Contar con un Programa de Seguridad del Paciente que provea una adecuada caja de herramientas para la identificación y gestión de EA”, en la ESE Hospital San Rafael se evidencia una falta de acompañamiento desde la alta Dirección de forma explícita ya que actualmente el hospital cuenta con una política de seguridad que cumple con los lineamientos nacionales (Propósitos, sistema institucional de reporte de incidentes y EA, etc.) Sin embargo, el cumplimiento es parcial dado que este documento y comité sólo funcionan como un requisito de cumplimiento ante los entes de control, porque no se desarrollan las diferentes herramientas para la identificación y gestión de EA. Así mismo, no existe un cronograma de actividades que permitan el fortalecimiento de la cultura de atención segura, de igual manera la política de seguridad del paciente no se encuentra socializada con el personal de la ESE y esto se refleja en el desconocimiento de los colaboradores.

En relación con el “Reporte, medición, análisis y gestión de los EA”, no hay cumplimiento dado que, actualmente el personal no tiene una definición clara de que es un evento adverso, así mismo no se tiene socializado el formato de reporte en la institución, que a la fecha presenta una significativa subnotificación y de estos eventos reportados no se ha realizado su respectivo seguimiento e investigación. Asociado a esto se identifica que los servicios no tienen identificados cuáles son sus principales

riesgos relacionados a los procesos asistenciales, ello dificulta la identificación de los posibles riesgos que pudiesen presentarse.

La problemática generalizada que presenta la institución se fundamenta en tener adecuada documentación pero insuficiente implementación y monitoreo en lo que respecta a la plataforma estratégica de seguridad y en la gestión de prácticas seguras, el sistema de auditorías y rondas de seguridad no se aplica y por lo tanto no hay mediciones iniciales para realizar comparativos, actualmente no se realiza evaluación de la adherencia a la guía de buenas prácticas en los procesos asistenciales y no se cuenta con la medición de indicadores de riesgo de vigilancia para la toma de decisiones, sumado a esto no se han desarrollado capacitaciones en materia de seguridad, teniendo en cuenta la encuesta de conocimiento descrita anteriormente y consolidando los resultados obtenidos se pudo concluir que:

- El personal desconoce la estructura de la política y programa de seguridad del paciente de la institución.
- Existe una confusión general en lo que respecta a la definición de riesgo y EA.
- Se reconoce la importancia de realizar reporte de los EA, sin embargo, se desconoce el instrumento que permite dicho reporte

Conforme a lo enunciado anteriormente, se hace evidente la necesidad de implementar un adecuado programa de seguridad del paciente, de la mano de los líderes asistenciales, con el fin de realizar actividades correspondientes a la generación de prácticas seguras en cada servicio, orientándose un alcance óptimo de habilitación en la que corresponde a la guía de buenas prácticas, ya que el no cumplimiento de los requisitos mínimos de habilitación está generando actualmente un riesgo notable ante los entes de control tanto a nivel departamental como nacional, colocando en riesgo finalmente la atención en salud de toda la comunidad del municipio.

7.1.3.1 Presentación del proyecto y firma de convenio

Se realiza presentación del proyecto de intervención en presencia de personal asistencial y no asistencial con un total de asistencia de 23 personas, el 97% personal asistencial, mediante ayudas audiovisuales y proyección de Power point se socializa

el proyecto de intervención, acta de conformación, y el manual de funciones y compromiso de los líderes por servicio que serán un apoyo en el apalancamiento del proyecto como se puede evidenciar en los Anexo 5. Acta de conformación y Anexo 10. Manual de funciones y compromisos del equipo interdisciplinario.

En concordancia con lo anterior, en compañía de la asesora de calidad, se socializa el programa y política de seguridad del paciente y conceptos claves en seguridad del paciente y atención segura (Anexo 11. Presentación de conceptos claves de seguridad del paciente).

7.2 Matriz de Identificación de los factores de riesgo asociados a la prestación de los servicios

La guía técnica de buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención de la salud (7), establece en su numeral 4 los procesos necesarios para implementar prácticas seguras en las instituciones. Específicamente en su numeral 4.1.1.3 estima que las instituciones prestadoras de servicios de salud deben contemplar sistemas de reporte de EA y aprendizaje colectivo como un mecanismo para la identificación y gestión de los EA. Teniendo en cuenta lo anterior, uno de los objetivos de este trabajo de intervención es “identificar los factores de riesgo asociados a la prestación de los servicios ofrecidos que pueden afectar la seguridad de los usuarios, acompañantes y equipo de salud”. Para el desarrollo de este objetivo se diseñó una matriz de riesgo con base a los lineamientos brindados por Minsalud en la política de seguridad del paciente, la resolución 1446 de 2006 (23) y la resolución 0256 de 2015 (26) y la revisión de matrices de riesgo de algunas instituciones prestadoras de servicios de salud.

7.2.1 Construcción de la Matriz de riesgo

La construcción de la matriz de riesgos asistenciales se realizó con el equipo de trabajo de la ESE, donde, los líderes de cada uno de los servicios de: Laboratorio, Urgencias, Fisioterapia, Hospitalización, Almacenamiento y equipos estériles, Consulta externa, Farmacia y Odontología se reunieron con los respectivos colaboradores para identificar los posibles EA existentes en el servicio. Este ejercicio se realizó para determinar de manera integral las situaciones o acciones que puedan

llegar a afectar la seguridad del paciente durante la prestación del servicio y sirve como insumo para establecer de manera objetiva las acciones de mejora y elementos de gestión para generar procesos de atención seguros para los usuarios, acompañantes y equipo de salud, lo que permite una gestión más eficiente de los recursos y una toma de decisiones informada en relación a la seguridad y calidad de la atención.

7.2.2 Matriz de riesgo

La matriz de riesgo de cada servicio se realizó en un libro de Excel, el cual contiene en cada pestaña:

7.2.2.1 Glosario de riesgo

El glosario de riesgo se construyó a partir de los lineamientos nacionales, elegidos y priorizados por el equipo base de la política de seguridad del paciente de la ESE. La finalidad de este glosario es que los colaboradores de todas las áreas reconozcan la terminología y en caso de generarse confusión, tengan acceso a la información de primera mano. Este glosario se estandarizó para todos los servicios intervenidos y contiene la siguiente terminología:

- ❖ RIESGO: Probabilidad de que un incidente o evento adverso ocurra
- ❖ INDICIO DE ATENCIÓN INSEGURA: Acontecimiento o circunstancia que puede alertar acerca del incremento del riesgo de ocurrencia de un incidente o evento adverso.
- ❖ FALLA DE LA ATENCIÓN EN SALUD: Una deficiencia en la realización de una acción prevista según lo programado o la utilización de un plan
- ❖ EVENTO ADVERSO: Es el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño
- ❖ INCIDENTE: Es un evento o circunstancia que sucede en la atención en salud de un paciente que no le genera daño.
- ❖ COMPLICACIÓN: Es el daño o resultado clínico no esperado no atribuible a la atención en salud sino a la enfermedad o a las condiciones propias del paciente.

- ❖ VIOLACIÓN: son intencionales e implican la desviación deliberada de un procedimiento, de un estándar o de una norma de funcionamiento
- ❖ ACCIDENTES: Suceso imprevisto generalmente negativo que altera la marcha normal de las cosas.
- ❖ ACTO DOLOSO: Hecho o acción realizada con la intención de llegar a algo o a alguien con mala fe o mala intención buscando un fin determinado.
- ❖ ATENTADOS: Llevar a cabo una acción que cause daño grave a una persona o cosa.
- ❖ COLAPSO DE OBRA: Derrumbe de un conjunto de elementos debido a la pérdida estructural de los mismos.
- ❖ COLAPSO DE TELECOMUNICACIONES: Decrecimiento o disminución intensa de la interconexión de sistemas informáticos situados a distancia.
- ❖ CONFLICTO: Situación de desacuerdo o de oposición de intereses constante entre personas.
- ❖ CONTAMINACIÓN: Alterar la pureza de una cosa.
- ❖ CORRUPCIÓN: Acción orientada a obtener beneficio particular afectando el patrimonio institucional, mediante promesas de carácter económico a los diferentes grupos de interés.
- ❖ CORRUPCIÓN DE ALIMENTOS, PRODUCTOS MÉDICOS O MATERIALES PROFILÁCTICOS: Envenenar, contaminar y/o alterar productos o sustancias alimenticias, médica o materiales profilácticos, medicamentos o productos farmacéuticos, bebidas alcohólicas o productos de aseo de aplicación personal; así como comercializarlos, distribuirlos o suministrarlos. También hace parte de este riesgo el suministro, comercialización o distribución de los productos mencionados anteriormente que se encuentren deterioradas, caducados o incumplan las exigencias técnicas relativas a su composición, estabilidad y eficiencia, siempre que se ponga en peligro la vida o salud de las personas.
- ❖ CORTOCIRCUITO: Circuito eléctrico que se produce accidentalmente por contacto entre los conductores y suele determinar una descarga de alta energía.
- ❖ DEMORA: Tardanza en el cumplimiento de algo.
- ❖ DESACIERTO: Equivocación o error en la toma de decisiones.

- ❖ DETERIORO: Poner en mal estado o en peores condiciones algo.
- ❖ DAÑO: Pérdida de las cualidades naturales, elementos o partes de una cosa o persona.
- ❖ ENFERMEDADES: Alteración más o menos grave en la salud del cuerpo o de la mente.
- ❖ EPIDEMIA: Enfermedad infecciosa que durante un cierto tiempo ataca simultáneamente en un sitio o más o menos extendido a un gran número de personas.
- ❖ ERROR: Idea, opinión o creencia falsa. Acción equivocada, o desobedecer una norma establecida.
- ❖ EVASIÓN: Incumplir total o parcialmente una obligación previamente definida.
- ❖ EXCLUSIÓN: Negar la posibilidad de cierta cosa. Quitar a una persona o cosa del lugar en el que le correspondería estar o figurar.
- ❖ EXTORSIÓN: Causar que una persona haga, tolere u omita, alguna cosa contra su voluntad con el propósito de obtener provecho ilícito para sí mismo o para un tercero.
- ❖ FALSIFICACIÓN DE DOCUMENTOS: Imitar, copiar o reproducir un escrito o cualquier cosa que sirva para comprobar algo, haciéndolo pasar por auténtico o verdadero.
- ❖ FALLAS DE HADWARE: Defecto que puede presentarse en los Comités de un sistema informático que impide su correcto funcionamiento.
- ❖ FRAUDE: Inducir a cometer un error, a un servidor público para obtener sentencia, resolución o acto administrativo contrario a la ley; así como evitar el cumplimiento de obligaciones impuestas en resoluciones judiciales. También se considera fraude obtener mediante maniobras engañosas que un ciudadano o un extranjero vote por determinado candidato, partido o corriente política.
- ❖ HURTO: Apoderarse de una cosa ajena, con o sin violencia, con el propósito de obtener provecho para sí mismo o para otro.
- ❖ INCENDIO: Fuego grande que destruye lo que no está destinado a arder, como un edificio o un bosque.
- ❖ INCUMPLIMIENTO: No realizar aquello a que se está obligado.
- ❖ INEXACTITUD: Presentar datos o estimaciones equivocadas, incompletas, o desfiguradas.

- ❖ **INFRACCIONES:** Quebrantamiento de una norma o de un pacto. Acción con la que se infringe una ley o regla.
- ❖ **INUNDACIÓN:** Anegación o acción directa de las aguas procedentes de lluvias, deshielo o de cursos naturales de agua en superficie, cuando estos se desbordan de sus causas normales y se acumulan en zonas que normalmente no están sumergidas.
- ❖ **OMISIÓN:** Falta o delito que consisten en dejar de hacer, decir o consignar algo que debía ser hecho, dicho o consignado. Según el Código Penal Omisión significa omitir auxiliar a una persona cuya vida o salud se encuentre en grave peligro, o prestar asistencia humanitaria en medio de un conflicto armado a favor de las personas protegidas.
- ❖ **PRESTACIÓN ILEGAL DE SERVICIOS:** Desempeñar labores destinadas a satisfacer necesidades del público, o hacer favores en beneficio de alguien de forma contraria a lo que la ley exige.
- ❖ **SUSPENSIÓN:** Interrupción de una acción.
- ❖ **TERREMOTO:** Sacudida brusca de las capas de la corteza terrestre.
- ❖ **USURPACIÓN:** Cuando un particular que sin autorización legal ejerza funciones públicas.

7.2.2.2 Matriz de probabilidad:

La matriz de probabilidad es una representación tabular que establece la calificación de la probabilidad de acuerdo con diferentes combinaciones de eventos con sus respectivas probabilidades. Para la construcción de la matriz de probabilidad en la ESE se estimaron las siguientes calificaciones de acuerdo con la frecuencia de estas:

Tabla 2. Matriz de probabilidad

Matriz de probabilidad			
Calificación de la probabilidad			
Valor	Frecuencia	Calificación	Descripción
E	1	Raro	Puede ocurrir sólo en circunstancias excepcionales
D	2	Improbable	Pudo ocurrir en algún momento
C	3	Moderado	Podría ocurrir en algún momento
B	4	Probable	Probablemente ocurrirá en la mayoría de las circunstancias
A	5	Casi certeza	Se espera que ocurra en la mayoría de las circunstancias

7.2.2.3 Matriz de impacto:

La matriz de impacto de riesgo es una herramienta que permite identificar y clasificar los riesgos. En esta se relacionan los riesgos asociados a diferentes variables con su respectivo nivel de impacto en la salud. Utiliza escalas de evaluación que permiten identificar la gravedad y la probabilidad de ocurrencia de cada riesgo. Para la construcción de la matriz de impacto de los EA asociados a los servicios de salud de la ESE se estimaron los siguientes valores:

Tabla 3. Matriz de impacto

Matriz de impacto			
Nivel	Impacto	Descripción	
1	INSIGNIFICANTE	Humano	No es percibido por el usuario
		Legal	Derechos de Petición y Tutelas.
		Infraestructura	No afecta la infraestructura.
		Imagen	No afecta la imagen a ningún nivel
		Económico	Pérdidas económicas 0 a 50 SMMLV
		Ambiental	Sin contaminación o contaminación leve recuperable.
		Información	Pérdida de información personal
		Operacional	Suspensión del servicio menor a dos horas.
		Mercado	No pérdida de mercado
		Cultural	Afectación mínima de las tradiciones culturales
2	MENOR	Humano	Genera molestias en las personas. Sin lesiones o con lesiones leves
		Legal	Derechos de Petición
		Infraestructura	Daños a las infraestructuras leves y manejables.
		Imagen	Afecta la imagen a nivel interno.
		Económico	Pérdidas económicas de 51 a 100 SMMLV
		Ambiental	Sin contaminación o contaminación leve recuperable.
		Información	Pérdida de información crítica personal
		Operacional	Suspensión del servicio menor a 4 horas.
		Mercado	Pérdidas del mercado menores al 1%.
		Cultural	Afectación leve de las tradiciones culturales
3	MODERADO	Humano	Genera quejas de los usuarios (insatisfacción) sin daños físicos
		Legal	Tutelas.
		Infraestructura	Daños en la infraestructura que la inutilicen menos de una semana
		Imagen	Afecta la imagen a nivel de los usuarios
		Económico	Pérdidas económicas entre el 101 y 200 SMMLV.
		Ambiental	Contaminación leve no recuperable o grave recuperable a mediano plazo.
		Información	Pérdida de información institucional no crítica
		Operacional	Suspensión del servicio hasta 1 día
		Mercado	Pérdidas del mercado entre el 1 y el 5%.
		Cultural	Deterioro a elementos de significado cultural.

Matriz de impacto			
Nivel	Impacto	Descripción	
4	MAYOR	Humano	Genera traumas físicos y psicológicos al usuario o personal de la empresa
		Legal	Demandas legales.
		Infraestructura	Daños en la infraestructura que la inutilicen por más de una semana
		Imagen	Afecta la imagen a nivel local y/o regional.
		Económico	Pérdidas económicas entre el 201 y 500 SMMLV.
		Ambiental	Contaminación grave recuperable a largo plazo.
		Información	Pérdida de información institucional crítica recuperable.
		Operacional	Suspensión del servicio entre 1 y 3 días.
		Mercado	Pérdidas del mercado entre el 5%. Y 10%
		Cultural	Afectación del clima laboral
5	CATASTRÓFICO	Humano	Genera impacto negativo en la mayoría de los usuarios. Genera pérdidas de vidas humanas e invalidez
		Legal	Responsabilidad administrativa, civil, y/o penal a terceros.
		Infraestructura	Daños en la infraestructura que la inutilicen definitivamente.
		Imagen	Afecta la imagen a nivel nacional
		Económico	Pérdidas económicas mayores 500 SMMLV
		Ambiental	Contaminación grave no recuperable.
		Información	Pérdida de información institucional crítica no recuperable.
		Operacional	Suspensión del servicio de más de 3 días.
		Mercado	Pérdidas del mercado mayores al 10%.
		Cultural	Daño o pérdida definitiva de elementos de importancia cultural.

Esta matriz permite priorizar los riesgos y diseñar estrategias de protección para la adecuada toma de decisiones que generen servicios seguros.

7.2.2.4 Matriz calificación y evaluación:

Esta matriz establece la calificación y evaluación de riesgos relacionados con la prestación de servicios de salud. Se basa en criterios establecidos y asigna una calificación o valoración del riesgo de acuerdo con la valoración asignada a cada riesgo identificado. Esta herramienta permite identificar a los equipos de trabajo las acciones necesarias a priorizar para la protección de la salud y la toma de decisiones para generar servicios seguros. En el caso de la ESE la matriz se estableció de la siguiente manera:

Tabla 4. Matriz de calificación y evaluación

Matriz calificación y evaluación							
Probabilidad	Valor	Impacto					
		Insignificante	Menor	Moderado	Mayor	Catastrófico	
		1	2	3	4	5	
Raro (E)	1	B Zona Asumir riesgo	Baja el	B Zona Baja Asumir el riesgo	M Zona Moderada Asumir el riesgo Reducir el riesgo	A Zona de riesgo alta reducir el riesgo evitar el riesgo compartir o transferir	A Zona de riesgo alta reducir el riesgo evitar el riesgo compartir o transferir
Improbable (D)	2	B Zona Asumir riesgo	Baja el	B Zona Baja Asumir el riesgo	M Zona Moderada Asumir el riesgo Reducir el riesgo	A Zona de riesgo alta reducir el riesgo evitar el riesgo compartir o transferir	E Zona riesgo extrema evitar el riesgo reducir el riesgo compartir o transferir
Moderado (C)	3	B Zona Asumir riesgo	Baja el	M Zona Modera da Asumir el riesgo Reducir el riesgo	A Zona de riesgo alta reducir el riesgo evitar el riesgo compartir o transferir	E Zona riesgo extrema evitar el riesgo reducir el riesgo compartir o transferir	E Zona riesgo extrema evitar el riesgo reducir el riesgo compartir o transferir
Probable (B)	4	M Zona Moderada Asumir riesgo Reducir riesgo	el	A Zona de riesgo alta reducir el riesgo evitar el riesgo comparti r o transferi r	A Zona de riesgo alta reducir el riesgo evitar el riesgo compartir o transferir	E Zona riesgo extrema evitar el riesgo reducir el riesgo compartir o transferir	E Zona riesgo extrema evitar el riesgo reducir el riesgo compartir o transferir
Casi certeza (A)	5	A Zona de riesgo alta reducir el riesgo evitar el riesgo compartir o transferir		A Zona de riesgo alta reducir el riesgo evitar el riesgo comparti r o transferi r	E Zona riesgo extrema evitar el riesgo reducir el riesgo compartir o transferir	E Zona riesgo extrema evitar el riesgo reducir el riesgo compartir o transferir	E Zona riesgo extrema evitar el riesgo reducir el riesgo compartir o transferir

7.2.2.5 Matriz de gestión de riesgos asistenciales:

Para la elaboración de la matriz de riesgos asistenciales, se contó con la participación de los líderes de las áreas de las ESE, los que a su vez se reunieron con su respectivo equipo de trabajo para identificar objetivamente los posibles EA en la prestación de servicio de cada área.

La matriz contiene columnas en las que: se identifica el riesgo, se describe el riesgo, se establece el indicador de seguimiento, las causas del riesgo, las barreras preventivas, barreras de protección, calificación (Probabilidad e Impacto) y Evaluación (Perfil del Riesgo y Clasificación del Riesgo). Además, se desprenden columnas hacia su derecha donde se deposita el respectivo resultado de acuerdo a la calificación y evaluación del riesgo. Los EA potenciales para cada servicio se definieron de la siguiente manera:

Laboratorio:

Tabla 5. Riesgos identificados Laboratorio

Riesgos Relacionados con:	Descripción del riesgo
Insumos	Alergias (látex, solución irrigante)
Caídas del paciente	Caída del paciente a su altura, silla o camilla en consultorio medico
Identificación del usuario	Atención del paciente equivocado,
Pertenencias del usuario	Extravió de pertenencias del paciente en área de toma de muestras
Entrega de reportes de laboratorio	Resultados de paraclínicos no correspondientes al paciente
Comportamiento de pacientes	Paciente se escapa de laboratorio
Sistema de información	Fallos en el sistema
Dispositivos médicos	Daño en los equipos del laboratorio
Toma de muestras	Muestras rotuladas erróneamente o sin rotular, Toma de examen que no corresponde al de la orden, pérdida de la muestra
punción venosa/arterial	Lesiones, flebitis en zona de punción o repeticiones en la punción para la toma de muestras

Indicador de seguimiento: el indicador de seguimiento se definió dividiendo el total de EA Gestionados en laboratorio sobre el total de EA presentados durante el mes en el que se presentó el servicio de laboratorio:

EA gestionados en el servicio Laboratorio

Total de EA reportados en el servicio de Laboratorio

Además, se plasmaron las causas probables por las que se pueden presentar los EA, las barreras preventivas y de protección de cada riesgo identificado.

Odontología

Tabla 6. Riesgos identificados Odontología

Riesgos relacionados con:	Descripción del riesgo
Caída	Caída de sillón odontológico o de la propia altura
	Hipotensión ortostática / lipotimia
insumos	Alergias (látex, solución irrigante, y material de obturación)
Infecciones posteriores a tratamiento odontológico	Alveolitis alveolar- alveolitis seca
	Alveolitis alveolar-alveolitis húmeda o supurativa
Exodoncia	Infección postoperatoria
	Osteomielitis
	Hemorragia postoperatoria
	Hemorragia primaria
	Hemorragia secundaria
	Extracción de un diente sano
	Fractura del hueso alveolar
	Fractura de la mandíbula
	Perforación del seno maxilar
	Laceraciones de la encía y mucosa
Procedimiento	Lesión del nervio alveolar inferior y rama mentoniana.
	Anquilosis
	Reabsorciones radiculares
	Problemas periodontales
	Fractura del diente
	Lesiones de dientes adyacentes-aflojamiento de dientes
	Lesiones de dientes adyacentes-avulsión de un diente adyacente
	Lesiones de dientes adyacentes-FX de la corona del otro diente
uso de anestésicos	choc anafiláctico
	Edema angioneurotico
Sobreexposición a radiaciones ionizantes evitables	Sobredosis de anestésicos locales
	Toma de radiografía a mujer en embarazo
	Confusión de placas de rayos x
Endodoncia	Toma repetida de radiografía por defecto en la placa.
	Perforaciones de la corona y socavados
	Fractura de fresas
	Perforación radicular, cervical o en la furca y desgaste del piso pulpar
	Fractura de instrumentos
	Desviaciones de la anatomía del conducto radicular-- formación de escalones
	Desviaciones de la anatomía del conducto radicular- obliteración del conducto
	Desviaciones de la anatomía del conducto radicular-perforaciones por desgaste
	Sobreinstrumentación
	Enfisema de tejidos
	Edema de los tejidos
	Sobreobturación y sobrextension
	Fracturas verticales
	Aspiración y deglución de instrumentos
	Medicamentos
Identificación del paciente	Atención del paciente equivocado

Riesgos relacionados con:	Descripción del riesgo
pertenencias del usuario	Extravió de pertenencias del paciente en consulta externa
comportamiento de los pacientes	Paciente se escapa de la consulta medica
sistema de información	Fallos en el sistema
Dispositivos médicos	Dispositivos en médicos con inadecuado magtenimiento correctivo y preventivo.

Indicador de seguimiento: el indicador de seguimiento se definió dividiendo el total de EA Gestionados en odontología sobre el total de EA presentados durante el mes en el que se presentó el servicio de odontología:

Eventos gestionados en Odontología

Total de eventos reportados en el servicio de Odontología

Además, se plasmaron las causas probables por las que se pueden presentar los EA, las barreras preventivas y de protección de cada riesgo identificado.

Servicio de farmacia

Tabla 7. Riesgos identificados Farmacia

Riesgos relacionados con:	Descripción del riesgo
utilización de medicamentos (prum)	Relativo a la disponibilidad, calidad, prescripción, dispensación, administración y uso.
medicamentos (prm)	Reacciones adversas medicamentosas, sucesos indeseables. Relativo a la necesidad, efectividad y seguridad
insumos	Alergias (látex, solución irrigante)
Identificación del usuario	Atención del paciente equivocado
Riesgos relacionados con:	Descripción del riesgo
pertenencias del usuario	Extravió de pertenencias del paciente en consulta externa
Sistema de información	Fallos en el sistema
Dispositivos médicos	Fallas en la atención asociada a dispositivos médicos

Indicador de seguimiento: el indicador de seguimiento se definió dividiendo el total de EA Gestionados en Farmacia sobre el total de EA presentados durante el mes en el que se presentó el servicio de Farmacia:

EA gestionados en farmacia

Total de EA presentados en el servicio farmacéutico

Además, se plasmaron las causas probables por las que se pueden presentar los EA, las barreras preventivas y de protección de cada riesgo identificado.

Urgencias

Tabla 8. Riesgos identificados Urgencias

Riesgos relacionados con:	Descripción del riesgo
Caídas de los pacientes	Caída del paciente desde su propia altura, silla o camilla de urgencias
insumos	Alergias (látex, solución irritante, entre otros))
la utilización de medicamentos (prum)	disponibilidad, calidad, prescripción, dispensación, administración y uso, todas son prevenibles
con medicamentos (prm)	Reacciones adversas medicamentosas prevenibles y no prevenibles
la clasificación del paciente urgente y derivado a consulta externa (reclasificación)	Inadecuada clasificación del triage resolución 5596 del 2015
Diagnóstico	Diagnóstico que no se realiza en el momento adecuado, es ignorado o no es pertinente
Pertenencias del usuario o del cuidador	Extravió de pertenencias del paciente o del cuidador en urgencias
uso de anestésicos	chock anafiláctico Sobredosis de anestésicos locales
reporte de laboratorios	Paraclínicos no correspondientes al paciente
Comportamiento de pacientes	Paciente se escapa de la consulta medica
Sistemas de Información	Fallos en el sistema
Mortalidad intrahospitalaria	Complicación del estado de salud del paciente (ojo) la complicación es propia del paciente, lo demás puede ser evento adverso, indicio de atención insegura, falla de la atención. Incidente o violación.
Reingreso por igual cauda antes de las 72 horas	Dx no adecuado
Administración de un medicamento	(extravasaciones, hematomas, edema, múltiples punciones) Flebitis en sitio de punción Infecciones en el sitio de punción
toma de muestras de laboratorio	(insuficiente, coagulada, mal rotulada, a otro paciente)
Cateterismo vesical	Ruptura de uretra, dificultad para pasar la sonda, etc
Dispositivos médicos	Quemaduras, sobredosis de medicamentos, infecciones, alarmas que reportan parámetros inadecuados

Indicador de seguimiento: el indicador de seguimiento se definió dividiendo el total de EA Gestionados en Urgencias sobre el total de EA presentados durante el mes en el que se presentó el servicio de Urgencias:

EA gestionados en urgencias

Total de EA reportados en el servicio de urgencias

Además, se plasmaron las causas probables por las que se pueden presentar los EA, las barreras preventivas y de protección de cada riesgo identificado.

Hospitalización

Tabla 9. Riesgos identificados Hospitalización

Riesgos relacionados con:	Descripción del riesgo
Caídas de los pacientes	Caída del paciente desde su propia altura, silla o camilla de hospitalización
insumos	Alergias (látex, solución irritante, entre otros)
Utilización de medicamentos (prum)	disponibilidad, calidad, prescripción, dispensación, administración y uso, todas son prevenibles
medicamentos (prm)	Reacciones adversas medicamentosas prevenibles y no prevenibles
Error dx	Diagnóstico que no se realiza en el momento adecuado, es ignorado o es incorrecto.
Uso de anestésicos	chock anafiláctico
Identificación del usuario	Sobredosis de anestésicos locales Atención del paciente equivocado
Pertenencias del usuario o del cuidador	Extravió de pertenencias del paciente o del cuidador en hospitalización
Comportamiento del pacientes	Paciente se escapa de la consulta medica
Sistemas de información	Fallos en el sistema
Mortalidad intrahospitalaria	Estado de salud del paciente
administración de un medicamento endovenoso	(extravasaciones, hematomas, edema, múltiples punciones)
Flebitis en sitios de venopunción	Infecciones en el sitio de punción
Toma de muestras de laboratorio	Insuficiente, coagulada, mal rotulada, a otro paciente
Cateterismo vesical	Complicaciones del procedimiento
Dispositivos médicos	Dispositivos médicos con inadecuado mantenimiento correctivo y preventivo
Reingreso a hospitalización por la misma causa antes de 20 días	Complicación del estado de salud del paciente
Asalto sexual en la institución	Personas en situación de asalto sexual durante la hospitalización
Infecciones intrahospitalarias	estado de salud del paciente
Pacientes con úlceras por presión.	estado de salud del paciente
Suicidio de pacientes o familiares en hospitalización	Muerte de pacientes o familiares en hospitalización
Estancia prolongada.	Estancias no justificadas por el médico tratante o por condiciones socioeconómicas

Indicador de seguimiento: el indicador de seguimiento se definió dividiendo el total de EA Gestionados en Hospitalización sobre el total de EA presentados durante el mes en el que se presentó el servicio de Hospitalización:

EA gestionados en hospitalización

Total de EA reportados en el servicio de hospitalización

Además, se plasmaron las causas probables por las que se pueden presentar los EA, las barreras preventivas y de protección de cada riesgo identificado.

Consulta externa

Tabla 10. Riesgos identificados Consulta externa

Riesgos relacionados con	Descripción del riesgo
La utilización de medicamentos (prum)	Disponibilidad, calidad, prescripción, dispensación, administración y uso. (especificar)
Con los medicamentos (prm)	Reacciones adversas medicamentosas, sucesos indeseables
Insumos	Alergias (látex, solución irrigante)
Error diagnóstico	Diagnóstico que no se realiza en el momento adecuado, es ignorado o es incorrecto.
Caídas del paciente	Caída del paciente a su altura, silla o camilla en consultorio medico
Identificación incorrecta del usuario	Atención del paciente equivocado
Pérdida de pertenencias del usuario	Extravió de pertenencias del paciente en consulta externa
Entrega equivocada de reportes de laboratorio	Paraclínicos no correspondientes al paciente
Fuga de pacientes	Paciente se escapa de la consulta medica
sistema de información	Fallos en el sistema
Dispositivos médicos	dispositivos médicos con inadecuando mantenimiento correctivo y preventivo

Indicador de seguimiento: el indicador de seguimiento se definió dividiendo el número de pacientes que presentaron EA durante el mes sobre el total de pacientes a los que se les prestó el servicio:

EA gestionados en consulta externa

Total de EA presentados en el servicio de consulta externa

Además, se plasmaron las causas probables por las que se pueden presentar los EA, las barreras preventivas y de protección de cada riesgo identificado.

Fisioterapia

Tabla 11. Riesgos identificados Fisioterapia

Riesgos identificados	Descripción del riesgo
Caídas de los pacientes	Caída del paciente desde su propia altura, silla o camilla de fisioterapia
los insumos	Alergias (látex, solución irritante, entre otros))
la utilización de medicamentos (tópicos) (prum)	disponibilidad, calidad, prescripción, dispensación, administración y uso, todas son prevenibles
Error dx	Diagnóstico que no se realiza en el momento adecuado, es ignorado o es incorrecto.
anestésicas (tópicas)	chock anafiláctico
	Sobredosis de anestésicos locales
Identificación incorrecta del usuario	Atención del paciente equivocado
Pérdida de pertenencias del usuario o del cuidador	Extravió de pertenencias del paciente o del cuidador en fisioterapia
Fuga de pacientes	Paciente se escapa de la consulta durante la sesión de fisioterapia
sistema de informacion	Fallos en el sistema
administración de un medicamento (extravasaciones, hematomas, edema, múltiples punciones) dispositivos médicos	Inconformidad del usuario
	fallas en la atención asociada a dispositivos médicos
Contacto con elemento eléctricos o térmicos	Quemaduras al usuario por contactos con elementos eléctricos o térmicos
Riesgos ergonómicos	Complicación del estado de salud del usuario
Lesiones provocadas por fallas	Lesiones en el paciente por elementos que se encuentren en el consultorio

Indicador de seguimiento: el indicador de seguimiento se definió dividiendo el total de EA Gestionados en Fisioterapia sobre el total de EA presentados durante el mes en el que se presentó el servicio de Fisioterapia:

EA gestionados en el servicio de fisioterapia

Total de EA presentados servicio de fisioterapia

Además, se plasmaron las causas probables por las que se pueden presentar los EA, las barreras preventivas y de protección de cada riesgo identificado.

Almacenamiento y equipos estériles

Tabla 12. Riesgos identificados Almacenamiento y equipos estériles

Riesgos relacionados con:	Descripción del riesgo
Contaminación del material estéril	Material estéril en malas condiciones
Equipo de esterilización inadecuado	Contaminación del material estéril
Inadecuado transporte del material estéril	Contaminación del material estéril
Limpieza inadecuada de la central de esterilización	Contaminación del material estéril

Indicador de seguimiento: el indicador de seguimiento se definió dividiendo el total de EA Gestionados en Almacenamiento y equipos estériles sobre el total de EA presentados durante el mes en el que se presentó el servicio de Almacenamiento y equipos estériles:

EA gestionados en almacenamiento estéril

Total de EA reportados en el almacenamiento estéril

Además, se plasmaron las causas probables por las que se pueden presentar los EA, las barreras preventivas y de protección de cada riesgo identificado.

Aquí termina formalmente la etapa de identificación y evaluación de riesgos de cada uno de los servicios realizados, ya el siguiente paso es el trabajo de gestión, que corresponde a los líderes de cada servicio a futuro, ellos se encargarán de definir las acciones de mejora de acuerdo con la importancia del riesgo. No todos los riesgos se podrán eliminar, pero sí una buena parte de ellos. Otros, serán atendidos con el objetivo de minimizar su impacto, algunos serán trasladados o compartidos y, otros, a ser posible el menor número de ellos, tendrán que ser aceptados.

Cada una de las etapas completadas hasta ahora debe ser documentada y conservar los registros que sean necesarios. El registro histórico es tan importante como la labor misma. La gestión de riesgos es una tarea cíclica, que no concluye nunca. De ahí la importancia de conservar la memoria de las actuaciones realizadas. Esto será de especial importancia cuando se inicie nuevamente el ciclo y sea preciso identificar y evaluar riesgos en cada uno de los servicios nuevamente. En ese momento se

identificará que algunos riesgos ya no existen, otros permanecen latentes, han aparecido nuevas amenazas, y algunos riesgos han descendido en su categoría de importancia, en tanto que otros pueden ascender. Pero la información obtenida también resulta útil para producir instrucciones de trabajo, manuales de funcionamiento, planes de acción, informes, políticas.

El perfil del riesgo se estima de 1 a 100, es una fórmula matemática que permite identificar si es baja (calificación entre 1 a 16) moderada (calificación entre 17 a 24), alta (calificación de 25 a 48) y, si es mayor de 48 se considera zona de riesgo extremo.

La finalidad del desarrollo de la matriz es que llenando los datos se pueda identificar cuáles son las zonas de riesgo extremo, catastrófico o moderado para empezar a intervenir o hacer actividades que promuevan la prevención de la ocurrencia de EA.

7.2.3 Capacitación matriz de riesgo

La guía técnica de buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención de la salud (7), establece en su numeral 4.1.1.2 la necesidad de crear una promoción de la cultura de seguridad basada en valores, actitudes, percepciones, competencias y patrones de comportamiento. En este sentido, los líderes de cada área realizaron capacitación a sus colaboradores con el fin de conocer de manera detallada la matriz de gestión de riesgo para incentivar la cultura del reporte. De esta manera, se puede conocer, caracterizar y cuantificar los EA y direccionar de manera oportuna las acciones tendientes a la prevención, mitigación, aceptación o eliminación de los riesgos identificados.

Dentro de la capacitación se sensibiliza a los equipos de las diferentes áreas en la importancia del reporte de los EA sin miedo, con el fin de avanzar en las acciones de mejora de la prestación del servicio.

7.3 Diseño e implementación de sistemas de información

El 30 de agosto del 2023, con el acompañamiento del personal médico y alta gerencia como se evidencia en el acta de reunión presentación del proyecto (Anexo 12), con el fin de iniciar intervenciones en materia de seguridad del paciente y socialización de

los elementos del programa y la política se propone la construcción colectiva del formato de reporte de EA, mediante material audiovisual se explican conceptos claves especificados en la política de seguridad del paciente de la ESE y se socializa el bosquejo del nuevo formato de reporte de EA.

Mediante un proceso de referenciación con el formato de reporte de EA de otras IPS y la revisión del formato manual que tiene la ESE, se realiza una propuesta adaptada de un nuevo formato de reporte, gestión y análisis de EA (Anexo 13. Formato Forms reporte de EA), con la participación activa del personal médico y de enfermería se realizan ajustes y se discute con la GESIS el diseño mediante ayudas sistematizadas de manera que su diligenciamiento sea amigable, el medio electo fue Google Forms, el cual tendrá un link de acceso en todos los computadores de la ESE, así mismo se realiza y se socializa esta nueva herramienta con su respectivo manual con el fin de que los colaboradores tengan conocimiento del formato de reporte de EA, aquí se inicia de manera sincrónica la aplicación de intervenciones educativas conforme se socializan estos nuevos formatos.

7.3.1 Formato de Reporte

Durante el proceso de reporte de una situación de salud ocurrida en la institución, se detallan minuciosamente cada una de las variables involucradas. Este proceso se inicia con la identificación del evento, la ubicación dentro de la sede y el servicio de atención donde ocurrió. Se registran los datos de identificación del paciente afectado y se describe en profundidad la situación de salud que se presentó.

Luego, se investigan las posibles acciones inseguras y las barreras que pudieron haber fallado, con el objetivo de comprender las causas subyacentes del evento. Se indaga sobre las acciones tomadas inmediatamente después de la ocurrencia del evento y se evalúa si estas fueron apropiadas y efectivas.

Finalmente, se procede a clasificar la naturaleza del evento, determinando si se trata de un EA, un incidente o una complicación, así como el grado de severidad y el impacto que tuvo en el paciente. Esta primera fase del proceso de reporte es crucial para proporcionar una descripción detallada y precisa de la situación, lo cual facilita el análisis e investigación posterior.

7.3.2 Formato de investigación y cierre de casos EA

Durante el análisis de un incidente, cada uno de estos elementos se examina detalladamente y de forma individual, comenzando por las acciones inseguras y las barreras que fallaron, para luego abordar la cultura y los procesos organizacionales. La primera etapa del proceso de análisis siempre implica identificar las acciones inseguras realizadas por las personas encargadas de llevar a cabo la tarea. Las acciones inseguras son aquellas acciones u omisiones que tienen el potencial de causar un EA.

Posteriormente, se considera el contexto institucional general y las circunstancias en las que se produjeron los errores conocidos como factores contributivos. Estos factores son condiciones que predisponen a la ejecución de acciones inseguras, como la carga de trabajo y la fatiga, la falta de conocimiento, habilidades o experiencia adecuadas, la supervisión o instrucción insuficientes, un entorno estresante, cambios rápidos dentro de la organización, sistemas de comunicación deficientes, una planificación o programación de turnos incorrecta o inadecuada, y un mantenimiento insuficiente de equipos e instalaciones.

7.3.3 Diseño de implementación de estrategias del programa de seguridad del paciente

El diseño de estrategias de implementación parte del despliegue de actividades educativas, como un factor relacionado a la educación continua y el fortalecimiento de competencias del personal asistencial y no asistencial.

La implementación de las intervenciones se produjo mediante actividades educativas; se desarrolló bajo los principios de la educación en salud abarcando los siguientes temas: socialización de la política de seguridad del paciente, conceptos claves para la seguridad, identificación de principales riesgos asociados a cada servicio, reporte, gestión, canalización y seguimiento de EA.

Una vez establecidas las temáticas a desarrollar, se definieron los talleres necesarios para cumplir con el proceso formativo del personal asistencial. Dentro de estos talleres se establecieron los objetivos de aprendizaje, contenidos específicos,

metodología a emplear, duración y evaluación de los encuentros; lo anterior como parte del diseño del programa institucional de formación.

Tabla 13. Intervenciones educativas por temáticas en materia de seguridad del paciente

MÓDULO UNO: socialización de conceptos claves y herramientas de reporte y gestión de EA			
Tema de capacitación	Responsable	Estrategia didáctica	Evaluación
Socialización de política de seguridad del paciente y conceptos claves	Estudiantes de Maestría	Diapositivas, computadora, proyector, videos, marcadores, hojas, lapiceros, casos de estudio.	Test posterior Evidencia fotografía Test de asistencias
Socialización de instrumentos de reporte y gestión de EA	Estudiantes de Maestría	Diapositivas, computadora, proyector, videos, marcadores, hojas, lapiceros, casos de estudio.	Evidencia fotografía Test de asistencias Ejercicio práctico de reporte y gestión
MÓDULO DOS: Capacitaciones por temática de reportes identificados			
Capacitación virtual con temática de manejo de heridas	Conferencista en manejo de Heridas	Diapositivas, computadora, proyector, videos, marcadores, hojas, lapiceros,.	Test posterior Evidencia fotografía Test de asistencias
Capacitación de manejo de pacientes de crisis asmática	Médica de la ESE	Diapositivas, computadora, proyector, videos, marcadores, hojas, lapiceros, casos de estudio, Ejemplo de casos clínicos	Test posterior Evidencia fotografía Test de asistencias
Actualización y socialización de protocolo de venopunción y Actualización y socialización de protocolo de fuga de paciente	Estudiantes de Maestría-Asesora de Calidad	Diapositivas, computadora, proyector, videos, marcadores, hojas, lapiceros, casos de estudio, Ejemplo de casos clínicos	Test posterior Evidencia fotografía Test de asistencias
Documentación del proceso de inducción y reinducción y socialización con personal	Estudiantes de Maestría-Asesora de Calidad	Diapositivas, computadora, proyector, videos, marcadores, hojas, lapiceros.	Test posterior Evidencia fotografía Test de asistencias
Taller educativo de los 10 correctos en enfermería y Capacitación de material de sutura	Jefe de Enfermería-equipo de Auxiliares	Diapositivas, computadora, proyector, videos, marcadores, hojas, lapiceros. Plegable con los 10 correctos, pegados en cada servicio	Test posterior Evidencia fotografía Test de asistencia
Capacitación en farmacovigilancia	Especialista en Química Farmacéutica	Diapositivas, computadora, proyector, videos, marcadores, hojas, lapiceros	Test posterior Evidencia fotografía Test de asistencia

Para mayor adherencia se realizan pruebas piloto y ejercicios de diligenciamiento con representantes de cada servicio, con un EA que hayan detectado o con una situación específica con el fin de afianzar la utilización del nuevo formato.

7.3.4 Revisión inicial de reporte de incidentes de EA

A partir del mes de agosto del año 2023, se comparte link de formato de diligenciamiento de reporte de EA, en cada computador de la ESE, realizando seguimientos cada mes de los eventos reportados por cada servicio.

Al analizar los datos estadísticos se encontraron los siguientes resultados:

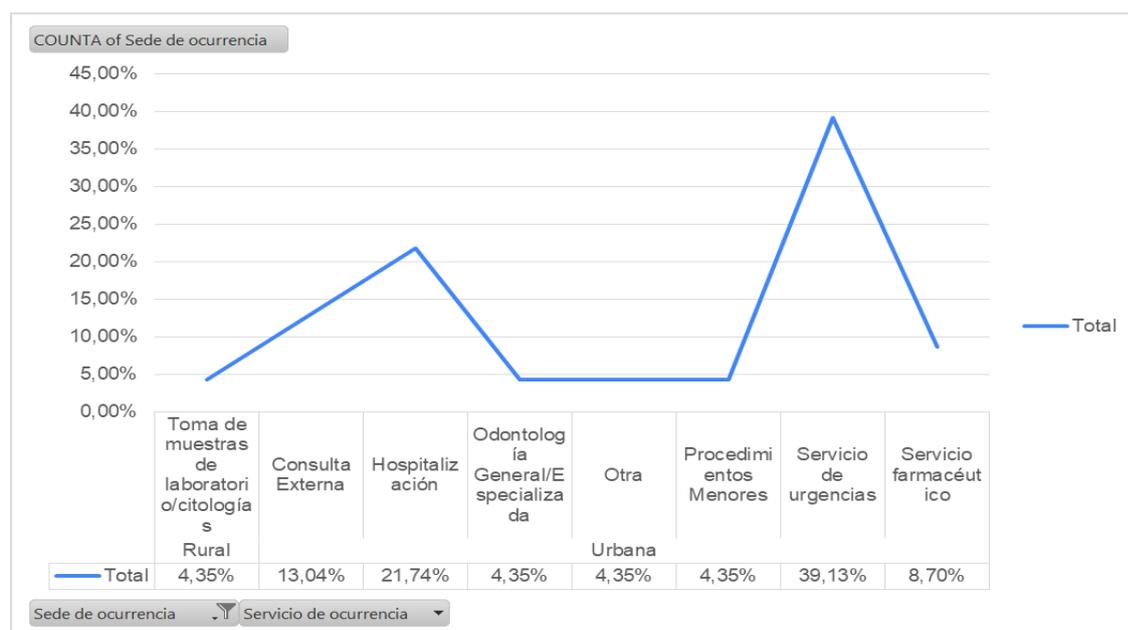
Figura 7. Distribución de la cantidad de eventos reportados en la ESE Hospital San Rafael durante agosto de 2023 hasta marzo de 2024



Durante el periodo de 8 meses, se registraron un total de 23 reportes de EA. Se observó una mayor cantidad de reportes en los meses de enero y marzo de 2024, representando el 22% y el 23% respectivamente. En contraste, el mes con la menor cantidad de reportes fue septiembre de 2023, donde no se registró ningún reporte, representando un 0% del total. Se presume que este aumento en los meses siguientes podría deberse a las intervenciones educativas y de socialización en

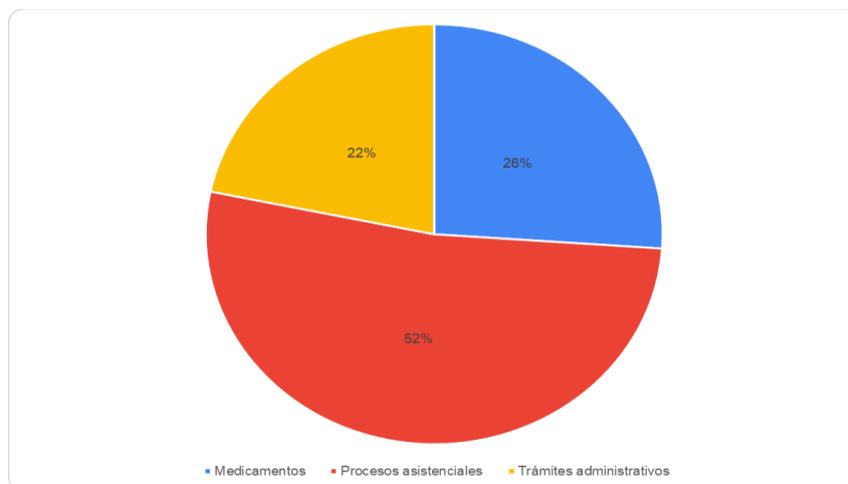
materia de seguridad del paciente implementadas durante ese periodo como se evidencia en la figura 7.

Figura 8. Distribución por servicio y localidad de EA reportados en la ESE Hospital San Rafael durante agosto de 2023 hasta marzo de 2024



La figura 8 muestra la distribución de reportes de EA según la ubicación de la sede, ya sea urbana o rural. Se observa que la sede urbana concentra el mayor número de reportes, siendo el servicio de urgencias el que registra una mayor proporción con un 39.13%. En contraste, el servicio de odontología presenta la menor cantidad de reportes en esta sede. Por otro lado, en la zona rural, el servicio de toma de muestras de laboratorio representa solo un 4.5% de los reportes totales. Este gráfico lineal destaca las diferencias en la distribución de reportes entre las sedes urbana y rural, así como entre los diferentes servicios dentro de cada sede.

Figura 9. Relacionamiento de los EA reportados en la ESE Hospital San Rafael durante agosto de 2023 hasta marzo de 2024



La figura 9 revela la distribución de los EA en relación con sus categorías correspondientes. Se destaca que el 52.2% de los EA están asociados a procesos asistenciales, siendo los más comunes la flebitis, caída de pacientes y fugas. Por otro lado, el 22% se relaciona con incidentes o fallas administrativas, entre los que se incluyen citas asignadas erróneamente. Además, el 26% de los EA están relacionados con situaciones de salud asociadas a medicamentos. Este gráfico circular proporciona una visualización clara de la distribución de los EA según su categoría, lo que permite identificar las áreas de mayor incidencia y enfoque para mejorar la seguridad del paciente.

El análisis comparativo entre el número de eventos reportados durante el año 2022 y los 8 meses posteriores a la implementación del nuevo formato, junto con el despliegue de estrategias destinadas a fomentar la cultura y el compromiso de reporte, revela un aumento significativo del 283% en el número de reportes emitidos por la ESE. Todos los reportes generados hasta la fecha han sido debidamente clasificados y gestionados, cada uno con su respectivo plan de mejora.

Es importante destacar que, en contraste con el año 2022, durante el cual se reportaron únicamente 6 casos, y el inicio del 2023, período en el que no se reportó ninguno, se ha observado una notable adherencia y participación por parte de otros servicios. Servicios como: odontología, urgencias, hospitalización, farmacia y

procedimientos menores, que previamente no realizaban reportes, ahora también están contribuyendo activamente al proceso de reporte de eventos.

7.3.5 Aplicación fase de actividades educativas

Durante la fase de implementación, se realizaron encuentros presenciales y virtuales, una vez al mes desde los meses de julio del 2023 a marzo del 2024, que permitieron dar cumplimiento al cronograma 95% establecido. A continuación, se describen los resultados obtenidos en su desarrollo:

Para la planeación de la actividad se realizó una lectura y análisis de la documentación que tiene la institución respecto al programa y política de seguridad del paciente, la ESE hospital San Rafael cuenta con un programa de seguridad el paciente redactado por el comité de calidad en el año 2020, bajo el título de programa de seguridad el paciente, consta de 47 páginas dentro de las cuales data la bibliografía y conceptos referentes a seguridad del paciente, y plantea 7 objetivos:

1. Establecer políticas institucionales encaminadas hacia una atención segura.
2. Prevenir la ocurrencia de EA en los procesos de atención en salud, mediante el despliegue de metodologías científicamente probadas y la adopción de herramientas prácticas que mejoren las barreras de seguridad y establezcan un entorno seguro de la atención en salud.
3. Promover dentro de la institución una cultura del reporte de EA.
4. Analizar los EA reportados en las diferentes áreas de la institución.
5. Establecer planes de mejoramiento basados en el análisis de los EA reportados.
6. Reducir costos de la no calidad secundaria a la ocurrencia de un evento adverso.
7. Elaborar y dar a conocer programas educativos para la seguridad del paciente.

Teniendo como referencia los ejes y modelos planteados se busca iniciar las estrategias de implementación de la política y programa que plantea el comité de calidad, por ello se crea presentación mediante el aplicativo de CANVA (Anexo 14. socialización del programa y política de seguridad del paciente), para la socialización de la política y programa de seguridad del paciente de la institución.

9.3.5.1 Resultado del test

Al inicio de la actividad no había claridad de la existencia de la política de seguridad del paciente, y se presentaba un evidente desconocimiento respecto a la conceptualización de los términos EA, incidentes y prácticas seguras los resultados obtenidos se presentan a en la tabla 14:

Tabla 14. Comparativo de resultado de pre-test y post aplicado en conceptos básicos de seguridad del paciente

Tema evaluado	Pretest -septiembre 2023		Pos-test septiembre 2023
	N	% de personas que obtuvieron puntaje mayor a 80	%de personas que obtuvieron puntaje mayor a 80
política de seguridad del paciente	23	30%	80%
Conceptos	23	25%	75%

Los resultados del post test, en comparación con la prueba piloto, en cuanto al conocimiento de la política de seguridad del paciente y conceptos clave, revelaron una línea base positiva en cuanto a la receptividad de la información proporcionada al personal de la institución. Después de la capacitación, se aplicó un nuevo test y se observó que el 77% de los participantes respondió correctamente en el cuestionario aplicado sobre las variables relacionadas con la política de seguridad del paciente y los conceptos asociados.

7.3.5.2 Capacitaciones por temática de reportes identificados

Conforme se realizan la gestión e investigación de reportes de EA se identifican los eventos reincidentes y las fallas en lo que concierne a la socialización de protocolos y guías.

- *Capacitación híbrida con temática de manejo de Heridas*

La sesión se desarrolló de manera híbrida a través de una mesa de trabajo y conexión de otros participantes por medio virtual. Se realizó el contacto con CAMEO HERIDAS (empresa dedicada al tratamiento y prevención de heridas) para la capacitación en lo

que refiere a la descripción y manejo de heridas en medicina y enfermería, la exponente realizó dinámicas con los participantes en la que estos compartieron conocimientos y dudas en los que refiere a la descripción y clasificación de las heridas y su relación en la ocurrencia de EA en el servicio de urgencias. Posteriormente se aplican test de la temática vista, como se evidencia en el Anexo 15. Presentación de Manejo de heridas y Anexo 16. test de Manejo de heridas.

- *Capacitación de manejo de pacientes de crisis asmática*

En este encuentro una de las médicas de la ESE fue la encargada de realizar la presentación de la temática de manejo de pacientes de crisis asmática mediante ayuda visual de Power point, conforme se desarrollaba la sesión se realizaba participación constante de lo que podría surgir en la institución y cómo se resolvieron mediante la aplicación de protocolos y guías como se evidencia en el Anexo 17. Presentación de manejo de crisis asmática Y Anexo 18. test de manejo de crisis asmática.

Al finalizar la sesión, se expusieron las enseñanzas que este evento generó para el equipo y las propuestas encaminadas a mejorar la comunicación en el equipo de trabajo y la adherencia a los protocolos de seguridad del paciente.

- *Actualización y socialización de protocolo de venopunción y Actualización y socialización de protocolo de fuga de paciente*

Durante esta jornada presencial, se realiza socialización de los principales EA identificados y reportados, con antelación se realiza revisión del protocolo de venopunción y pérdida o fuga de paciente, se realiza una actualización conforme a los requisitos del protocolo y hoja de ruta en caso de ocurrencia.

Inicialmente se presentan y socializan los protocolos reestructurados y anteriormente evaluados por la jefe de Enfermería y asesor de calidad y se avalan los cambios, conforme se socializan términos y prácticas de seguridad, en lo referente a protocolo de venopunción y reporte de flebitis (Anexo 19), Anexo 20. capacitación Flebitis y Anexo 21. Protocolo de pérdida o fuga de paciente. Posteriormente los participantes realizaron un ejercicio de juego de roles recreando una situación ocurrida en el

servicio de urgencias durante un turno, que implicó a un paciente que se fugaba con ayuda de sus acompañantes, inmediatamente, fue activado el protocolo de pérdida y fuga de paciente para estas situaciones.

Durante el proceso de retroalimentación, se dirigió a los participantes para que identificaran cuál debió ser la mejor forma de actuar de cada uno de los roles representados. Dentro de los conceptos que se aclararon y fortalecieron estuvo la comunicación, cómo calmar la ansiedad y cómo actuar en lo que refiere a dar aviso a las autoridades y la descripción en la historia clínica (Anexo 22. test de protocolo de venopunción) y (Anexo 23. Test de protocolo de fuga y pérdida de paciente).

- *Documentación del proceso de inducción, reinducción y socialización con personal*

Esta sesión se planeó con el objetivo de crear un formato y ruta de inducción y reinducción (Anexo 24. Ruta Inducción Hospital Santo Domingo 2024), ya que actualmente no se tenía documentación de esto, de igual manera fue un instrumento que se redactó para hacer partícipes a los nuevos colaboradores que se integraban a la institución como personal asistencial y no asistencial, mediante proceso de referenciación con protocolo de inducción y reinducción de otras instituciones, se documentó el protocolo y la hoja de ruta de los estamentos que deben ser socializados en el proceso de inducción y entrenamiento. Así mismo, se desplegó nuevamente la socialización del programa y política de seguridad del paciente y avances obtenidos a la fecha mediante presentación en Power point Anexo 25. Proceso de inducción y reinducción como data en las evidencias de asistencia.

- *Taller educativo de los 10 correctos en Enfermería y Capacitación de material de sutura*

Esta sesión realizada de manera presencial incentivó desde su fase de sensibilización a que los participantes reflexionaran del autoconocimiento como parte fundamental para reforzar su rol como responsables de vidas. A través de los tips informativos impartidos por las auxiliares de enfermería de la ESE, se explicó de manera detallada y con ejemplos de la vida cotidiana, cómo la verificación de los 10 correctos y la integración del equipo asistencial es una estrategia fundamental para lograr

atenciones seguras, así mismo la comunicación entre médico y auxiliar es el eje esencial del desarrollo clínico. Al finalizar se entrega material didáctico tipo póster (Anexo 26. Los 10-correctos de la atención) en el servicio de urgencias y crecimiento y desarrollo.

La médica líder complementa la sesión con una estrategia educativa en lo que refiere a las suturas y documenta cuales suturas se manejan en la institución y cómo es su uso dependiendo del área del cuerpo y del tejido. Esta sesión se realiza mediante presentación en Power Point (Anexo 27. Capacitación en suturas), durante la intervención se realizó socialización de casos clínicos específicos.

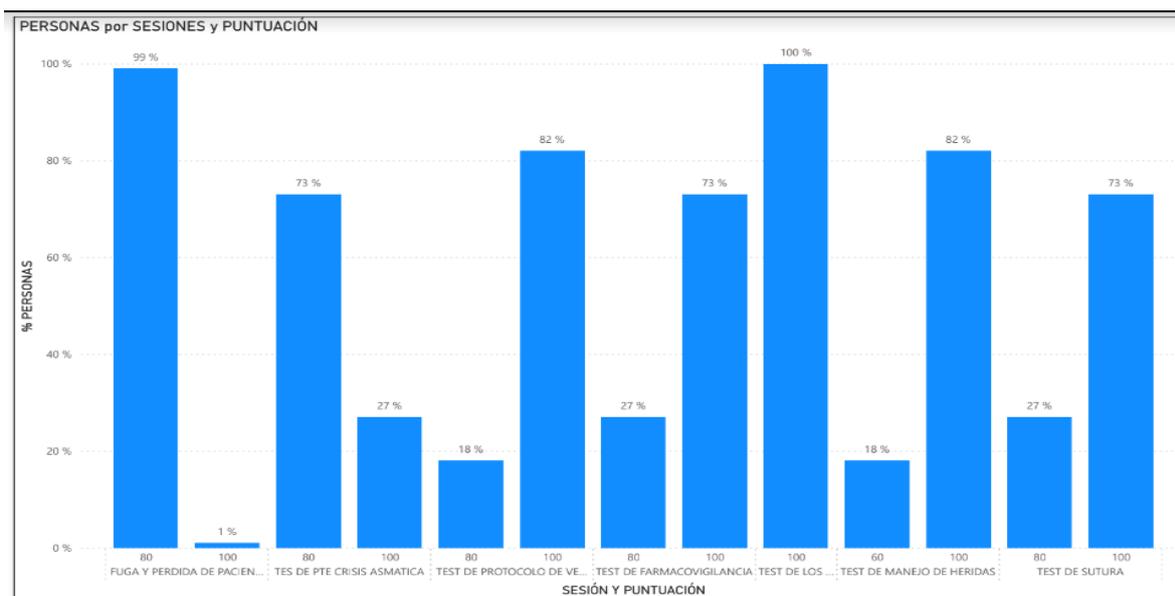
- *Capacitación en Farmacovigilancia*

Esta sesión se realiza de manera virtual mediante la plataforma Google Teams, con la intervención de un especialista en la temática de Farmacovigilancia, se abarcaron temáticas de EA asociadas a medicamentos y su notificación en la plataforma nacional del Vigiflow, asimismo se realizan dinámicas de conocimientos previos y de expectativas enmarcadas de la conferencia, el material didáctico utilizado fue Canva (Anexo 28. Presentación Farmacovigilancia).

7.3.5.2 Evaluación de las sesiones

Al concluir cada sesión, se solicitó a los participantes que completaran un cuestionario para evaluar la efectividad y la adherencia a los temas discutidos. Esto permitió que de manera voluntaria y pública se evaluará la experiencia y los conocimientos adquiridos. Cada cuestionario constaba de 5 preguntas, con un total de puntuación de 100 puntos. Además, los ítems variaron según la temática discutida en la sesión respectiva como se evidencia en la figura 10.

Figura 10. Puntuaciones de los test realizados en cada sesión realizada.



Según el análisis de la figura 10, se destaca que la experiencia durante las intervenciones educativas alcanzó un promedio de 88 puntos. Esto significa que la mayoría de los participantes que completaron los test obtuvieron puntuaciones iguales o superiores a 80 puntos, lo cual indica un alto nivel de comprensión y retención de la información impartida. Sin embargo, en la sesión sobre manejo de heridas, se observó que un 18% de los participantes obtuvieron una puntuación inferior, igual a 60 puntos. A pesar de este hallazgo, se puede afirmar que las sesiones en su conjunto mostraron una adecuada adherencia a las socializaciones, y la información proporcionada previamente al encuentro fue considerada clara y adecuada por la mayoría de los participantes.

En cuanto a la evaluación de los expositores, los participantes expresaron un total acuerdo en cuanto a su desempeño. Manifestaron que los expositores dominaban el tema, comunicaban de manera clara y efectiva, fomentaban la participación y mostraban cómo aplicar el contenido en el entorno laboral.

Al evaluar la relevancia del programa, los participantes percibieron que las actividades se llevaron a cabo en el momento oportuno y que contribuyen significativamente al aumento de sus conocimientos. En la evaluación global, consideraron que la actividad fue de muy buena calidad y estuvieron totalmente de acuerdo en este punto.

8. Discusión

- Descripción del programa de seguridad del paciente en comparación con otros autores

Este trabajo de intervención inicialmente permitió identificar ciertas situaciones que develan la percepción de seguridad, vacíos conceptuales en materia de seguridad del paciente y la problemática de subnotificación de EA en la ESE Hospital San Rafael de Santo Domingo Antioquia (35).

Los EA son situaciones complejas que impactan a los pacientes, las instituciones y los profesionales de la salud que trabajan en ellas. Sus causas están relacionadas con una variedad de factores que involucran tanto la organización como los profesionales de la salud.

Según Nazario y otros (36) entre las dificultades que afectan la implementación de los programas de seguridad del paciente y la notificación de los EA se incluyen la escasez de recursos materiales y humanos, el miedo o la vergüenza, una actitud institucional punitiva, la falta de protección, la ausencia de incentivos para la notificación y las deficiencias en el conocimiento de los profesionales.

Dentro de lo que podría considerarse como debilidades o áreas de mejora en la percepción de la seguridad del paciente, se encontraron varios datos relevantes. Gil Aucejo y Martínez Martín en su artículo “Valoración de la cultura de seguridad del paciente” ha observado una baja tasa de notificación de EA a lo largo del último año. Este resultado podría estar relacionado con varios factores, como la falta de protocolos establecidos para la comunicación de EA o el desconocimiento de estos. Además, la ausencia de un entorno y una cultura de apertura en los que se fomente y agradezca la transmisión de esta información y en los que no se culpe al individuo por hacerlo, lo que también podría contribuir a esta situación (37).

Tras analizar los datos de este trabajo de intervención, se observa que, aunque la mayoría de los encuestados considera positiva la seguridad del paciente y la

comunicación de errores en la atención médica, un gran porcentaje [30 %/] desconoce la existencia del programa de seguridad del paciente y del formato de reporte de EA. Es crucial destacar que, si bien era común encontrar durante el acompañamiento de las encuestas que los participantes intuían que el hospital debía tener por norma estos programas; el 79% definió adecuadamente el concepto de EA como un daño en la salud posterior a la atención de manera no intencional.

Además, se evidencia que el 93% de la población encuestada no ha realizado ningún reporte durante el año 2022 y los primeros meses del 2023 en su centro de trabajo. Entre los encuestados que sí han realizado reportes en alguna ocasión [7%], se destaca la participación del servicio de Enfermería. Estos resultados coinciden con los obtenidos por Pérez Carrión, Machado F, Calvo T y Osuna E, en su artículo "Notificación de eventos adversos". Las coincidencias se observan en los siguientes aspectos: la mayoría de los profesionales encuestados considera positiva la comunicación de errores en la asistencia sanitaria para la seguridad del paciente, casi la mitad de ellos [47,9 %] desconoce la existencia del Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente. El 78,5% de los encuestados no ha revelado nunca un error médico en su centro de trabajo, sin diferencias significativas en relación con el sexo, la edad o el centro gestor (35).

La notificación y análisis de EA, es una potente herramienta para la implantación de medidas seguras que ayuden a prevenir su ocurrencia. En la medición inicial de esta intervención se muestra una cifra alta de infra notificación, similar a la publicada en otros estudios [77,8% y 90,2%] (38, 39). En líneas generales, suele realizar más notificaciones el personal que tiene más contacto con pacientes (el personal de enfermería) que quienes no lo tienen [49% vs. 28%, respectivamente] y en los/las que llevan más años trabajando. La formación y el entorno cultural pueden influir en los comportamientos relacionados con la notificación de EA.

Efectivamente, las cifras mencionadas reflejan una preocupante falta de compromiso por parte del personal en lo que respecta a la seguridad del paciente. Esta situación puede estar motivada por diversas razones, como el temor a represalias por parte de los superiores, la preocupación por la pérdida de credibilidad profesional, o simplemente, la falta de conocimiento sobre la existencia de sistemas de

notificación dentro de las instituciones (40). Es crucial abordar estas preocupaciones y brindar un entorno seguro y de apoyo para fomentar la participación activa del personal en la notificación de EA y en última instancia, mejorar la seguridad del paciente.

El principal aporte de este proyecto radica en proporcionar una comprensión de la percepción de los colaboradores de la ESE Hospital san Rafael del programa de seguridad del paciente. A partir de lo identificado, se propusieron e implementaron estrategias o acciones para mejorar la seguridad del paciente (SP) en la ESE.

- Identificación de riesgos en la atención

Respecto al segundo objetivo de este trabajo de intervención, se puede señalar que a medida que las organizaciones inician nuevos proyectos, comienzan a operar en un área de incertidumbre que acompaña al desarrollo de productos o servicios nuevos. El propósito de la matriz de Gestión de Riesgos asistenciales es establecer que el personal de la ESE identifique los riesgos y desarrolle estrategias para mitigar o evitar dichos riesgos y en el caso que se materialice alguno de ellos, tener las medidas correctivas en el momento.

Durante el desarrollo de este proyecto se llegó a identificar las características principales que debe contener una matriz de riesgos asistenciales, como lo son: las categorías para identificación de riesgos que se recomiendan en el sector salud, abarcando los diferentes servicios priorizados en el cual se adecuó los rangos numéricos asociados a la cuantificación de la probabilidad e impacto para la priorización de los riesgos, las estrategias sugeridas por diferentes fuentes para dar respuesta a situaciones de incertidumbre que representan amenazas u oportunidades al desarrollo del proyecto.

Según Allan (2001), el riesgo constituye una posibilidad y una probabilidad de daños relacionados con la existencia de determinadas condiciones en la sociedad, o en el componente de la sociedad bajo consideración (individuos, familias, comunidades, ciudades, infraestructura, etc.). El riesgo es, en consecuencia, una condición latente que capta una posibilidad de pérdidas hacia el futuro. Esa posibilidad está sujeta a análisis y medición en términos cualitativos y cuantitativos (41).

La anterior conclusión es ratificada y ampliada por Rodríguez (2007) al indicar que los riesgos constituyen una posibilidad y una probabilidad que se pueden identificar y describir en varios niveles, y puede haber una diferencia considerable entre proyectos u organizaciones distintas (41).

Bunny (1999) sugiere que, desde el punto de vista matemático, el efecto combinado de la probabilidad de ocurrencia de un evento no deseado y la magnitud de ese evento puede ser representado por la siguiente fórmula:

Riesgo = Peligro * Probabilidad de ocurrencia

En esta definición se da cabida no sólo a las pérdidas, sino también a los potenciales beneficios y oportunidades que el entorno ofrece. Esto es, si se considera que la decisión de asumir un determinado riesgo no significa de manera alguna que la parte obligada vaya a sufrir únicamente una pérdida. La responsabilidad de soportar la carga de un determinado riesgo puede de igual manera generar un beneficio para la parte que lo asume (41).

La matriz de riesgos permite categorizar cada uno de los riesgos que pueden afectar la ejecución de la atención a nuestros usuarios y así priorizar cada uno de ellos para tomar las medidas adecuadas y pertinentes al momento de gestionar los riesgos relacionados con la atención de todo el personal de la institución y la seguridad del paciente, es por esto que dentro de las actividades de intervención se priorizó realizar un matriz de riesgos asistenciales teniendo en cuenta las variables y características de otras instituciones y también cada uno de los lineamientos que nos brinda el Minsalud en las normas en relación al SOGC con el objetivo de mejorar la atención al usuario, la seguridad del paciente, disminuir, evitar errores en la atención y cumplir con indicadores de calidad a nivel nacional, dicha matriz está diseñada de tal forma que se evalúe el impacto de cada riesgo en el momento que se presente y se priorice teniendo en cuenta la puntuación.

Según el trabajo de grado “gestión de riesgos en proyecto de investigación” (42) describe que la gestión de riesgos es una intervención que en ocasiones se subestima dentro de las instituciones y por lo tanto se les brinda poca relevancia e importancia debido a la escasa cultura de riesgos existentes en las diferentes actividades al

interior de las instituciones, dentro de esas causas se encuentra la falta de cultura de identificación de riesgos y esto hace que no sepan utilizar las diversas herramientas pertinentes y dispuestas para una correcta gestión de riesgos, cabe resaltar que durante el tiempo de intervención en este proyecto la adherencia de todo el personal hacia la matriz de riesgos asistenciales supera el 90%, esto se pudo evidenciar en el aumento de reportes de EA, la calidad del dato al momento del reporte y la oportuna identificación de los riesgos, siendo esta una de las mayores ganancias comprobadas.

- Sistema de notificación un punto clave para aprender de los errores

Actualmente, la seguridad del paciente se ha convertido en una prioridad tanto para las autoridades sanitarias como para los sistemas de salud en todo el mundo. En 2001, la OMS estableció la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, y desde entonces, numerosos países, incluido el nuestro, han publicado directrices y políticas en este sentido. Las estrategias internacionales en materia de seguridad del paciente se centran en dos grandes áreas: promover un cambio cultural entre los profesionales de la salud y la implementación de prácticas seguras (43).

Otros autores como Botelho et al (36) hacen hincapié en la creciente necesidad de implementar estrategias educativas dirigidas a los profesionales de la salud. Estas estrategias tienen como objetivo garantizar el cumplimiento de los objetivos establecidos en el tercer desafío global de la OMS relacionado con la seguridad del paciente (36).

Por su parte Menéndez D Rancaño (11) indican que la creación de sistemas de registro y notificación de problemas de seguridad junto a capacitación del personal constituyen una estrategia clave para aprender de los errores en materia de seguridad y evitar su recurrencia en el contexto de la mejora continua. Actualmente no hay unanimidad sobre cuál es el sistema de notificación ideal. Sin embargo, se deben enfocar hacia la mejora de la seguridad de manera voluntaria, tendiendo a centrarse en los incidentes (donde no ha habido daño) o en errores que han producido daño mínimo. Su objetivo principal es identificar áreas o elementos vulnerables del sistema antes de que se produzca el daño en los pacientes y formar a los profesionales sobre lo aprendido con el análisis de múltiples casos.

Por otra parte, la implementación de la matriz de identificación y gestión del riesgo debe de ser visto como una herramienta predictiva y de seguimiento a los diferentes riesgos que se pueden materializar en cada uno de los servicios, permitiendo la identificación, evaluación y priorización los riesgos potenciales, garantizando la seguridad del paciente y mejorando la calidad de la atención. Al anticipar y mitigar errores médicos, fallos en equipos y otros eventos adversos, optimiza el uso de recursos, asegura el cumplimiento normativo y fomenta una cultura de mejora continua. Es una herramienta indispensable para mantener altos estándares de atención y operar de manera eficiente y segura.

Este trabajo describe los resultados tras la implantación de la herramienta de reporte de incidentes y reportes de EA, en un entorno multidisciplinar como lo es la ESE San Rafael. El proyecto proporciona información descriptiva y estadística de la notificación voluntaria de EA y permitió identificar los principales problemas para poder planificar opciones de mejora en cada uno de los reportes analizados.

La notificación de EA aumentó en un periodo determinado de 8 meses, y esto coincide con los resultados de otros estudios en los que mediante capacitaciones y apoyo en la notificación se produjo un aumento de notificaciones de EA (44). Sin embargo, es muy irregular en el tiempo, si bien el reporte ha ido aumentando, es difícil determinar si se debe a un mayor número de EA o si en la actualidad se reporta más. También se encontró que el servicio de odontología y laboratorio son los que presentan menores incidencias de EA, contrario a lo manifestado en estudios internacionales y esta gran diferencia hace presumir una subnotificación de estos equipos. El déficit de reporte de la totalidad de EA constituye un obstáculo para el análisis sistemático de éstos. Se puede interpretar que este aumento de EA corresponde a un incremento de los reportes y no a la ocurrencia de más EA, ya que los profesionales que laboran en los diferentes servicios pueden tener una mayor conciencia de evaluar el riesgo y tomar decisiones efectivas para evitar lesiones causadas por la atención y así mismo tener más conocimiento de que situaciones se consideran EA o incidentes y de igual manera estas más comprometidos a el reporte.

En relación con el grado de participación de los profesionales no se pudo identificar quienes realizaban mayor notificación por el sistema de anonimato del reporte, sin

embargo, se pudo identificar que el servicio de urgencias ha tenido una mayor representación. Tradicionalmente suele ocurrir esto, es decir, el equipo de servicio de urgencias suele estar mucho más representado porque parece que el hecho de estar más tiempo en contacto con pacientes conlleva una implicación mayor en las actividades relacionadas con la seguridad del paciente, en lo referente a los procesos asistenciales y a la administración de medicamentos (40).

A partir de los reportes realizados y la realización de manera sincrónica de intervenciones educativas al respecto y en concreto capacitaciones sobre los temas sugeridos; con revisión y ampliación de protocolos de práctica clínica propios a la dinámica de asistencia, se crearon sesiones de formación teórico-prácticas, esto justificado como un complemento de formación y estrategia que permite mejorar las habilidades en materia de seguridad del paciente, Arias D, Camacho JE y Osorno J (44), explican que para contribuir a la seguridad de los pacientes y ofrecer servicio de calidad en la atención sanitaria debe implementarse una estrategia de capacitación del personal en el uso adecuado de la tecnología para ofrecer un servicio responsable, comprometido y profesional.

Dentro de las limitaciones del proyecto, está la tasa de notificación, que analizan sistemas de registros y notificación en ámbito de atención en salud, con un carácter voluntario y que limita o evita la notificación. Pero en este caso, los resultados presentados aportan suficiente información válida para acometer objetivos de mejora en la ESE. La falta de estudios similares en el ámbito de estrategias de implementación del programa de seguridad del paciente y evaluación de sistemas de notificación de la ESE que sirvan como comparadores, es una dificultad añadida para mejorar la interpretación de los resultados obtenidos.

Finalmente, estas iniciativas de intervención, por la gran relevancia clínica que aportan, son gratificantes y enriquecedoras para todo el continuo de la atención en salud y por extensión beneficia a los pacientes al ser un verdadero sistema de prevención de riesgo que puede priorizar EA evitables y por tanto prevenibles en la medicina del siglo XXI, apuntado el logro del objetivo común que es la seguridad del paciente.

9. Conclusiones

La implementación de este trabajo de intervención ha resultado exitosa, como lo demuestra el incremento exponencial en la cantidad de reportes y los resultados positivos obtenidos. Este crecimiento en la documentación de eventos no implica necesariamente que haya ocurrido un aumento en la incidencia de errores en las áreas, sino que refleja una mejora en el conocimiento y la identificación de riesgos, así como una cultura más sólida de reporte entre los colaboradores.

Es crucial destacar que, si bien, es importante atribuir responsabilidades en caso de errores, esto no debe ser el enfoque principal. La asignación inmediata de culpabilidades puede distorsionar y dificultar el reporte de situaciones en el ámbito de la salud. Además, puede implicar la negativa de las instituciones ante investigaciones posteriores. La efectiva reducción de riesgos implica considerar todos los factores, modificar el entorno y abordar las fallas tanto causadas por acciones como por omisiones de las personas.

Los análisis de riesgos son herramientas gerenciales que permiten el reconocimiento de las deficiencias dentro de la institución, siendo un elemento clave, a la hora de establecer cuáles pueden ser los principales factores que pueden alterar el correcto desarrollo de un servicio o una actividad en cualquier momento de la atención del usuario.

De igual forma se considera una metodología válida para el análisis de riesgos, corresponde al estudio de eventos previos a partir de los cuales, mediante la utilización de la estadística, se pueda obtener resultados del comportamiento general de la atención, a fin de tener criterios reales para la toma de decisiones.

Así mismo, para que las investigaciones de incidentes sean productivas, es esencial que se lleven a cabo en un entorno abierto, justo y con propuestas de formación. En este sentido, el reconocimiento y el apoyo recibidos al finalizar el primer ciclo de mejora son indicativos de un progreso significativo. Las intervenciones educativas han sido consideradas un éxito por el comité de calidad, lo que resalta la importancia del

empoderamiento y la formación de líderes y sus equipos en materia de seguridad del paciente.

Actualmente, la mayoría de los reportes provienen de los servicios de urgencias en el área urbana. Sin embargo, una oportunidad de mejora para el futuro es lograr reportes de todos los servicios del hospital. Los próximos pasos incluirán trabajar con los demás servicios en la identificación de EA y en el fortalecimiento de la cultura de seguridad del paciente. Dados los buenos resultados obtenidos, se recomienda el desarrollo de proyectos similares en otros establecimientos de atención de la salud.

El desafío principal radica en establecer una cultura de calidad sólida, que sea el centro de todos los esfuerzos. La búsqueda de la calidad asistencial tiene como objetivo garantizar que el usuario del servicio sanitario reciba una atención óptima, asegurando el mejor resultado en términos de satisfacción del destinatario final, que es el paciente. Este enfoque integral es fundamental para el éxito continuo en la mejora de la calidad y seguridad en la atención.

10. Recomendaciones

Para el desarrollo de futuros proyectos de intervención que tengan como propósito la mejora a las estrategias de implementación del programa de seguridad del paciente en la ESE Hospital San Rafael, se plantean algunas sugerencias que mitiguen las limitaciones que puedan presentarse:

- **Desarrollo de Programas de Capacitación Continua:**

Es esencial impulsar programas de formación dirigidos a los equipos de salud, centrados en el desarrollo de competencias y habilidades comunicativas. Estos programas no solo deberían abordar aspectos técnicos, sino también el papel del liderazgo en la gestión de cuidados y medidas preventivas para reducir los riesgos. Además de las habilidades clínicas, los profesionales de la salud deben ser entrenados en la comunicación efectiva con los pacientes y entre colegas, lo cual puede mejorar significativamente la seguridad del paciente.

- **Creación de Espacios de Participación:**

Fomentar la participación de los líderes de los servicios es crucial para promover un ambiente de colaboración y aprendizaje continuo. Estos espacios permiten compartir experiencias, conocimientos y dudas, lo que contribuye a la toma de decisiones informadas. Además, esta práctica fortalece el sentido de pertenencia y compromiso de los líderes con los procesos asistenciales, convirtiéndolos en agentes de cambio en la mejora de la seguridad del paciente.

- **Continuidad en la Evaluación y Seguimiento:**

El éxito de las estrategias implementadas depende en gran medida de la continuidad en la evaluación y seguimiento de su impacto. Es fundamental realizar controles periódicos después de la implementación inicial para medir el impacto de las capacitaciones, sesiones y material didáctico proporcionado. Estos controles ayudarán a identificar áreas de mejora y a mantener el impulso hacia una cultura de seguridad de la paciente sólida y en constante evolución.

- Inclusión en el Plan Institucional de Formación Continua:

Integrar estas iniciativas en el plan institucional de formación continua asegura que los colaboradores, tanto asistenciales como no asistenciales, puedan dedicar el tiempo necesario para participar activamente en los comités y capacitaciones de seguridad. Esto no solo garantiza la adquisición de conocimientos y habilidades relevantes, sino que también facilita el seguimiento y evaluación del progreso en la implementación de medidas de seguridad del paciente. Además, proporcionar el tiempo necesario para estas actividades demuestra el compromiso de la institución con la seguridad y el bienestar de los pacientes y el personal.

11. Referencias bibliográficas

1. Aliaga Gutiérrez L. Primum Non Nocere The first thing is not to hurt. Soc. Esp. Med. Rural Gen. 2019; 45 (1): 4-5.
2. Colombia. Ministerio de salud y protección social. Resolución 3100 de 2019, 25 de noviembre, por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud. Bogotá: El Ministerio; 2019.
3. Villarreal Pérez JZ, Gómez Almaguer D, Bosques Padilla F. Errar es humano. Medicina Universitaria. 2011; 13 (51): 69-71.
4. Ceriani Cernadas JM. La OMS y su iniciativa "Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente". Arch. argent. pediatr. 2009; 107 (5): 385-386.
5. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Herramientas para promover la estrategia de la seguridad del paciente en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud [Internet] [Consultado 2023 Abr 15] Disponible en:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/1/Herramientas%20para%20la%20Seguridad%20del%20Paciente.pdf>
6. Colombia. Ministerio de salud y protección social. Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente. 2008 [Internet] [Consultado 2024 Feb 21]; Disponible en:
https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B2n%200112%20de%202012%20-%20Documentos%20de%20apoyo%202.pdf
7. Colombia. Ministerio de salud y protección social. Guía técnica buenas prácticas. 2010 [Consultado 2023 Ene 28]; Disponible en:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/guia-buenas-practicas-seguridad-paciente2010.pdf>
8. Colombia. Ministerio de salud y protección social. Resolución 2003 de 2014, 28 de mayo, por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud. Bogotá: El Ministerio; 2014.

9. ESE Hospital San Rafael. Programa de seguridad del paciente. Santo Domingo: La ESE; 2020
10. Escobar Villegas LM, Correa Gaviria PA. Identificación de las causas de subregistro de reporte de incidentes y eventos adversos en instituciones de mediana y alta complejidad en Colombia 2010-2020. [Internet] Bogotá: Fundación Universitaria del Área Andina; 2021 [Consultado 28 Ene 2023]. Disponible en: <https://digitk.areandina.edu.co/bitstream/handle/areandina/4174/Monografia%20Final%20.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
11. Muño Míguez A, Jiménez Muñoz AB, Pinilla Llorente B, Durán García ME, Cabrera Aguilar FJ, Rodríguez Pérez MP. Seguridad del paciente. An. Med. 2007; 24 (12): 602-606.
12. Organización Mundial de la Salud. Servicios sanitarios de calidad. 2020 [Internet] [Consultado 2023 Sep 12]; Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/quality-health-services>
13. Galván Montaña A, Flores Nava G. La suspensión de cirugía programada como un indicador de calidad en la atención hospitalaria. Rev Hosp Gral Dr. M Gea González. 2006; 7 (2): 59-62.
14. Forrellat Barrios M. Calidad en los servicios de salud: Un reto ineludible. Rev. Cuba Hematol Inmunol y Hemoter. 2014; 30 (2): 179–83.
15. Gaviria García G, Lastre Amell G, Suárez Villa M. Causas que inciden en cancelación de cirugías desde la percepción del personal de salud. Enfermería Univ. 2014; 11 (2): 47–51.
16. Córdoba Gómez AI, Espinosa A. Dilemas éticos frente a la seguridad del paciente. Cuidar es pensar. Aquichan. 2006; 6 (1): 54-67.
17. Astargo C. Detección eventos adversos en pacientes adultos egresados de una unidad de paciente crítico utilizando una herramienta de búsqueda intencionada [Internet]. Santiago, Chile: Universidad de Chile - Facultad de Medicina Escuela de Salud Pública; 2016 [Consultado 23 Mar 2024]. Disponible en: <https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/180946>
18. Organización Mundial de la Salud. Capítulo 3. Servicios de salud: ¿se seleccionan adecuadamente y están bien organizados? En: Informe sobre la salud en el 2000 [Internet] [Consultado 2024 Ene 30] Disponible en Disponible en: <https://www.who.int/whr/2000/es/>

19. Órgano de difusión del Centro Colaborador en materia de calidad de la atención médica y seguridad del paciente. Boletín CONAMED. J Chem Inf Model [Internet] [Consultado 2024 Ene 30] Disponible en Disponible en: https://www.paho.org/mex/index.php?option=com_content&view=article&id=1013:presenta-conamed-el-boletin-del-centro-colaborador-de-opsoms-sobre-lacalidad-y-seguridad-del-paciente&Itemid=401
20. Colombia. Minsalud. Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia [Internet] [Consultado 2024 Mar 30] Disponible en Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PSA/manual-acreditacion-salud-ambulatorio.pdf>
21. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Decreto 1011 de 2006, 3 de abril, por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Bogotá: El Ministerio; 2006.
22. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Resolución 2181 de 2008 por la cual se expide la Guía Aplicativa del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud, para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de carácter público. Diario Oficial, 47024 (Jun. 18 2008).
23. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Anexo Técnico Resolución 1446 de 2006, mayo 8, por la cual se define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoria del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. Bogotá: El Ministerio; 2006.
24. Colombia. Ministerio de salud y protección social. Lineamientos para la implementación de la Política de seguridad del paciente en la República de Colombia [Internet] [Consultado 2024 Ene 28]; Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/CalidadAtenci%C3%B3nEnSalud/LINEAMIENTOS%20PARA%20LA%20IMPLEMENTACI%C3%93N%20DE%20LA%20POL%C3%8DTICA%20DE%20SEGURIDAD%20DEL%20PACIENTE%20EN%20LA.pdf>
25. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Decreto 780 de 2016 por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social. Diario Oficial, 49865 (May. 6 2016).

26. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 0256 de 2016, febrero 5, por la cual se dictan disposiciones en relación con el sistema de información para la calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad. Bogotá: El Ministerio; 2016.
27. Alcaldía de Santo Domingo. Plan de Desarrollo 2020-2023 El cambio somos todos [Internet] [Consultado 2024 Abr 2]; Disponible en: <http://www.santodomingo-antioquia.gov.co/planes/plan-de-desarrollo-el-cambio-somos-todos-20202023>
28. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Censo Nacional de Población y Vivienda - CNPV- 2018 [Internet] [Consultado 2023 Abr 12]; Disponible en: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/proyecciones-de-poblacion>
29. ESE Hospital San Rafael. Entidad. 2021 [Internet] [Consultado 2023 Ene 28]; Disponible en: <http://www.esesanrafael-santodomingo-antioquia.gov.co/entidad/mision-y-vision>
30. Gómez Arias RD, Yepes Delgado CE, Rodríguez Ospina FL, Roldan Jaramillo P, Velásquez Vélez W, Lopera Villa J y otros. Manual de Gestión de Proyectos. 2 ed. Medellín: Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública; 2013.
31. Elenes Félix N. Análisis de factibilidad de un sistema de bombeo de agua con energía solar como propuesta de adaptación para riego en Rayón, Sonora. [Internet] Sonora: Universidad de Sonora; 2012 [Consultado 16 Jun 2023]. Disponible en: http://irsitio.com/refbase/documentos/123_ElenesFelix2012.pdf
32. Organización Internacional de Normalización. Sistemas de gestión de la seguridad y la salud en el trabajo-Requisitos con orientación para su uso – Norma ISO 45001: 2018 [Internet] [Consultado 2023 Abr 12] Disponible en: <https://www.iso.org/standard/63787.html>
33. Colombia. Presidencia de la República. Decreto 1499 de 2017 por medio del cual se modifica el Decreto 1083 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Función Pública, en lo relacionado con el Sistema de Gestión establecido en el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015. Diario Oficial, 50353 (Sep. 11 2017).
34. Colombia. Ministerio de Salud. Resolución 8430, octubre 4, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Bogotá; El Ministerio: 1993.

35. Pérez Carrión A, Machado F, Calvo T, Osuna E. La notificación de los eventos adversos. Percepciones de los profesionales sanitarios. *Derecho y salud*. 2018; 28 (1): 160-167.
36. Sarduy Lugo M, Mora Pérez Y, Sarduy Lugo A, Fernández Rodríguez Y. Percepción de enfermería sobre la notificación de eventos adversos en cuidados intensivos pediátricos. *Rev. cuba. enferm.* [Internet]. 2023 [Consultado 2024 Abr 13]; 39 (1) Disponible en: <https://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/6049>
37. Gil Aucejo A, Martínez Martín S, Flores Sánchez P, Moyano Hernández C, Sánchez Morales P, Andrés Martínez M y otros. Valoración de la cultura de seguridad del paciente en la UCI de un hospital de segundo nivel al finalizar la tercera oleada de COVID-19. *Enferm Intensiva*. 2022; 33 (4) :185-196.
38. Skodová M, Velasco Rodríguez MJ, Fernández Sierra MA. Opinión de los profesionales sanitarios sobre seguridad del paciente en un hospital de primer nivel. *Rev Calid Asist*. 2011; 26: 33-38.
39. Ministerio de Sanidad y Política Social. Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud español. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009.
40. Mella Laborde M, Gea Velásquez MT, Aranaz Andrés JM, Ramos Forner G, Compañ Rosique A. Análisis de la cultura de seguridad del paciente en un hospital universitario. *Gac Sanit*. 2021; 34 (5): 500-513.
41. Jiménez Dávila V. Análisis de riesgos en proyectos de infraestructura [Internet] Bogotá: Universidad de los Andes; 2012 [Consultado 23 Abr 2024]. Disponible en: <https://repositorio.uniandes.edu.co/server/api/core/bitstreams/54986d2d-533d-46fa-9dd3-c7f8e76089e6/content>
42. Ubieta Romero F. Gestión de riesgos en proyectos de investigación [Internet] Madrid: Universidad Politécnica Madrid; 2021 [Consultado 23 Abr 2024]. Disponible en: https://oa.upm.es/68567/1/TFG_FERNANDO_UBIETA_ROMERO.pdf
43. González Anglada MI, Garmendia Fernández C, Moreno Núñez L. Una estrategia para la formación en seguridad del paciente durante la residencia: desde el incidente crítico hasta la simulación. *Educ Medic*. 2019; 20 (3): 170-178.

44. Arias D, Camacho JE, Osorno J. Mejora de habilidades en la seguridad del paciente implementando una estrategia de entrenamiento en el personal asistencial. *Rev. ing. bioméd.* 2016; 10 (20): 21-25.