

**EVALUACION DE LAS BUENAS PRÁCTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL
PACIENTE EN EL GRUPO DE SERVICIOS DE CONSULTA EXTERNA DE LA
IPS INDIGENA CABILDO CUMBAL, PANAN, CHILES Y MAYASQUER**

**MARIA ELENA CEBALLOS GUZMAN
ESPERANZA YOJANA CASANOVA PONCE
DIANA SOFIA JIMENEZ TATICUAN**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR AL TÍTULO DE ESPECIALISTA
EN AUDITORIA EN SALUD
GRUPO DE INVESTIGACIÓN OBSERVATORIO DE LA SALUD PÚBLICA**

Docente Asesor

ISABEL VELEZ

**UNIVERSIDAD CES
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE POSTGRADOS EN SALUD PÚBLICA
ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA DE LA SALUD OCUPACIONAL
SAN JUAN DE PASTO
AGOSTO 2015**

Dedicada a los excluidos de nuestra Patria
A los que tuvieron que abandonarlo todo por realizar sus sueños.
A nuestros desaparecidos injustamente por los gobiernos que se ajustan con la
justa causa y por su evidente ineptitud para debatir limpiamente.
A nuestros familiares y amigos, que a pesar de nuestros defectos, permanecen
incondicionales apoyando nuestra causa.

Tabla de contenido

Resumen	10
1. INTRODUCCIÓN	16
2.1 Planteamiento del Problema	19
2.2 Formulación del Problema	23
2.3 Justificación	23
3. OBJETIVOS	31
3.1 Objetivo General	31
3.2 Objetivo Específicos	31
4. MARCO TEORICO	32
4.1 Marco Jurídico	32
4.3.1 Entorno Externo:	43
4.3.2. Entorno Interno- Datos generales de la empresa-	46
5 Metodología	58
5.6 PROCESO DE RECOLECCION DE LA INFORMACION Y PLAN DE ANÁLISIS ..	66
6 Resultados	69
7. Discusión	81
8. Conclusiones	83
Agradecimientos	87
Bibliografía	88

Lista de tablas

Tabla 1. Servicios Habilitados por el Instituto Departamental de Salud de Nariño...	47
Tabla 2. Espacios destinados para la atención en la IPS Indígena Cabildos Cumbal, Panan, Chiles y Mayasquer	49
Tabla 3. Variables y criterios.....	60
Tabla 4. Calificación de las variables	67
Tabla 5. Programa de Seguridad del Paciente	71
Tabla 6. Monitorización de la Seguridad del Paciente	72
Tabla 7. Prevención de Infecciones asociadas	73
Tabla 8. Seguridad en la utilización de medicamentos.....	74
Tabla 9. Identificación del Paciente en los servicios asistenciales.....	76
Tabla 10. Prevención de Caídas.....	77
Tabla 11. El paciente conoce su condición clínica	78
Tabla 12. Consentimiento Informado.....	79

Lista de gráficos

Gráfico 1. Programa de Seguridad	71
Gráfico 2. Monitorización Seguridad del Paciente	73
Gráfico 3. Detectar, prevenir y reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención en salud	74
Gráfico 4. Seguridad en la utilización de medicamentos	75
Gráfico 5. Identificación del paciente en los servicios asistenciales	76
Gráfico 6. Prevención de Caídas	77
Gráfico 7. El paciente conoce su condición clínica	78
Gráfico 8. Consentimiento Informado	79

Glosario

- **Atención en salud:** servicios recibidos por los individuos o las poblaciones para promover, mantener, monitorizar o restaurar la salud¹.
- **Barrera de seguridad:** una acción o circunstancia que reduce la probabilidad de presentación del incidente o evento adverso¹
- **Evento adverso:** Es el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño. Los eventos adversos pueden ser prevenibles y no prevenibles.¹
- **Evento adverso no prevenible:** Resultado no deseado, no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial¹.
- **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 determinado¹.
- **Evento centinela:** Incidencia imprevista en la que se produce la muerte o una lesión física o psíquica grave, o el riesgo de que se produzca. Una lesión grave comprende específicamente la pérdida de una extremidad o una función. La frase «o el riesgo de que se produzca» comprende toda variación del proceso cuya repetición conllevaría una probabilidad importante de un resultado adverso grave. Esos eventos se denominan «centinelas» porque avisan de la necesidad de una investigación y una respuesta inmediatas²

- **Factores contributivos:** Son las condiciones que predisponen una acción insegura (falla activa). Los factores contributivos considerados en el Protocolo de Londres son:
 - Paciente: un paciente que contribuyó al error. Ejemplo: paciente angustiado, complejidad, inconsciente.
 - Tarea y tecnología: toda la documentación ausente, poco clara, no socializada, que contribuye al error. La tecnología o insumos ausente, deteriorada, sin mantenimiento, sin capacitación al personal que la usa, contribuyen al error. Ejemplo: ausencia de procedimientos documentados sobre actividades a realizar, tecnología con fallas.
 - Individuo: el equipo de salud (enfermeras, médicos, regente de farmacia, fisioterapeuta, bacteriólogos, auxiliares de laboratorio, auxiliar de enfermería, odontólogos etc.) que contribuyen a la generación del error. Ejemplo: ausencia o deficiencia de habilidades y competencias, estado de salud (estrés, enfermedad), no adherencia y aplicación de los procedimientos y protocolos, no cumple con sus funciones como diligenciamiento adecuado de historia clínica.
 - Equipo de trabajo: todas las conductas de equipo de salud (enfermeras, médicos, regente de farmacia, fisioterapeuta, bacteriólogos, auxiliares de laboratorio, auxiliar de enfermería, odontólogos etc.) que contribuyen al error. Ejemplo: comunicación ausente o deficiente entre el equipo de trabajo (por ejemplo en entrega de turno), falta de supervisión, disponibilidad de soporte (esto se refiere a interconsulta, entre otros).
 - Ambiente: referente al ambiente físico que contribuye al error. Ejemplo: deficiente iluminación, hacinamiento, clima laboral (físico), deficiencias en infraestructura.- Organización y gerencia: referente a las decisiones de la gerencia que contribuyen al error. Ejemplo: políticas, recursos, carga de trabajo.

- Contexto institucional: referente a las situaciones externas a la institución que contribuyen a la generación del error. Ejemplo: decisiones de EPS, demora o ausencia de autorizaciones, leyes o normatividad etc.³.

- **Falla de la atención en salud:** una deficiencia para realizar una acción prevista según lo programado o la utilización de un plan incorrecto, lo cual se puede manifestar mediante la ejecución de procesos incorrectos (falla de acción) o mediante la no ejecución de los procesos correctos (falla de omisión) en las fases de planeación o de ejecución. Las fallas son por, definición, no intencionales¹.
- **Fallas activas o acciones inseguras:** son acciones u omisiones que tiene el potencial de generar daño o evento adverso. Es una conducta que ocurre durante el proceso de atención en salud por miembros del equipo misional de salud (enfermeras, médicos, regente de farmacia, fisioterapeuta, bacteriólogos, auxiliares de laboratorio, auxiliar de enfermería, odontólogos etc.)⁴.
- **Fallas latentes:** son acciones u omisiones que se dan durante el proceso de atención en salud por miembros de los procesos de apoyo (Personal administrativo)⁴.
- **Farmacovigilancia:** Es la ciencia y actividades relacionadas con la detección, evaluación, entendimiento y prevención de los eventos adversos o cualquier otro problema relacionado con medicamentos.⁵
- **Incidente:** Es un evento que sucede en la atención clínica de un paciente y que no le genera daño, pero que en su ocurrencia se incorporan fallas en los procesos de atención¹.

- **Indicio de Atención Insegura:** un acontecimiento o una circunstancia que puede alertar acerca del incremento del riesgo de ocurrencia de un incidente o un evento adverso⁴.
- **Riesgo:** Es la probabilidad que un incidente o evento adverso ocurra¹.
- **Seguridad del paciente:** Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.¹
- **Sistema de gestión del evento adverso:** se define como el conjunto de herramientas, procedimientos y acciones utilizadas para identificar y analizar la progresión de una falla a la producción de daño al paciente, con el propósito de prevenir o mitigar sus consecuencias¹.
- **Tecnovigilancia:** Es el conjunto de actividades que tienen por objeto la identificación y la cualificación de efectos adversos serios e indeseados producidos por los dispositivos médicos, así como la identificación de los factores de riesgo asociados a estos efectos o características, con base en la notificación, registro y evaluación sistemática de los efectos adversos de los dispositivos médicos, con el fin de determinar la frecuencia, gravedad e incidencia de los mismos para prevenir su aparición.⁶

Resumen

Objetivo General

Verificar en el grupo de servicios de Consulta Externa (Medicina General, Odontología General, Consulta Prioritaria y Enfermería) de la IPS Indígena Cabildos Cumbal, Panan, Chiles y Mayasquer el grado de cumplimiento de las 10 buenas prácticas para la seguridad del paciente, establecidas por el Ministerio de salud y la protección social en el documento guía técnica %buenas prácticas para la seguridad del paciente en la pensión y salud y adoptadas como obligatorias por la resolución 2003 de 2014

Materiales y Métodos

Se utilizó la información arrojada por las Rondas de Seguridad en el grupo de servicios de Consulta Externa (Medicina General, Odontología General, Consulta Prioritaria y Enfermería) de la Ips Indígena Cabildos Cumbal, Panan, Chiles y Mayasquer. Además, se consultó las actas de las reuniones del Comité de Seguridad del Paciente de la Institución para analizar los eventos adversos e incidentes notificados a la Coordinadora del Programa de Seguridad del Paciente, revisar el cumplimiento en planes de mejoramiento y los, informes de las Rondas de Seguridad

El presente estudio pertenece al tipo de investigación descriptiva de corte transversal, en virtud de la identificación en la IPS Indígena Cabildos Cumbal, Panan, Chiles y Mayasquer el grado de cumplimiento de las 10 buenas prácticas para la seguridad del paciente, establecidas por el Ministerio de salud en el documento guía técnica %buenas prácticas para la seguridad del paciente en la pensión y salud y adoptadas como obligatorias por la resolución 2003 de 2014

Resultados

En el en el grupo de servicios de Consulta Externa (Medicina General, Odontología General, Consulta Prioritaria y Enfermería), el personal presenta algún grado de descuido en la formulación de los medicamentos. Los errores más comunes tienen que ver con la dosificación y la formulación a paciente diferente al que asistió a la respectiva consulta.

De veintiocho (28) personas que laboran en el en el grupo de servicios de Consulta Externa (Medicina General, Odontología General, Consulta Prioritaria y Enfermería), siete (7) no conocen a plenitud el programa de seguridad del paciente, es decir el veinticinco por ciento (25%), lo que puede contribuir a la generación de eventos adversos en la prestación del servicio.

Se debe destinar más tiempo para la capacitación del personal y profundización en el programa de seguridad del paciente. No se mira un cronograma de educación continua en el tema. Se debe evaluar los procesos y procedimientos para la implementación de la seguridad del paciente.

Conclusiones

Esta investigación detectó las fallas más frecuentes, tanto del sistema, como humanas al momento de prestar la atención en salud. En el Servicio de Consulta Externa de medicina general se presentaron fallas en la formulación de los medicamentos, además datos incompletos en la formula médica y error al relacionar la administración del medicamento. En Odontología, algunos de los eventos adversos fueron el relacionado con la hemorragia después de un tratamiento odontológico; así mismo, la presencia de dolor en paciente luego de un tratamiento terminado. Otros eventos adverso presentaron fueron la falla en el proceso de esterilización y cambio del diagnóstico en facturación. En el laboratorio

clínico a un paciente se le realiza múltiples punciones para toma de muestra de sangre a paciente infante.

En la Ips Indígena existe un programa de Seguridad del paciente que permite evaluar de manera responsable los eventos adversos cuando se han presentado. A pesar de amplia difusión por las directivas, todavía hay personal que presenta baja comprensión del programa. Existe una cultura de seguridad del paciente generalizada en los trabajadores de la institución. Para cada evento adverso o incidente que se presenta, existe el respectivo plan de mejoramiento y se designan responsables del proceso cuando se presente eventos adversos

La Ips Indígena Cabildos Cumbal, Panan, Chiles y Mayasquer, realiza cada 15 días rondas de seguridad del paciente, Esta actividad permite la prevención en la ocurrencia de eventos adversos y la identificación de errores en la prestación del servicio de salud.

Palabras Claves: Evento adverso, seguridad del paciente, Usuario y primer nivel de atención, Sistema Obligatorio de a Garantía de la Calidad, farmacovigilancia, tecnovigilancia, Infecciones asociadas a la atención en salud.

Abstract

General objective

Check in outpatient service of Indigenous Councils IPS Cumbal, Panan, Mayasquer Chiles and the degree of compliance of the 10 best practices for patient safety, established by the Ministry of health and social protection in the technical guidance document " best practices for security of the pension and health and adopted as mandatory by resolution 2003 of 2014

Materials and methods

The information yielded by the Security Rounds service External of Indigenous Councils Ips Cumbal, Panan, Chiles and Mayasquer used. In addition, the minutes of the Committee on Patient Safety of the institution was consulted to analyze adverse events and incidents reported to the Program Coordinator Patient Safety, reviewing performance in improvement plans and reports of Rounds of security

This study belongs to the type of cross-sectional descriptive research, identification under the IPS Indigenous Councils Cumbal, Panan, Mayasquer Chiles and the degree of compliance of the 10 best practices for patient safety, established by the Ministry of health technical guidance document "Best Practices for Securing the pension and health and adopted as required by resolution 2003 of 2014

Results

In the Outpatient Service General, staff have some degree of oversight on the development of medicines. The most common error is about dosage and formulation different patient who attended the respective consultation.

Twenty-eight (28) people working in the service Outpatient general, seven (7) do not know fully the program of patient safety, twenty-five percent (25%), which may contribute to the generation of Adverse events in the service.

It should devote more time to staff training and deepening in the patient safety program. A schedule of continuing education is not looks on the subject. Should evaluate the processes and procedures for implementation of patient safety.

Conclusions

This research found the most common faults, both system and human when providing health care. In Outpatient failures occurred in the formulation of drugs, in addition incomplete and error-prescription medication administration to relate data. In dentistry, some adverse events were associated with bleeding after dental treatment; Also, the presence of pain in patients after a completed treatment. Other adverse events were the fault presented in the sterilization process and changing the diagnosis in billing. In the clinical laboratory to a patient it is performed multiple punctures for blood sampling to infant patient. Outpatient General, in the family planning program, failure was with family planning method to a patient. Moreover, a pregnant user is logged in the format business, "said that because he has no plans to partner."

In the Indigenous Ips there is a patient safety program that assesses responsibly when adverse events have occurred. Despite widely publicized by the directives, there are still staff has low compression program. There is a widespread culture of patient safety workers of the institution. For each adverse event or incident that occurs, there is a corresponding improvement plan and responsible for the process are designated as are adverse events.

The indigenous Ips of Indigenous Councils of Gran Cumbal, Panan, Chiles and Mayasquer, held every 15 days rounds of patient safety, this activity allows prevention in the occurrence of adverse events and the identification of errors in the service of health.

Adverse event, patient safety, User and primary care, Mandatory System for Quality Assurance, pharmacovigilance, tenovigilancia, and infections associated with health care.

1. INTRODUCCIÓN

La seguridad del paciente se define como el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías, basadas en evidencia científicamente probada, que propenden minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias. Así lo consagra el Decreto 1011 de 2006 por medio del cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Hoy, la seguridad del paciente es considerada de alta complejidad, merece un esfuerzo especial y es una preocupación universal ya que la dimensión del problema está lejos de ser relacionada únicamente con el factor humano²².

La seguridad por lo tanto, es un atributo fundamental de la calidad de atención, que por sí misma, tiene como propósito prestar los servicios de salud libre de daño. Sin embargo, durante el proceso de atención en salud podrían cometerse errores o fallas, y éstas a su vez pueden ser activas y/o latentes que pueden o no causarle daño al paciente.

En ocasiones, el error es interceptado antes de que se materialice en la atención. A estos indicios de atención insegura la literatura internacional les llama call close. Cuando el error se materializa pero no causa daño al paciente se le denomina near miss, y en Colombia se ha adoptado el concepto de incidente. Cuando causa daño, a este resultado se le denomina evento adverso. Desafortunadamente, esto último ocurre con demasiada frecuencia, causando incluso, a veces, la muerte del paciente. Por ello, es posible afirmar que los errores clínicos son causa de morbilidad y mortalidad prevenibles⁷

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en octubre de 2004 declara la seguridad en los servicios de salud como un problema de salud pública mundial. Además, presenta una alianza que propone reducir el número de enfermedades

como lesiones y muertes que ocurren como consecuencia de errores en la atención en salud, por lo cual busca llegar a todos los rincones con el lema ~~primero no hacer daño~~, una frase atribuida a Hipócrates que aún tiene vigencia⁸.

Dos grandes estudios realizados en el año de 1999, uno en Colorado y Utah y otro en Nueva York, demostraron que los eventos adversos ocurrieron en 2.9 y 3.7 por ciento de hospitalizaciones, respectivamente. En los hospitales de Colorado y Utah, el 6.6 por ciento de eventos adversos condujeron a la muerte, en comparación con 13.6 por ciento en Nueva York⁹. En ambos estudios, más de la mitad de estos eventos adversos resultaron de los errores clínicos podrían haberse evitado.

En esa investigación se consigna además que más personas mueren en un año en los Estados Unidos como resultado de errores médicos que por accidentes de vehículos de motor (43458), cáncer de mama (42.297), o el SIDA (16.516) 0.6⁹.

Los costos totales nacionales en Estados Unidos por pérdida de ingresos, baja producción familiar, la discapacidad y los costos de atención de salud por causa de los eventos adversos evitables (errores médicos que resultan en lesión) se estima entre \$ 17 mil millones y \$ 29 mil millones, de los cuales los costos de atención de la salud representan más de la mitad⁹.

En términos de vidas perdidas, la seguridad del paciente es un problema muy importante. Los errores de medicación por sí solos, que ocurren dentro o fuera del hospital, se estiman que representan más de 7.000 muertes año.⁹

Errores relacionados con la medicación se producen con frecuencia en los hospitales y, aunque no todos resultan en un daño real, los que lo hacen, representan un costo elevado para la institución.

Según un estudio realizado por el profesor del Instituto de Investigaciones Clínicas de la Universidad Nacional de Colombia en 2006, Hernando Gaitán, y por el grupo

de Evaluación de Tecnologías y Políticas en Salud, en Colombia la mortalidad asociada a los eventos adversos es cercana al 6%.¹⁰.

La investigación mostró que la incidencia de eventos adversos en los hospitales estudiados (Clínica Juan N. Corpas Ltda. Bogotá, Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva, Fundación Universitaria Sanitas. Bogotá, Colombia) fue del 4.6%. Ésta fue mayor en las especialidades quirúrgicas, con un 6.2%, seguida por medicina interna, con cerca de 3.5%. Aproximadamente, el 60% de los eventos detectados eran prevenibles¹¹.

Además, se encontró que los eventos adversos en hospitales se dan más por fallas del sistema que por negligencia o falta de idoneidad del profesional de la salud (sólo 4 casos se presentaron por problemas de desempeño profesional); las causas estuvieron relacionadas con deficiencias de los procesos de provisión de servicios, problemas de racionalidad técnico. científica, problemas de comunicación entre los servicios hospitalarios e insuficiencia administrativa¹¹.

Esta investigación pretende verificar en el grupo de servicios de Consulta Externa (Medicina General, Odontología General, Consulta Prioritaria y Enfermería) de la IPS Indígena Cabildos Cumbal, Panan, Chiles y Mayasquer el grado de cumplimiento de las 10 buenas prácticas para la seguridad del paciente, establecidas por el Ministerio de salud y la protección social en el documento guía técnica ~~bu~~ buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud y adoptadas como obligatorias por la resolución 2003 de 2014.

2. DEFINICIÓN Y DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

2.1 Planteamiento del Problema

Aunque suena algo ilógico atreverse a pensar que la propia atención de los pacientes en cualquier centro de atención en salud en Colombia o el mundo puede generar cierto riesgo al paciente, es una realidad. La seguridad del paciente es un tema que preocupa ostensiblemente, tanto al paciente y familiares, así como a los profesionales del sector salud. Es un fenómeno que no sólo ocurren los países en vía de desarrollo, sino en varios con un desarrollo social y económico mucho más alto. Ante ello, la Organización Mundial de la Salud viene haciendo ingentes esfuerzos para que éste fenómeno desaparezca. Esto requiere del concurso decidido de grandes potencias que se centran en la reducción del número de enfermedades, lesiones y muertes que ocurren como consecuencia de la atención; errores por supuesto involuntarios de los actores de la atención en salud.¹²

La organización Mundial de la Salud ha estipulado la seguridad del paciente como un principio fundamental y lo considera además, como un componente crítico de la gestión calidad.¹³

En 2004 la Organización Mundial de la Salud crea la Alianza para la Seguridad del Paciente desarrollando políticas y prácticas de seguridad del paciente. Esta organización hace un reconocimiento de la incidencia de los eventos adversos en la salud del paciente, lo que pone en peligro la salud de la comunidad, así como el sistema de salud colombiano. El propósito es la reducción de los eventos adversos y el aumento de la promoción de la seguridad del paciente. Por ello, la Alianza señaló seis esferas de actividad principales¹⁴.

1. Los Retos Globales: En 2005-2006, una atención limpia es una atención más segura+ y en 2007-2008 la cirugía segura salva vidas+.
2. Pacientes por su propia seguridad.
3. Taxonomía de la seguridad del paciente.
4. Investigación en el campo de la seguridad del paciente.
5. Soluciones para reducir los riesgos de la atención de salud y mejorar su seguridad.
6. Notificación y aprendizaje para mejorar la seguridad del paciente.

Así mismo, se hizo la entrega de nueve soluciones para la seguridad del paciente en el 2007 y la lista de verificación de seguridad quirúrgica.

Según el estudio Epidemiológico de 2009 realizado por el Instituto Nacional de salud de Colombia, las infecciones asociadas con la atención en salud han existido desde que se organizan hospitales; se estima que un millón cuatrocientos mil personas en todo el mundo sufren de infecciones contraídas en los hospitales. En países desarrollados, se considera que entre el 54% y el 10% de los pacientes contrae una o más enfermedades y se considera que entre el 15% y el 40% de los pacientes internados en atención crítica resultan afectados. En entornos bajos de recursos, las tasas de infección pueden superar el 20%, pero los datos disponibles son escasos y se necesita más investigación, en forma urgente, para evitar el peso de la enfermedad en los países en vía de desarrollo.¹⁵

Un estudio realizado en Australia en 1996 sobre la calidad de la atención en salud indica que existe un índice de eventos adversos entre el 3,5% y el 16,6% en los pacientes hospitalizados. En promedio, uno de cada diez pacientes ingresados a éste servicio sufre alguna forma de daño evitable que puede provocar discapacidades graves o incluso la muerte.¹⁶

Otros estudios han evidenciado la magnitud de los eventos adversos; es así como en el año 2000 el Harvard Medical Practice Study concluye que el 4% de los pacientes sufren algún tipo de daño en el hospital, el 70% de los eventos adversos provocan una incapacidad temporal, pero el 14% de los incidentes son mortales. El departamento de salud del Reino Unido en su informe del año 2000 estimó que se producen eventos adversos en cerca del 10% de las hospitalizaciones o alrededor de 850.000 eventos adversos al año.¹⁷ El Quality in Australian Health Care study publicado en 1996 halló una tasa de eventos adversos del 16.6% entre los pacientes de los diferentes hospitales en estudio.

En Colombia la calidad está regida por el Decreto 1011 de 2006, el cual establece el Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad social en Salud.

La seguridad del paciente es un tema muy complejo gracias a la multiplicidad étnica, social, económica, política, entre otras. Se debe mejorar el funcionamiento del sistema de la calidad en la atención, disminuir el riesgo y la seguridad del entorno, la conducta desmedida de algunos profesionales para la medicación exagerada e inocua al tratamiento de ciertas patologías y, como es de suponerse, disminuir las Infecciones asociadas a la atención en salud. Por ello, la vigilancia epidemiológica nace de la necesidad de evitar enfermedades infecciosas en los pacientes.

Otro problema, es la poca sensibilización que se hace al personal que labora en el sector salud y la falta de un mecanismo expedito que resuelva el problema de la afecciones en la atención. Sin embargo, y a pesar de que el Estado Colombiano ha impulsado algunas normas que buscan fortalecer la atención en salud de los pacientes y darle la seguridad necesaria para garantizarles una mejoría sustancial de su patología,

Este panorama trae consecuencias graves para el paciente, incluso causándole la muerte. En otros, sólo dejan algunas alertas sobre la atención y aparición de los eventos. Pero, un aspecto fundamental a tratar es el costo que genera para el Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia. Los costos económicos para atención de evento adversos se vienen convirtiendo en una constante preocupación, tanto para las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios, así como para los Prestadores de Servicios de Salud.

Finalmente, el Ministerio de Salud y la Protección Social de Colombia establece unas herramientas normativas y técnicas que propenden por la implementación de las buenas prácticas para la seguridad del paciente, por parte de todas las entidades cobijadas por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. Actualmente, se cuenta con 30 prácticas para la seguridad del paciente las cuales encuentran distribuidas en 4 grupos:

- Obtener procesos institucionales seguros: 8 prácticas
- Obtener procesos asistenciales seguros: 16 prácticas
- Incentivar prácticas que mejoren la actuación de los profesionales: 4 prácticas
- Involucrar los pacientes y sus allegados en su seguridad: 2 prácticas

2.2 Formulación del Problema

¿La Ips Indígena Cabildos de Cumbal, Panan, Chiles y Mayasquer cumple con las 10 Practicas Obligatorias para la Seguridad del Paciente exigidas por el sistema único de habilitación, actualmente reglamentado por la Resolución 2003 de 2014?

2.3 Justificación

La atención en salud es cada vez más compleja, utiliza tecnologías muy sofisticadas, se realizan más prestaciones, la diversidad de los profesionales y la variabilidad de sus prácticas va en aumento, por ello, recibir atención en salud entraña cada vez más riesgos potenciales, aun cuando cada día millones de personas son tratadas con éxito y de forma segura. El interés por estudiar y controlar los riesgos de la atención en salud no es nuevo. Ya en 1956 Moser las había llamado «las enfermedades del progreso de la medicina». En 1964, Schimmel publicó que el 20% de los pacientes que ingresaban en los hospitales presentaba alguna iatrogenia y que una de cada cinco era grave. En el año 2000, el Instituto de Medicina de Estados Unidos (EE.UU.), publicó el informe «Too err is human: building a safer health system». Este informe mostró al mundo el número de errores médicos evitables que ocurren cada día, analizando el carácter sistémico de los errores y planteando estrategias de prevención. En el año 2001, se publicó un informe de la Organización Mundial de la Salud sobre la presencia de efectos adversos en la práctica clínica, incluidas recomendaciones para su prevención y abordaje. En Canadá, en 2003 se creó el Canadian Patient Safety Institute; asimismo, el National Health Service en el Reino Unido establece un organismo específico para la temática, la National Patient Safety Agency. En el 2004, la agencia británica publicó un documento titulado «Steps to patient safety». Para el año 2005, la Agency for Health care Research and Quality (AHRQ) presentó una guía acerca de 30 prácticas de seguridad, desarrollada por el

National Quality Forum. En el ámbito de la Unión Europea, la seguridad del paciente se incluye entre los objetivos de diferentes programas y acciones comunitarias. Como resultado de la conferencia de la European Commission DG Health and Consumer Protection, celebrada durante el año 2005, se publicó la ~~Declaración~~ Declaración de Luxemburgo sobre seguridad del paciente, que incluye recomendaciones dirigidas a las instituciones europeas, las autoridades políticas y organizaciones sanitarias de los estados miembros. En el año 2006, fueron presentados. en una edición especial del Euro barómetro, los resultados de un estudio cuantitativo que analiza la incidencia de los errores médicos en diferentes países europeos.²³

En el ámbito colombiano, el Ministerio de Salud y de la Protección Social de Colombia expidió, en el año 2006, el Decreto 1011, por medio del cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud (SOGC) con miras a lograr y mantener la calidad de la prestación de los servicios de salud mediante el diseño e implementación de cuatro componentes: Sistema único de habilitación en salud, Programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud, Sistema de información para la calidad y Sistema único de acreditación en salud.

En junio de 2008 el Ministerio de Salud y la Protección Social de Colombia promulgan la Política de Seguridad del Paciente, la cual es transversal a los cuatro componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud mencionados anteriormente

La orientación hacia la prestación de servicios de salud más seguros, requiere que, la información sobre Seguridad del Paciente esté integrada para su difusión, despliegue y generación de conocimiento, con el fin de estimular a los diferentes actores al desarrollo de las acciones definidas en las líneas de acción y el logro del objetivo propuesto²³.

Colombia ha participado en la realización de dos estudios de prevalencia e incidencia de eventos adversos en los servicios hospitalarios y ambulatorios realizados en Latinoamérica, con el objetivo de guiar a todas las instituciones cobijadas por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud para que implementen la política institucional de seguridad del paciente. El estudio se centra en las IBEAS 2009 (Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica) y AMBEAS 2013 (Eventos adversos en pacientes que acuden a los servicios de atención ambulatoria en Latinoamérica).

En el año 2010 el Ministerio de la Protección Social, se publicó la Guía Técnica No. 1 de Buenas Prácticas en Seguridad del Paciente, en la cual se incluyen 10 paquetes Institucionales de implementación voluntaria por parte de la IPS Indígena Cabildo Cumbal, Panan, Chiles y Mayasquer, diez de las cuales son esenciales y se hicieron obligatorias en el marco del Sistema Único de Habilitación, con la expedición de la Resolución 2003 de mayo de 2014.

La inclusión de las buenas prácticas esenciales para la seguridad de pacientes como requisitos mínimos obligatorios, sin duda fortaleció la gestión para evitar las fallas ocurridas por la atención en salud a lo largo y ancho de Colombia además de contribuir en la extensión del compromiso por mitigar los riesgos, no sólo en las Instituciones Prestadoras de Servicio de Salud (IPS) hoy acreditadas o aquellas que se encuentran en la fase de preparación para la acreditación, sino en todos los prestadores de servicios de salud²⁴ reconocidos en el país (profesionales independientes, servicio especializado de transporte de pacientes, instituciones prestadoras de servicios de salud e instituciones con objeto social diferente).

Al hacer obligatorio el reporte de los eventos adversos y los incidentes, así como la medición de indicadores que evalúen la gestión de las fallas, se verá fortalecida

una cultura justa, no punitiva, pero que no fomente la irresponsabilidad en cumplimiento de los lineamientos de la Política Nacional de Seguridad del Paciente²⁴

A partir de las recurrentes necesidades que se identifican en las prácticas de la salud y los permanentes desafíos que enfrentan los agentes prestadores del servicio, se plantean las siguientes preguntas:

Mirando a la persona en sus diferentes dimensiones y al paciente como usuario de un servicio social, ¿cómo se entiende que todos los agentes de salud son, también, educadores, pedagogos y hacedores de la cultura?

Desde una mirada pedagógica y desde el compromiso con la educación permanente, ¿cómo promover las buenas prácticas para la seguridad del paciente y del agente prestador del servicio de salud, desde condiciones dignas y respetuosas de los derechos humanos?

Si el fin último del Estado es proteger la vida y la integridad de la persona, ¿cuál es la responsabilidad del profesional de la salud en función de reducir los riesgos en la prestación del servicio social?²⁴.

El interés en la atención centrada en el paciente como una estrategia de seguridad, refleja una creciente conciencia entre los prestadores de servicios de salud, en asuntos como la calidad y la seguridad que afectan la prestación del servicio, incluyendo los problemas derivados de los errores, el despilfarro y el abuso o la infrautilización de diversos tratamientos y de prácticas de atención¹⁹.

El despilfarro en relación con la facturación, las historias clínicas duplicadas, la mala calidad de los registros médicos, los retrasos, y la falta de acceso, entre

otros, hacen parte de las brechas en la calidad y la seguridad. Asimismo, hay otros problemas que se derivan del uso excesivo de los procedimientos y de la sobreprescripción de medicamentos; mientras que otros se producen como resultado de la subutilización de terapias que ya han demostrado ser eficaces, tales como algunas vacunas, exámenes de tamizaje y medicamentos como los beta bloqueadores después del infarto de miocardio, o el acetato más fosfato de betametasona en las pacientes con amenaza de parto pre término para prevenir el síndrome de dificultad respiratoria neonatal¹⁹.

Según el National Quality Forum¹⁹, los cinco elementos básicos para una cultura de calidad y seguridad son los siguientes:

- *Compromiso con el Aprendizaje Continuo y el Rediseño de Procesos:*

Las organizaciones que se han comprometido a mejorar la seguridad de los pacientes están abiertas a nuevas ideas, a buscar las mejores prácticas, y trabajar continuamente para identificar y abordar las deficiencias en la calidad y la seguridad. Los líderes de estas organizaciones deben tener una propensión a escuchar a los pacientes, a las familias, y a todo el recurso humano de sus instituciones, además de tratar las quejas y reclamos que se expresan como oportunidades de mejoramiento.

También deben alentar al personal y a sus directivas a evaluar y reproducir las mejores prácticas, participando en la investigación y en los esfuerzos de mejoramiento que les ayuden a identificar mejores formas de hacer las cosas.

- *Sistema de Identificación, Mitigación y Evaluación de Errores*

La existencia de métodos para identificar las fallas en los sistemas y en las prácticas, es fundamental para el éxito de los esfuerzos en la seguridad del paciente. Los métodos que pueden utilizarse incluyen el análisis de los factores humanos, las rondas de seguridad, y las estrategias de detección y prevención tempranas. La utilización de la tecnología y de otros mecanismos para reducir la variación y los errores, es un punto crítico. Estos mecanismos incluyen guías de práctica clínica, los sistemas de apoyo para la toma de decisiones, y las tecnologías relacionadas con la historia clínica electrónica y la sistematización de la información en línea.

- *Un Proceso para asegurar las competencias clínicas, técnicas, interpersonales y analíticas en la gestión de la calidad y en la planeación de la atención y desarrollo de los procesos*

Las IPS, los médicos y todo el recurso humano, deben ser tan hábiles en las prácticas de mejoramiento de la calidad, como lo son en la planificación de la atención y en su puesta en práctica. El modelo de competencias para cada grupo debe basarse explícitamente en los valores de la organización y destacar las habilidades clínicas y técnicas requeridas, así como, los conocimientos y expectativas sobre la conducta relacionadas con el trabajo en equipo, el liderazgo, la diversidad, el respeto, la atención centrada en la familia, la confidencialidad, la calidad, el mejoramiento continuo de la gestión de procesos, y la ética.

- *Una metodología en toda la organización para establecer prioridades: desarrollar metas y objetivos, además de y gestionar el desempeño*

Los sistemas de gestión de la información, tales como los tableros de control y los cuadros de mando, proporcionan información que permite a los líderes, a los prestadores y a todo el personal de la organización, establecer objetivos de mejoramiento y evaluar el progreso de las iniciativas puestas

en marcha. Estos sistemas deben ser de doble vía, para que todos los miembros de la organización, los pacientes, las familias, y los miembros de la junta, tengan una comprensión clara de los resultados de la organización, especialmente los relacionados con la calidad y la seguridad.

- *La Colaboración Interdisciplinaria y el Trabajo en Equipo como Normas*

La creación de una cultura de la seguridad requiere de la colaboración interdisciplinaria y del compromiso de todas las profesiones y departamentos. Esa colaboración es más probable que ocurra cuando la organización mantiene un modelo de liderazgo interdisciplinario, en el que enfermeras, médicos y administradores tienen un papel igual y complementario como líderes de las principales iniciativas y programas clínicos. Este modelo de liderazgo crea un clima en el que todo el recurso humano de la institución se ven unos a otros como clientes internos, y además respetan los puntos de vista de los miembros de otros departamentos y disciplinas como contribuciones únicas.

En la IPS indígena Cabildos Cumbal, Panan, Chiles y Mayasquer, acogiendo los postulados normativos aquí mencionados, se aprueba en el Reglamento Interno la conformación del comité de Seguridad del Paciente, mediante resolución No. 005 de fecha 04 de febrero de 2015. En dicho reglamento, se tratan temas relacionados con los principales riesgos en la prestación del servicio de salud y de cómo se debe proteger a los usuarios, mediante procesos obligatorios específicos para su evaluación y control e implementación de la Política Segura del Paciente como parte integral del Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad.

Además, se establece la responsabilidad de la IPS en el seguimiento a los eventos adversos derivados de los diferentes medicamentos (farmacovigilancia) y de los

dispositivos médicos de uso humano (tecnovigilancia), mencionado en los Decretos 2200 y 4725 de 2005 respectivamente.

Así mismo, corresponde al Comité de Seguridad del Paciente el autocontrol, y autoevaluación de los eventos adversos. Este organismo tiene el carácter asesor técnico-científico dentro de la institución y la retroalimentación de los resultados a los trabajadores.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo General

Verificar en el grupo de servicios de Consulta Externa de la IPS Indígena Cabildos Cumbal, Panan, Chiles y Mayasquer grado de cumplimiento de las 10 buenas prácticas para la seguridad del paciente, establecidas por el Ministerio de salud y la protección social en el documento guía técnica "Buenas para la seguridad del paciente en la atención en salud y adoptadas como obligatorias por la Resolución 2003 de 2014

3.2 Objetivo Específicos

- Verificar el grado de conocimiento del personal asistencial en el grupo de servicios de Consulta Externa (Medicina General, Odontología General, Consulta Prioritaria y Enfermería) de la IPS Indígena Cabildos Cumbal, Panan, Chiles y Mayasquer sobre la política de seguridad del paciente.
- Verificar la existencia y operatividad del sistema de reporte de incidentes y eventos adversos, que permita el análisis y la gestión de cada uno de ellos.
- Diseñar estrategias para propender por la seguridad del paciente en la prestación de los servicios de salud.
- Identificar el grado de ocurrencia de fallas activas que favorecen la generación de eventos adversos en salud.

4. MARCO TEORICO

4.1 Marco Jurídico

Constitución Política de Colombia de 1991

Artículo 48 define: %Garantizar a todos los habitantes del país el derecho irrenunciable a la seguridad social y a la salud, por lo cual el Estado deberá ampliar progresivamente la cobertura de seguridad social y deberá subsidiar a quienes, por escasez de recursos, no tiene acceso a los servicios de salud+.

Artículo 49: %expresa que la atención de la salud y el saneamiento son servicios públicos a cargo del estado, dirigidos según principios de eficiencia, universalidad y solidaridad+.

En virtud de lo anteriormente expuesto, cualquier falta que ocurra en la prestación de este servicio se puede considerar como inapropiada para los pacientes.

La seguridad del paciente tiene una gran responsabilidad por parte de los actores del sistema. El artículo 90 de la Constitución Política Colombiana, clasifica esa responsabilidad en dolosa y/o culposa, así como la facultad que el Estado tiene para efectuar repetición sobre los funcionarios responsables de éstas actuaciones²⁰.

Ley 23 de 1981, por la cual se dictan normas en materia de ética médica

Esta ley establece todo lo relacionado con la ética médica, pero además dicta la responsabilidad del médico frente al paciente. Es así como en el artículo 1 de la citada norma, prescribe el fin de la medicina como una profesión que cuida de la salud del hombre y propende por la prevención de la enfermedad el perfeccionamiento de la especie humana y el mejoramiento de los patrones de vida de la colectividad.

Así mismo, considera que el médico se ajustará a los principios metodológicos y éticos que salvaguarda los intereses de la ciencia y los derechos de la persona, protegiéndola del sufrimiento y manteniendo incólume su integridad.

El mismo artículo, en su numeral cuarto regula la relación médico-paciente. Al respecto comenta: %La relación médico-paciente es elemento primordial en la práctica médica. Para que dicha relación tenga pleno éxito, debe fundarse en un compromiso responsable, leal y auténtico, el cual impone la más estricta reserva profesional.+

Esta norma fue reglamentada por el Decreto 3380 de 1981, la cual expresa en el artículo:

%El médico cumple la advertencia del riesgo previsto, a que se refiere el inciso segundo del artículo 16 de la Ley 23 de 1981, con el aviso que en forma prudente, haga a su paciente o a sus familiares o allegados, con respecto a los efectos adversos que, en su concepto, dentro del campo de la práctica médica, pueden llegar a producirse como consecuencia del tratamiento o procedimiento médico.+

Ley 100 de 1993, por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones

El nuevo Sistema General de Seguridad Social en Salud fue creado mediante la Ley 100/93 (Colombia, 1993), la cual estableció también la reforma del sector de servicios de salud. Entre los principios que orientan la reforma, la equidad ocupa un lugar preeminente, y es entendida como la provisión gradual de servicios de salud de igual calidad a todos los habitantes de Colombia, independiente de su capacidad de pago.

Con la reforma, se implementó un sistema cuya administración y financiamiento se articulan en dos modalidades: los regímenes contributivo y subsidiado. Al régimen contributivo accede el sector poblacional con capacidad de pago o cotizante inserto en el mercado formal de trabajo. Al régimen subsidiado acceden los grupo

de población de poca o ninguna accesibilidad económica, categorizada como población pobre y vulnerable²⁴.

Artículo 173. Se destaca dentro del artículo dos funciones enfocadas a la garantía de la seguridad del paciente en el proceso de atención en una institución de salud las siguientes: la responsabilidad del Ministerio de Trabajo de optar por políticas y proyectos asociados al plan de desarrollo y, la regulación de la calidad de los servicios de salud por parte de los actores del sistema.

El artículo 180 reglamenta que todas las entidades Promotoras de Salud sin importar su naturaleza, deben tener como principios básicos la Calidad y la eficiencia, para la atención de los pacientes.

Artículo 186. El Gobierno Nacional propiciará la conformación de un sistema de acreditación de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, para brindar información a los usuarios sobre su calidad y promover su mejoramiento.

Artículo 227. Es facultad del Gobierno Nacional expedir las normas relativas a la organización de un sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención de salud, incluyendo la auditoría médica de obligatorio desarrollo en las Entidades Promotoras de Salud, con el objeto de garantizar la adecuada calidad en la prestación de los servicios. La información producida será de conocimiento público.

Ley 715 de 2001, por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros.

En lo relacionado con la prestación de los servicios de salud, otorga la responsabilidad de la nación y los entes territoriales el dirigir, coordinar y vigilar el sector salud, tanto del sector público como privado. Además obliga a todo prestador del servicio de salud a demostrar su capacidad tecnológica y científica, así como la suficiencia patrimonial que evite contratiempos a la hora de prestar

sus servicios. Eso de alguna manera, sirve de garantía para la seguridad del paciente en su atención.

Ley 1122 de 2007, por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones

Esta tiene como objeto realizar ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios. Con este fin se hacen reformas en los aspectos de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización y mejoramiento en la prestación de servicios de salud, fortalecimiento en los programas de salud pública y de las funciones de, inspección, vigilancia y control y la organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud²⁴.

Ley 1438 de 2011, por la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras.

Esta norma deja determinado en su Artículo Tercero los principios del Sistema General de Seguridad Social en Salud, dentro de los cuales se encuentran la Calidad, la cual es definida como la atención de los paciente de acuerdo a las evidencia científicas de forma segura y oportuna, pero ante todo, humanizada.

Decreto 1011 de 2006, por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SOGCS).

Aplica a todos prestadores de servicios de salud, las Entidades Promotoras de Salud, las Entidades Promotoras del Régimen Subsidiado, las Entidades Adaptadas, las Empresas de Medicina Prepagada y a las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud que operen en todo el

territorio colombiano, excepto a las Instituciones del Sistema de Salud pertenecientes a las Fuerzas Militares y a la Policía Nacional, las cuales podrán acogerse de manera voluntaria al SOGCS y de manera obligatoria, cuando quieran ofrecer la prestación de servicios de salud a Empresas Administradoras de Planes de Beneficios -EAPB-, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud -IPS-, o con Entidades Territoriales.

Este Decreto se constituye en una herramienta importante, tanto en calidad en la prestación de los servicios de salud, así como en la seguridad que el paciente debe tener al momento de la prestación del servicio. Reglamenta la Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud como un mecanismo continuo de evaluación y mejoramiento.

Entonces, ¿qué es la calidad de la atención en salud? Debe ser entendida como la prestación del servicio profesional y óptimo, con el fin de lograr la satisfacción plena de los usuarios.

El artículo 3º establece que todos los resultados de la atención, debe estar centrados en la atención del usuario con accesibilidad, oportunidad y Seguridad. Por lo tanto este Decreto reafirma la seguridad como un conjunto de estructuras, procesos e instrumentos que minimizan el riesgo de sufrir evento adverso en el proceso de atención.

Decreto 4747 de 2007, por la cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones.

Esta norma regula, entre otras cosas, el proceso de auditoría de la calidad de los servicios de salud. Esta auditoría está inmersa en el programa para el mejoramiento de la calidad PAMEC. Lo que se busca es la adecuada prestación del servicio de salud, minimizando los errores y maximizando la calidad en la atención.

Decreto 903 de 2014, por el cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema Único de Acreditación en Salud

Este decreto tiene por objeto dictar disposiciones y realizar ajustes al Sistema Único de Acreditación en Salud, como componente del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud. Su campo de aplicación son las instituciones prestadoras de servicios de salud, las Entidades Promotoras de Salud, a las Entidades Administradoras de Riesgos Laborales y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que presten servicios de salud ocupacional, que voluntariamente decidan acogerse al proceso de acreditación previsto en dicha norma.

Resolución 13437 de 1991, por la cual se constituyen los comités de hospitalaria y se adoptan el decálogo de los derechos de los pacientes.

Esta resolución fortalece mucho más la cultura de seguridad del paciente, toda vez que obliga a la creación de los comités de ética hospitalaria en los prestadores de servicios de salud y además, adopta el decálogo de los derechos de los pacientes. Sumado a lo anterior, la citada resolución propende por la humanización de la atención de los pacientes y su mejoramiento. Garantiza la calidad en la prestación del servicio público de salud y la no restricción del servicio por motivos de raza, sexo, edad, idioma, etc. Como es de deducirse, todo esto necesariamente desembocara en una atención segura del paciente.

Resolución número 2003 de 2014, 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.

Esta resolución tiene por objeto definir los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios

de salud, así como adoptar el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud que hace parte integral de la presente resolución.

En su artículo 8, resalta la responsabilidad del Prestador de Servicios de Salud cuando habilite un servicio. Él es responsable del cumplimiento de todos los estándares aplicables al servicio que se habilite, independientemente de que para su funcionamiento concurren diferentes organizaciones o personas para aportar al cumplimiento de los estándares. En consecuencia, el servicio debe ser habilitado únicamente por el prestador responsable del mismo, y no se permite la doble habilitación.

En el Manual de Inscripción de prestadores y habilitación de servicios de salud que hace parte integral de ésta resolución, en el aparte 2.3.1 Estándares de habilitación para todos los servicios+, se establece en el grupo de procesos prioritarios los criterios que buscan atender la seguridad del paciente, entendida ésta 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.

Resolución 2082 de 2014, por la cual se dictan disposiciones del Sistema Único de Acreditación en Salud.

El artículo 2 de ésta resolución establece los ejes trazadores que fundamentan los procesos del sistema único de acreditación en salud, dentro de los cuales se encuentra la gestión clínica excelente y segura, cuya meta es minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención en salud y generar resultados e impactos en términos de contribución a la salud y bienestar a la sociedad.

Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente en la República de Colombia. Ministerio de la Protección social de Colombia, 2008

En la prestación de la atención en salud, la seguridad del paciente es un factor preponderante. Por ello, se establecen unos principios transversales de la política de seguridad del paciente. Estos principios son:

- 1. Enfoque de atención centrado en el usuario.** Significa que lo importante son los resultados obtenidos en él y su seguridad, lo cual es el eje alrededor del cual giran todas las acciones de seguridad del paciente.
- 2. Cultura de Seguridad.** El ambiente de despliegue de las acciones de seguridad del paciente deben darse en un entorno de confidencialidad y de confianza entre pacientes, profesionales, aseguradores y la comunidad. Es deber de los diferentes actores del sistema facilitar las condiciones que permitan dicho ambiente.
- 3. Integración con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.** La política de seguridad del paciente es parte integral del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, y es transversal a todos sus componentes.
- 4. Multicausalidad.** El problema de la seguridad del paciente es un problema sistémico y multicausal en el cual deben involucrarse las diferentes áreas organizacionales y los diferentes actores.
- 5. Validez.** Para impactarlo se requiere implementar metodologías y herramientas prácticas, soportadas en la evidencia científica disponible.
- 6. Alianza con el paciente y su familia.** La política de seguridad debe contar con los pacientes y sus familias e involucrarlos en sus acciones de mejora.
- 7. Alianza con el profesional de la salud.** La política de seguridad parte del reconocimiento del carácter ético de la atención brindada por el profesional de la salud y de la complejidad de estos procesos por lo cual contará con la

activa participación de ellos y procurará defenderlo de señalamientos injustificados.

Guía técnica Í buenas prácticas para la seguridad del paciente. Ministerio de la Protección social de Colombia, 2010

La elaboración de las recomendaciones de esta guía técnica en salud se basa en las siguientes premisas:

- La responsabilidad de dar seguridad al paciente es de todas las personas en la institución.
- Para brindar atención en salud segura es necesario trabajar proactivamente en la prevención y detección de fallas de la atención en el día a día, las cuales cuando son analizadas, enseñan una lección que al ser aprendida previene que la misma falla se repita posteriormente.
- Para aprender de las fallas es necesario trabajar en un ambiente educativo no punitivo, pero a la vez de responsabilidad y no de ocultamiento.
- El número de eventos adversos reportados obedece a una política institucional que induce y estimula el reporte, más no al deterioro de la calidad de atención.
- El riesgo para un paciente de sufrir eventos adversos mientras se le atiende existe en todos los Instituciones prestadoras de servicios de salud del mundo¹.

El principal objetivo de este documento, es guiar a todas las instituciones cobijadas por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud para que implementen la política institucional de seguridad del paciente, aunque las recomendaciones de esta guía también pueden ser implementadas por las instituciones de salud que están exentas del SOGC en Colombia, así como cualquier otra institución en el mundo que la considere de utilidad para sus propios procesos de seguridad del paciente¹

Las recomendaciones de esta Guía se consideran recomendaciones técnicas de voluntaria aplicación por los actores del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en

Salud, no obstante cuando el Ministerio de la Protección Social expida las correspondientes normas que adoptan total o parcialmente algunas de estas recomendaciones como estándares de habilitación o como estándares de acreditación, según el caso; precisando el formato de acuerdo con las especificaciones en cada uno de estos componentes del SOGC, tendrán el grado de obligatoriedad que la norma determine, de acuerdo a lo establecido por el artículo 2° del Decreto 1011 de 2006+¹

Paquetes Instruccionales Para la implementación de las buenas prácticas de seguridad del paciente, Ministerio de Salud de Colombia, 2015.

El objetivo de esta herramienta es lograr que el lector identifique de forma ágil y dinámica los componentes fundamentales de un programa de seguridad del paciente y el paso a paso para la implementación práctica. Así mismo:

- Comprender la Política Nacional de Seguridad del paciente y sus lineamientos.
- Diseñar, implementar y mejorar continuamente un Programa institucional de seguridad del paciente y sus actividades relacionadas.
- Liderar al interior de sus organizaciones:
 - El despliegue y la capacitación de los colaboradores de la Política y programa de seguridad del paciente
 - La implementación de las metodologías existentes más comunes en relación con el análisis y la gestión de riesgos.
 - Las actividades de búsqueda activa de eventos adversos
 - La implementación del Sistema de Reporte de eventos
 - La metodología de investigación de eventos
 - Las metodologías de análisis de eventos
 - El diseño e implementación de las acciones de mejora
 - El seguimiento a la implementación efectiva de las acciones de mejora

- La implementación de una cultura justa de la seguridad del paciente
- Las actividades a desarrollar tendientes a promover, mantener y mejorar una cultura de seguridad.

4.2. Marco conceptual

Es incuestionable que la Seguridad del Paciente es un factor importante en la prestación de los servicios de salud. Actuar frente a ello significa un beneficio para los demandantes del sistema y menores costos en la atención, relacionados con la gestión integral de los eventos adversos incidentes presentados con ocasión a la atención en salud. De igual forma, el impulso a la cultura de calidad y de la seguridad, es uno de los principales objetivos que debe tener cada institución que presta estos servicios.

La seguridad del paciente no debe limitarse o delegarse a una parte de la organización, como lo son el personal médico y para-médico, sino que es una articulación de todos y cada uno de los trabajadores que de alguna manera tienen relación directa o indirecta con el paciente. Por lo tanto, la seguridad del paciente es un compromiso de toda la organización.

La Cultura de Seguridad del paciente es un patrón integrado del comportamiento individual y organizacional, basado en las creencias y valores compartidos, que continuamente busca minimizar el daño al paciente que puede resultar de los procesos de atención en salud (Kizer, 1999). Para promoverla, es necesario establecer unos mecanismos de evaluación que permitan conocer de manera detallada la implementación de buenas prácticas por parte de la institución y la percepción que tiene el paciente a cerca de ello. Además, se requiere de la identificación permanente de los eventos adversos y establecer las acciones de mejora acciones necesarias orientadas a su intervención.

Finalmente, cada practica o asistencia en salud de alguna manera expresa intrínsecamente un riesgo en dicha actividad. Este riesgo se refiere al peligro al que el paciente está expuesto en forma de resultado no esperado y desfavorable²⁶. Estudios realizados para la atención segura en salud, consideran que al menos el 10% de los pacientes que asisten para la atención sufrirán de un incidente.²⁶

4.3 Marco Espacial

4.3.1 Entorno Externo

4.3.1.1 Identificación del municipio

Nombre del municipio: Cumbal

Código Dane: 52227

Fecha de fundación: 20 de julio de 1925

Nombre del(os) fundador (es): Cumbal fue fundada por el Cacique CUMBE %onema que hace referencia a que el nombre de Cumbal es de origen Maya

4.3.1.2 Reseña histórica

Después del terremoto de 1923, Cumbal es una población en dos tiempos: la antigua y la nueva, la del breve pendió del cerro y la que se extiende prometedora en el Llano de piedras.

Según distintas versiones históricas, Cumbal fue fundada en el año 1529 por el Cacique CUMBE %onema que hace referencia a que el nombre de Cumbal es de origen Maya, pues su nombre surge del nombre del Sacerdote indígena CHILLAN CAMBAL proveniente de la Península de Yucatán.

Otra versión indica que a la vieja población del Llano de Piedras también denominada originalmente con el nombre de %BAVOS+, le fue cambiada su denominación por la de CUMBA en 1547.

Con posterioridad a 1923, el ilustrísimo señor Antonio María Pueyo de Val la bautizó de CUMBAL DE LAS MERCEDES. %Cumba+ es la palabra Quichua que significa tronera, esto es traga luz o pequeña abertura sobre el techo de las casas campesinas destinada principalmente a desalojar el humo del interior. Nombre apropiado para el pueblo situado a las faldas del volcán.

Hacia 1713, según lo atestigua un curioso documento pictórico, la antigua población de Cumbal constaba solamente de nueve casas pajizas levantadas en torno a una capilla de las mismas características; otra versión afirma que %a los mercedarios, a mediados del siglo XVI, mejor dicho por los años 1561 a 1566, evangelizaron a los Indios Pastos y aprovechándolos para la vida civil fundaron los pueblos que desde entonces se llamaron Guachucal, Muellamués, Cumbal, Colimba, Yascual.+

Cumbal fue erigido como Municipio por la Asamblea Departamental de Nariño en 1911, mediante la Ordenanza No. 053 de ese año. El 2 de Enero de 1924 el Concejo Municipal dictó el Acuerdo No. 10 mediante el cual se expropió al Cabildo de Cumbal setenta hectáreas de terreno donde se asentaría la nueva población; Juvenal de los Ríos Alvarez quien actuaba entonces como Alcalde promovió la construcción del nuevo pueblo; los doctores Benjamín Burbano y Samuel Chávez actuaron como contratistas para levantar el plano de la ciudad y el señor Virgilio Ramírez fue encargado para el trazado de las calles.

La fundación civil de la nueva población data de fecha 20 de Julio de 1925 cuando se celebró la Escritura Pública No. 128, mediante la cual la Alcaldía Municipal

adjudicó terrenos para la construcción de viviendas, obras públicas y demás servicios de la ciudad; el mismo día se inauguró el lote de la plaza principal y se colocó la primera piedra del Palacio Municipal.

4.3.1.3 Geografía

Descripción Física

El municipio de Cumbal, está situado al Sur Occidente del Departamento de Nariño limitando con la República del Ecuador y en la altiplanicie de Tuquerres e Ipiales, Hace parte de la cordillera andina que se considera como una región de piso térmico frío.

4.3.1.5. Indicadores²¹

Población

No. Habitantes Cabecera: 6.712

Tasa Bruta de natalidad: 7.3 x 1000 habitantes

Tasa Bruta de mortalidad: 3.4 x 1000 habitantes

No. Habitantes Zona Rural: 24.284

Total Habitantes: 30.996

Distribución por sexo

No. Hombres: 14.342

No. Mujeres: 13.606

Educación

El municipio de Cumbal, cuenta con una población estudiantil en etapa preescolar del 9.33% del total de habitantes en edad escolar. Así mismo. En básica primaria el 60.15%, básica secundaria de 15.26% y Media de 15.26%, en el sector Rural. En el área urbana, los datos son los siguientes: Preescolar 5.90%, Básica Primaria 31.48%, Básica Secundaria 31.31% y Media de 31.31%.

Servicios públicos

En cuanto a la cobertura de servicios públicos en el Municipio de Cumbal, en el sector urbano cuenta con el Ochenta y dos por ciento (82%) de hogares con el servicio de acueducto y alcantarillado. Este dato contrasta con la baja cobertura del sector rural que apenas llega al Veinticinco por ciento (25%). La cobertura total para todo el municipio es de 18%.

Nivel socio-económico

El número de hogares con Necesidades Básica Insatisfechas se dividen en urbana con 42.14% y Rural con 16.69% de la población.

4.3.2. Entorno Interno- Datos generales de la empresa

Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud: IPS Indígena Cabildos Cumbal Panan Chiles y Mayasquer

Código de inscripción en el registro especial de prestadores: 5222700091

Numero de sedes: 2

Fecha de la inscripción en el registro especial de prestadores: 24 de Octubre de 2006

Nivel de Atención: I nivel

Ubicación: Municipio de Cumbal, Nariño

Horario de atención: lunes a Viernes de 7 am a 12 m y 1:30 pma 5 pm

Descripción de la empresa

La IPS indígena Cabildos de Cumbal, Panan, Chiles y Mayasquer, es una institución prestadora de servicios de salud del primer nivel de complejidad, fue creada el 1º DE MARZO DEL año 2000 mediante Acta N° 005 en reunión de la Asamblea General de los Cabildos Indígenas del Gran Cumbal, Panan, Chiles y Mayasquer y la comunidad. Sin embargo, desde el año 1998 viene la lucha gracias a las Autoridades Indígenas y la comunidad, con el objetivo de prestar servicios de salud más integrales de acuerdo a las condiciones socio-económicas, la cultura, usos y costumbres de la comunidad y para que los servicios de salud se presten con calidad y eficiencia.

Los servicios de salud que se ofrecen en la IPS Indígena Cabildos Cumbal, Panan, Chiles y Mayasquer son:

Tabla 1. Servicios Habilitados por el Instituto Departamental de Salud de Nariño

GRUPO	NOMBRE DEL SERVICIO	SEDE 1	SEDE2
Consulta externa	Enfermería	X	X
	Medicina general	X	X
	Odontología general	X	X
	Psicología	X	
	Consulta prioritaria	X	
Apoyo diagnóstico y complementación terapéutica	Laboratorio clínico	X	
	Toma de muestras de laboratorio clínico	X	X
	Servicio farmacéutico	X	
	Toma e interpretación de radiografías	X	

GRUPO	NOMBRE DEL SERVICIO	SEDE 1	SEDE2	
	odontológicas			
	Tamización de cáncer de cuello uterino	X		
Protección específica y detección temprana	Detección temprana . alteraciones de crecimiento y desarrollo (menor a 10 años)	X	X	
	Detección temprana . alteraciones del desarrollo del joven (de 10 a 29 años)	X	X	
	Detección temprana . alteraciones del embarazo	X		
	Detección temprana . alteraciones en el adulto (mayor a 45 años)	X	X	
	Detección temprana. Cáncer de cuello uterino	X	X	
	Detección temprana . alteraciones de la agudeza visual	X	X	
	Protección específica . atención preventiva en salud bucal	X	X	
	Protección específica	Protección específica . atención en planificación	X	X

GRUPO	NOMBRE DEL SERVICIO	SEDE 1	SEDE2
y detección temprana	familiar hombres y mujeres		

Fuente: Constancia de Autoevaluación . IPS Indígena Cabildos Cumbal, Panan, Chiles y Mayasquer 2015

4.3.2.1. Espacios destinados para la atención de los usuarios

Tabla 2. Espacios destinados para la atención en la IPS Indígena Cabildos Cumbal, Panan, Chiles y Mayasquer

Espacios físicos	Cantidad
Consultorios médicos	5
Consultorios odontológicos	3
Consultorio de psicología	1
Consultorio de terapia física	1
Consultorios de enfermería	1
Consultorio para toma de citologías	1
Consultorio de higiene oral	1
Sala de curaciones y procedimientos menores	1
Laboratorio clínico y toma de muestras	1
Ambiente de Admisión y Registro	1
Ambiente de archivo de historias clínicas	1
Servicio Farmacéutico	1
Ambiente de Medicina tradicional	1
Ambiente de facturación	1

Fuente: Portafolio de Servicio, IPS Indígena Cabildos Cumbal, Panan, Chiles y Mayasquer 2015.

4.3.2.2 Talento humano

Ips Indígena Cabildos Cumbal Panan Chiles y Mayasquer cuenta con 126 trabajadores, cuya modalidad de vinculación es la contratación por prestación de servicios. Existen dos cargos que tiene la figura de contrato laboral con formalidades plenas, ellos son el cargo de tesorero y el representante legal.

El personal Profesional y Técnico es el siguientes: Seis (6) médicos generales, Cuatro (4)Odontólogos, Seis (6)higienistas Orales, Una (1)Bacterióloga, Una (1)Psicóloga, Una (1) Regente de Farmacia, Seis (6) Enfermeras, dos (2) Contadores Publico, Seis Auxiliares de enfermería, Un (1)Estadístico en Salud.

4.3.2.3 Estructura Orgánica



Fuente: Organigrama IPS Indígena Cabildos Cumbal, Panan, Chiles Y Mayasquer. Enero de 2008

4.3.2.4 Plataforma estratégica

- **Misión**

Prestar servicios de salud del primer nivel de complejidad: atendiendo al usuario con calidad humana, técnica y profesional respetando en todo momento la cultura propia y la medicina tradicional y fortaleciendo los estilos de vida saludable de la comunidad indígena y no indígena del Municipio de Cumbal.

- **Visión**

Ser una Institución pionera en prestación de Servicios de Salud con calidad, que conjugue la práctica de la medicina occidental y la medicina tradicional; a través de un sistema de gestión de calidad que garantice un talento humano competente, el mejoramiento de la infraestructura, la actualización tecnológica, brindando a la comunidad seguridad en todos los procesos de atención.

- **Valores corporativos**

- *Respeto por el saber propio:* Respetar las creencias, las técnicas y prácticas de la Medicina Tradicional indígena.
- *Compromiso social:* Administrar y supervisar la correcta utilización de los recursos económicos, tecnológicos y de recurso humano para optimizar la prestación de los servicios de salud, de manera que estos sean accesibles, oportunos, pertinentes y seguros para los usuarios, contribuyendo al mejoramiento de la calidad de vida de la comunidad indígena y no indígena.
- *Ética:* Actuar de acuerdo con los principios morales de honestidad, respeto por las personas, solidaridad, responsabilidad, transparencia y disciplina, entre las directivas, los trabajadores y los usuarios de la institución.

- *Trabajo en equipo:* Crear un ambiente laboral donde el personal pueda desarrollar al máximo sus capacidades y realice su trabajo con responsabilidad, sentido de pertenencia, lealtad y especialmente *apoyo interdisciplinario* para el logro de las metas y objetivos institucionales.
- *Productividad:* Trabajar con estándares de eficiencia y eficacia que garanticen la solides financiera para la permanencia y el crecimiento institucional.

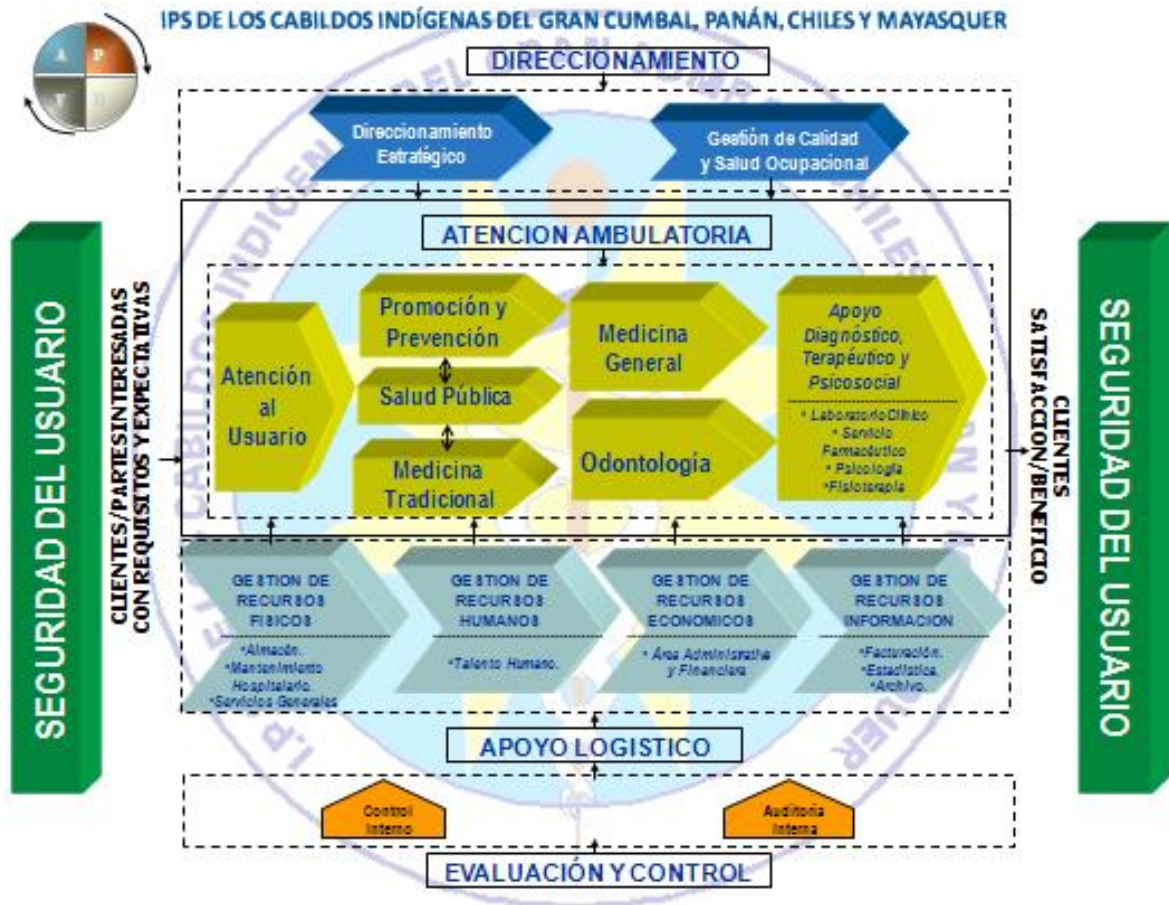
- **Política de Calidad**

Garantizar la prestación de servicios de salud con responsabilidad social, atendiendo al usuario con oportunidad, seguridad, accesibilidad, pertinencia y continuidad, apoyándose en talento humano competente y la mejora continua de los procesos.

- **Objetivos de calidad**

- Garantizar al usuario seguridad en todos los procesos de atención.
- Garantizar talento humano competente.
- Garantizar rentabilidad financiera con responsabilidad social.

4.3.2.5 Mapa de procesos



Fuente: Plan Estratégico Ips Indígena Cabildos Gran Cumbal, Panan, Chiles Y Mayasquer. Enero de 2008

4.3.2.6 Programa Institucional de Seguridad del Paciente

El programa de seguridad del paciente de la Ips Indígena Cabildos Cumbal, Panan, Chiles y Mayasquer tiene las siguientes funciones:

- Promoción de cultura de seguridad
- Reporte y Gestión de Eventos Adversos

Acciones de reducción del riesgo

- Revisar anualmente todas las guías clínicas y protocolos asistenciales para determinar los riesgos y realizar planes de acción. Los coordinadores de las respectivas áreas realizan las modificaciones y actualización de los protocolos de acuerdo a la evaluación de riesgos encontrada y son los responsables de su socialización.
- Diseñar y aplicar quincenalmente listas de chequeo para evaluar la adherencia del personal a las guías y protocolos más importantes y con base en las oportunidades de mejora identificada establecer planes de acción para su intervención.
- Sensibilizar a todo el personal frente a posibles errores. En las reuniones mensuales que realiza en la institución y dentro del plan de capacitación interno, se hace énfasis en el programa de seguridad del paciente y su incidencia dentro de la calidad en la prestación de los servicios de salud.
- Realizar, por parte del equipo funcional del programa de Seguridad del Paciente y los Coordinadores de las áreas, campañas recordatorias entre el personal para prevenir los errores que sean detectados con mayor frecuencia.
- Elaborar material didáctico como folletos y afiches, sobre los procesos de seguridad en la atención en salud y las estrategias de la institución.
- Realizar rondas de seguridad supervisión directa. Las rondas de seguridad por los servicios se efectúan cada 15 días por parte del equipo funcional de Seguridad del Paciente.
- Implementar programas de educación continuada relacionados con la seguridad del paciente. Los temas a tratar se incluyen dentro del plan de capacitaciones internas y el responsable de velar por su implementación es el proceso de Talento Humano en la institución.
- Llevar registro estadístico de los errores y eventos adversos reportados e informar a todo el personal periódicamente, haciendo análisis de las causas y generar planes de acción para evitar que se repitan.

Mecanismos para la identificación de eventos adversos:

- Fomentar el auto reporte de incidentes, errores y eventos adversos, teniendo en cuenta la premisa de trabajar en un ambiente educativo no punitivo, pero a la vez de responsabilidad y no de ocultamiento.
- Aceptar los reportes de otras personas o procesos en casos en que no se genere el auto reporte.
- Realizar rondas de Seguridad.
- Aplicar listas de verificación, instrumentos de tamizaje para la detección de eventos adversos.

Lineamientos y estrategias de seguridad en los procesos asistenciales.

Lineamiento 1. Una atención limpia es una atención segura.

- Estrategia 1: fortalecer la práctica de lavado de manos en la institución.
- Estrategia 2: aplicar las técnicas de asepsia en todos los procedimientos que se realicen durante la prestación de la atención de salud
- Estrategia 3: manejar adecuado de los desechos peligrosos
- Estrategia 4: establecer prácticas de bioseguridad
- Estrategia 5: implementar acciones de educación continua al usuario y su familia en relación con el tema de seguridad del paciente
- Estrategia 6: administrar los medicamentos en forma limpia y segura

- Estrategia 7: monitorear, registrar e intervenir el, evento adverso asociado a la atención limpia y segura al usuario

Lineamiento 2. Investigación y análisis de los eventos adversos.

- Estrategia 1: sistematizar la recolección y análisis de datos referidos a los eventos adversos que se presenten en la atención al usuario

- Estrategia 2: monitorear la calidad de la información de los reportes de eventos adversos e incidentes.
- Estrategia 3: incorporar criterios de calidad y seguridad del paciente en los compromisos de gestión institucional.

Lineamiento 3. Los insumos seguros aseguran la atención

- Estrategia 1: optimizar la cadena de abastecimiento
- Estrategia 2: mejorar la utilización de los insumos
- Estrategia 3: asegurar la calidad de los insumos utilizados en los diferentes servicios de la institución

Lineamiento 4. Laboratorio Clínico

- Estrategia 1: garantizar la calidad de los resultados de los exámenes en función del estado clínico del paciente

Lineamiento 5: Áreas administrativas

- Estrategia 1: involucrar al personal del área administrativa en la política de seguridad del paciente

5 Metodología

5.1 Tipo de estudio

El presente estudio pertenece al tipo de investigación descriptiva de corte Transversal, en virtud de la identificación en la IPS Indígena Cabildos Gran Cumbal, Panan, Chiles y Mayasquer del grado de cumplimiento de las 10 buenas prácticas para la seguridad del paciente, establecidas por el Ministerio de salud y la protección social en el documento guía técnica buenas prácticas para la seguridad del paciente en la pensión y salud y adoptadas como obligatorias por la resolución 2003 de 2014 en el grupo de servicios de Consulta Externa (Medicina General, Odontología General, Consulta Prioritaria y Enfermería).

Además, se realizó un análisis documental de bibliografía consultada en Internet; se consultó la página del Ministerio de Salud, la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la salud, como órganos rectores en temas de salud²⁵. Se realizó la revisión bibliográfica existente sobre el tema y los formatos de estándares de la norma aplicable. Se tomó como referente los modelos aplicados por la IPS Indígena Cabildos Cumbal, Panan, Chiles y Mayasquer para la seguridad del paciente.

5.2 Enfoque metodológico de la investigación

Se analiza la situación de la seguridad del paciente en la IPS Indígena Cabildos Cumbal, Panan, Chiles y Mayasquer, durante las rondas de seguridad que se llevan a cabo en la institución, mediante la aplicación de la lista de chequeo de las 10 prácticas de seguridad del paciente, reglamentada por la resolución 2003 de 2014, con algunas modificaciones

En cuanto a las rondas de seguridad, la técnica de recolección de información se basa en la observación, indagación directa y revisión de historias clínicas en

compañía del auditor médico y la coordinadora del programa de seguridad del paciente de la institución; para ello, se visita un servicio de la institución elegido al azar y se aplica la lista de chequeo anteriormente mencionada. Cada respuesta es valorada con una calificación de Cumple / No Cumple.

Sumando a lo anterior, se consultan las actas de las reuniones del comité de seguridad del paciente de la IPS Indígena Cabildos Cumbal, Panan, Chiles y Mayasquer con el único fin de efectuar una comparación de los eventos adversos que se han presentado en la institución y si algunos de ellos se han superado o por el contrario persiste. Este análisis es procedente para establecer ciertos comportamientos en la atención de salud y las causas, incidencia o prevalencia de los eventos o incidentes que se presentan.

5.3 Instrumento de recolección de datos

El estudio se base en el diligenciamiento de la lista de chequeo a partir de la información obtenida de las rondas de seguridad y las actas de las reuniones del comité de seguridad del paciente de la Ips Indígena Cabildos Cumbal, Panan, Chiles y Mayasquer.

5.4 Variables a evaluar

Las variables objeto de evaluación de este trabajo, son congruente con los objetivos planteados; estas son:

- **Variable No. 1.** Contar con un programa de seguridad del paciente que provea una adecuada caja de herramientas para la identificación y gestión de eventos adversos. Esta se compone a su vez de 11 criterios.
- **Variable No. 2.** Monitorización de aspectos relacionados con la seguridad del paciente. Esta se compone a su vez de 2 criterios.
- **Variable No. 3.** Detectar, prevenir y reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención en salud. Esta se compone a su vez de 2 criterios.

- **Variable No 4.** Mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos. Esta se compone a su vez de 10 criterios.
- **Variable No. 5.** Asegurar la correcta identificación del paciente en los servicios asistenciales. Esta se compone a su vez de 3 criterios.
- **Variable No. 6.** Procesos para la prevención y reducción de la frecuencia de caídas. Esta se compone a su vez de 2 criterios.
- **Variable No. 7.** Garantizar la atención segura del binomio madre hijo. Esta se compone a su vez de 5 criterios
- **Variable No. 8.** Conocimiento del paciente acerca de su condición. Esta se compone a su vez de 2 criterios
- **Variable No 9.** Consentimiento informado. Esta se compone a su vez de 2 criterios.

Tabla 3. Variables y criterios

BUENAS PRÁCTICAS DE SEGURIDAD DE PACIENTES .- ÍTEMS A VERIFICAR	NATURALEZA	CALIFICACIÓN
Variable no. 1. Contar con un programa de seguridad del paciente que provea una adecuada caja de herramientas para la identificación y gestión de eventos adversos	Cualitativa	Cumple No cumple
a. Plataforma Estratégica de la Seguridad		
Criterio No. 1. Evidencia del compromiso de la alta Dirección de forma explícita a través de una política de seguridad que cumpla lineamientos nacionales (Propósitos, sistema institucional de reporte de incidentes y eventos adversos, referente o equipo funcional líder del programa de seguridad de pacientes, estrategias de sensibilización y capacitación institucionales, homologación de conceptos de la seguridad de pacientes, integración con otras políticas y con la planeación estratégica, participación del paciente y su familia)		
Criterio No. 2. Evidencia de la existencia de un referente y/o equipo funcional para la Seguridad de Pacientes, cuyas		

BUENAS PRÁCTICAS DE SEGURIDAD DE PACIENTES .- ÍTEMS A VERIFICAR	NATURALEZA	CALIFICACIÓN
funciones principales son relacionadas con la gestión de la seguridad de pacientes y socialización en la entidad		
Criterio No. 3. Evidencia de la existencia y operación periódica de un Comité de Seguridad de Pacientes que repose en actas. El comité cuenta con unos integrantes mínimos permanentes, entre los que se cuenta un referente de la seguridad del paciente, un colaborador tomador de decisiones de los procesos misionales y de los procesos administrativos o en su defecto, un colaborador que pueda canalizar efectivamente las decisiones a tomar, un referente de la gestión de calidad de la IPS. Como invitados al comité se cuenta con representantes operativos de los servicios en donde ocurrieron las fallas que se van a analizar (incluir a representantes de los servicios tercerizados o proveedores relacionados con el evento adverso)		
b. Fortalecimiento de la Cultura institucional		
Criterio No. 4. Evidencia de la socialización del tema básico de Seguridad del Paciente en los colaboradores de la entidad (política de seguridad institucional,taxonomía, sistema de reporte de fallas en la atención, metodología institucional de análisis de causas de los incidentes o eventos adversos)		
c. Reporte, medición, análisis y gestión de los eventos adversos		
Criterio No. 5. Definición y operación del Sistema de Reporte de las fallas en la atención en salud: Incidentes y/o Evento Adverso. Incluye sensibilización del sistema de reporte en la institución.		
Criterio No. 6. Implementación de un sistema de análisis de causa (puede ser el Protocolo de Londres u otro sistema técnico) de las fallas en la atención en salud. Incluye la definición de acciones de mejoramiento o barreras de seguridad para las causas de mayor impacto y probabilidad. Para las IPS, éste análisis debe realizarse en el marco del Comité de Seguridad		
d. Procesos Seguros		
Criterio No. 7. Evidencia de la valoración de los riesgos para procesos asistenciales priorizados		
Criterio No. 8. Evidencia de la formulación de acciones de mejoramiento o preventivas para evitar o disminuir los		

BUENAS PRÁCTICAS DE SEGURIDAD DE PACIENTES .- ÍTEMS A VERIFICAR	NATURALEZA	CALIFICACIÓN
riesgos más críticos de los procesos asistenciales priorizados		
Criterio No. 9. Evidencia del seguimiento a la implementación de las acciones de mejoramiento o preventivas formuladas para mitigar los riesgos más críticos de los procesos asistenciales priorizados		
Criterio No. 10. La institución cuenta con un procedimiento para el desarrollo o adopción de guías de práctica clínica para la atención de las patologías o condiciones que atiende con mayor frecuencia en cada servicio.		
Criterio No. 11. Evidencia de la adopción o desarrollo institucional de las guías de manejo Clínico asociadas a las buenas prácticas de seguridad del paciente obligatorias que le apliquen y evidencia de su socialización. Debe incluir también: protocolos de enfermería, de acuerdo con los procedimientos más frecuentes en el servicio; protocolos para el manejo de gases medicinales que incluya atención de emergencias, sistema de alarma respectivo y periodicidad de cambio de los dispositivos médicos usados con dichos gases; protocolo que permita detectar, prevenir y disminuir el riesgo de accidentes e incidentes de carácter radiológico; protocolo para el manejo de la reanimación cardiopulmonar, con la revisión del equipo y control de su contenido, cuando el servicio requiera éste tipo de equipos; protocolo para la socialización, manejo y seguridad de las tecnologías existentes en la Institución y por servicio.		
Variable No. 2. Monitorización de aspectos relacionados con la seguridad del paciente	Cualitativa Nominal	Cumple No cumple
Criterio No. 12. La Institución evalúa semestralmente la adherencia a las guías de manejo Clínico asociadas a las buenas prácticas de seguridad del paciente obligatorias que le apliquen y evidencia el mejoramiento continuo de dicha adherencia		
Criterio No. 13. La institución realiza seguimiento mensual a los indicadores de calidad reglamentarios y a aquellos que aplican a las Buenas Prácticas de Seguridad de Pacientes que quedaron obligatorios en el Sistema Único de Habilitación y que le apliquen		
Variable No. 3. Detectar, prevenir y reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención en salud	Cualitativa Nominal	Cumple No cumple
Criterio No. 14. Auditorías semestrales de adherencia a la higiene de manos para todos los servicios asistenciales y		

BUENAS PRÁCTICAS DE SEGURIDAD DE PACIENTES .- ÍTEMS A VERIFICAR	NATURALEZA	CALIFICACIÓN
documentación de acciones de mejora si aplica.		
<p>Criterio No. 15. Protocolo de venopunción que incluye acciones para prevenir las flebitis infecciosas, químicas y mecánicas. En protocolo de manejo de colocación y mantenimiento de sondas vesicales se incluyen acciones para evitar la infección asociada al dispositivo y otros eventos que afectan la seguridad del paciente.</p> <p>Manual de Bioseguridad institucional desarrollado o adoptado por la institución y actualizado con la periodicidad que defina la institución, pero dicha actualización no debe ser superior a los cinco años. Debe estar socializado</p>		
Variable No 4. Mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos	Cualitativa Nominal	Cumple No cumple
<p>Criterio No. 16. Evidencia documental del análisis de causa del evento adverso: lesión por administración incorrecta de medicamentos, cuando se presente, identificando las acciones inseguras, los factores contributivos y definiendo las acciones de mejoramiento que conduzcan a la disminución de dicho evento adverso. El análisis se debe desarrollar en un comité de seguridad</p>		
<p>Criterio No. 17. Proceso para la administración segura de los medicamentos en los servicios de consulta externa, desarrollado o adoptado por la institución y actualizado con la periodicidad que defina la institución, pero dicha actualización no debe ser superior a los cinco años. Incluye la utilización de mínimo cinco correctos al momento de administrar un medicamento a un usuario y restringe el uso de órdenes verbales. Incluye el manejo de derrames y rupturas de medicamentos, en un lugar de fácil acceso, visible y con adecuada señalización</p>		
<p>Criterio No. 18 Medición semestral de adherencia al proceso de administración segura de medicamentos a los usuarios y documentación de acciones de mejora si aplica</p>		
<p>Criterio No. 19. Protocolo para el uso racional de antibióticos en los servicios de internación desarrollado o adoptado por la institución y actualizado con la periodicidad que defina la institución, pero dicha actualización no debe ser superior a los cinco años. El protocolo concuerda con las guías de manejo clínico</p>		
<p>Criterio No. 20. Medición semestral de adherencia al protocolo de uso racional de antibióticos y documentación de acciones de mejora si aplica</p>		

BUENAS PRÁCTICAS DE SEGURIDAD DE PACIENTES .- ÍTEMS A VERIFICAR	NATURALEZA	CALIFICACIÓN
Criterio No. 21. Protocolo para la marcación y fácil identificación de medicamentos de alto riesgo en los servicios de consulta externa otros servicios desarrollado o adoptado por la institución y actualizado con la periodicidad que defina la institución, pero dicha actualización no debe ser superior a los cinco años		
Criterio No. 22. Aplicación de listas de chequeo para asegurar la entrega correcta de los medicamentos del proveedor al lugar de almacenamiento de la institución		
Criterio No. 23. Los registros de la historia clínica evidencian que se ha identificado el riesgo de alergias a medicamentos de los usuarios de los servicios de internación y urgencias		
Variable No. 5. Asegurar la correcta identificación del paciente en los servicios asistenciales	Cualitativa Nominal	Cumple No cumple
Criterio No. 24. Evidencia documental del análisis de causa del evento adverso: lesión por identificación incorrecta del usuario, cuando se presente, identificando las acciones inseguras, los factores contributivos y definiendo las acciones de mejoramiento que conduzcan a la disminución de dicho evento adverso. El análisis se debe desarrollar en un comité de seguridad		
Criterio No. 25. Protocolo para asegurar la correcta identificación del usuario al ingreso del mismo y en los servicios asistenciales, desarrollado o adoptado por la institución y actualizado con la periodicidad que defina la institución, pero dicha actualización no debe ser superior a los cinco años. Incluye estrategias para verificar que el nombre del usuario ha sido registrado de forma completa y sin errores de escritura. Incluye el uso de mínimo dos identificadores recomendados por la OMS (Nombre, número de identificación) en tableta de cabecera o pie de cama. Nunca el número de la cama, el número de habitación o el diagnóstico clínico. También debe incluir el protocolo para internar pacientes con el mismo nombre o usuarios que carezcan de identificación		
Criterio No. 26. Medición semestral de adherencia al protocolo de identificación correcta del usuario y documentación de acciones de mejora si aplica		
Variable No. 6. Procesos para la prevención y reducción de la frecuencia de caídas	Cualitativa Nominal	Cumple No cumple

BUENAS PRÁCTICAS DE SEGURIDAD DE PACIENTES .- ÍTEMS A VERIFICAR	NATURALEZA	CALIFICACIÓN
Criterio No. 27. Evidencia documental del análisis de causa del evento adverso: Lesión por caída asociada a la atención de salud, cuando se presente, identificando las acciones inseguras, los factores contributivos y definiendo las acciones de mejoramiento que conduzcan a la disminución de dicho evento adverso. El análisis se debe desarrollar en un comité de seguridad		
Criterio No. 28. Medición semestral de adherencia al protocolo para la minimización de riesgos de caída de los usuarios y documentación de acciones de mejora si aplica		
Variable No. 7. Conocimiento del paciente acerca de su condición clínica	Cualitativa Nominal	Cumple No cumple
Criterio No. 29. El paciente está informado sobre su enfermedad		
Criterio No.30. El paciente está informado sobre su tratamiento		
VARIABLE No 9. Consentimiento informado	Cualitativa Nominal	Cumple No cumple
Criterio 31. El consentimiento informado se encuentra firmado por el paciente		
Criterio 32: El paciente recibió explicaciones para el consentimiento informado		

Fuente: trabajo de investigación evaluación de las buenas prácticas para la seguridad del paciente en el grupo de servicios de consulta externa de la Ips indígena cabildo Cumbal, Panan, Chiles y Mayasquer. 2015

5.5 Prueba Piloto

Ésta se realizó a personal no perteneciente al grupo de servicios de Consulta Externa (Medicina General, Odontología General, Consulta Prioritaria y Enfermería) de la Ips Indígena Cabildo Cumbal, Panan, Chiles y Mayasquer para evidenciar inconvenientes al momento de obtener la información.

La lista de chequeo que se utiliza en las rondas de seguridad se aplicó al personal antes mencionado. El tiempo estipulado para la aplicación en promedio es de 13 a 15 minutos por persona consultada.

5.6 PROCESO DE RECOLECCION DE LA INFORMACION Y PLAN DE ANÁLISIS

El inicio del proceso, fue la exposición de los motivos de la investigación a la coordinadora del programa de seguridad del paciente, Enfermera Nilsa Melo, para lograr la cita con el comité en pleno y autorización para este estudio.

Una vez reunido el comité, se analizó el tiempo que requiere el estudio, los miembros de la organización que van a intervenir, los formatos utilizados y los instructivos que se requieren para la recolección de la información, entre otros requerimientos. El comité en pleno aprobó el inicio del estudio en la Ips Indígena Cabildos Cumbal, Panan, Chiles y Mayasquer.

Todas las acciones tendientes a la recolección de la información para la investigación, se llevará a cabo en el grupo de servicios de Consulta Externa (Medicina General, Odontología General, Consulta Prioritaria y Enfermería) de la Institución, donde se implementa cada quince días las ronda de seguridad del paciente. No se hace intervención alguna, solo se efectúa una observación directa sobre este proceso.

Se procede a hacer el análisis de los datos que se recolectaron en el paso anterior. Durante todo el proceso estuvimos acompañados de la Referente del Programa y algunos directivos de la Ips Indígena Cabildos Cumbal, Panan, Chiles y Mayasquer.

El formato de las Rondas de Seguridad ya está establecido por la institución. En él se puede evidencia los ítems objeto de la observación y además el listado de chequeo con los ítems que se van a examinar.

A continuación se describen las actividades relacionadas con la recolección y análisis de datos:

1.- Identificar cada miembro del comité de Seguridad del Paciente:

- Representante legal
- Director Medico
- Referente del Programa de Seguridad del Paciente
- Jefe de Control Interno
- Jefe de Talento Humano.

2.-Planear las Rondas de Seguridad, definiendo el personal responsable de su ejecución, los servicios a visitar y los trabajadores a evaluar. Como ya se ha mencionado, estas rondas se llevan a cabo cada quince días. La Referente del programa hace la presentación oficial de los investigadores a todos los trabajadores de la Ips Indígena Cabildos Cumbal, Panan, Chiles y Mayasquer.

3.- Diligenciar la lista de chequeo a partir de la información recolectada década una de las rondas de seguridad realizadas y de las actas del comité de seguridad del paciente. Esta información se tabula y se consigna en una plantilla previamente creada en MS Excel 2013.

4.- Consolidar y analizar los datos recolectados utilizando para ello el programa estadístico Spss Versión 22.

Los valores o cumplimiento definidos para cada variable y criterio serán:

Tabla 4. Calificación de las variables

Satisfactorio	85% - 100%
Parcial	75% - 84,9%
No Satisfactorio	Menos de 74.9%

Los datos obtenidos serán tabulados en el paquete estadístico SPSS versión 22.S. Se evaluará cada variable y se comparará la misma en los diferentes servicios. Elaborar el informe final por escrito, a partir de los resultados obtenidos con la aplicación del instrumento de evaluación.

6.- Presentar el informe final al Comité de Seguridad del Paciente.

5.7 Consideraciones éticas

La información obtenida tanto al personal de la IPS Indígena Cabildos Cumbal, Panan, Chiles y Mayasquer, así como al paciente, se la utiliza para fines académicos y solo serán utilizados en este trabajo de investigación. Por lo tanto podemos expresar que en ningún momento se viola la integridad física o moral de los encuestados, como queda expreso en la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia.

La información recolectada no posee datos personales previa consideración de ellos.

6 Resultados

El proceso de investigación se llevó desde el mes de marzo hasta agosto del año 2015. En ese periodo se pudo participar en doce (12) Rondas de Seguridad en la Ips Indígena Cabildos Cumbal, Panan, Chiles y Mayasquer.

6.1 Resultados de la Aplicación de la Lista de Chequeo

6.1.1 Análisis Global

La Ips indígena Cabildos Cumbal, Panan, Chiles y Mayasquer, cuenta con un programa de seguridad del paciente y se puede evidenciar un gran compromiso por parte de la dirección de la institución para la aplicación de las políticas y estrategias para que este programa funcione. Además, se cuenta con un referente de seguridad del paciente, la enfermera jefe Nilsa Melo, quien a su vez está acompañada de un equipo debidamente capacitado para la gestión de la seguridad del paciente.

El comité de seguridad del paciente tiene en sus archivos, las actas de cada una de las reuniones que realiza al momento de hacer la socialización de algún evento adverso.

Los servicios de medicina general, odontología general y consulta prioritaria, cuentan con un sistema de reporte ante alguna falla en la atención del paciente y tienen implementado el protocolo de Londres para efectuar un análisis y mejoramiento en la atención de eventos adversos.

En los servicios de odontología general, consulta prioritaria y enfermería se pudo evidenciar la existencia de un plan compuesto por acciones preventivas y de mejoramiento para evitar riesgos críticos.

En los servicios de medicina general, odontología general y consulta prioritaria, se efectúa una evaluación semestral de la adherencia al protocolo de higiene de manos,

La institución cuenta con un programa de facturación e historia clínica electrónica que permite la búsqueda de los usuarios que se encuentran activos en la base de datos, sin embargo, se presenta casos, donde el profesional médico ingresa una fórmula médica o solicitud de exámenes, a diferente paciente al que está solicitando el servicio. La explicación es que se digita mal un documento o no se busca detenidamente por nombres y apellidos.

En cuanto al riesgo de caídas que pueda sufrir el paciente dentro de la institución, no se evidencia datos de que esto ocurriera.

Finalmente, se encontró que el paciente se le informa a cerca de su enfermedad y el tratamiento que se le sigue, sin embargo, algunos de los consentimientos informados no presentan la firma del paciente aunque se encuentran archivos en las diferentes historias clínicas.

6.1.2 Análisis específico

Variable No. 1. Contar con un programa de seguridad del paciente que provea una adecuada caja de herramientas para la identificación y gestión de eventos adversos.

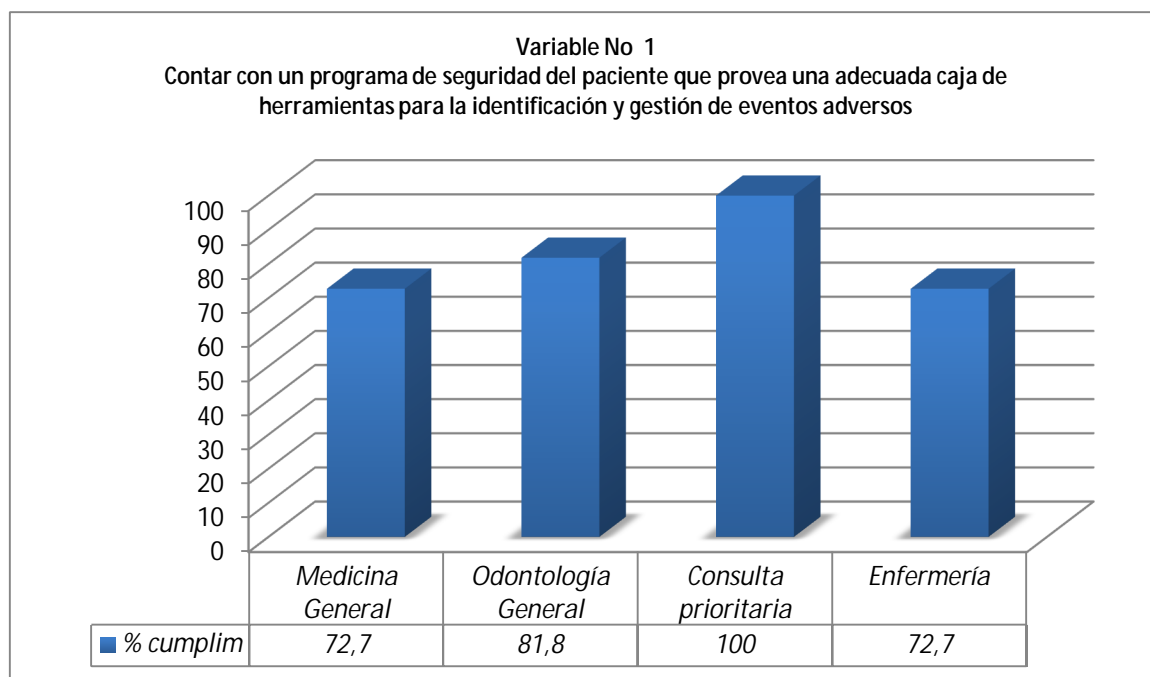
Tabla 5. Programa de Seguridad del Paciente

SERVICIO	Variable No. 1											TOTAL Criterios cumplen	% Cumplimiento	Nivel de cumplimiento
	Cr1	Cr2	Cr3	Cr4	Cr5	Cr6	Cr7	Cr8	Cr9	Cr10	Cr11			
Medicina General	1	1	1	0	1	1	1	0	0	1	1	8	72.7	No Satisfactorio
Odontología General	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	9	81.8	Parcial
Consulta Prioritaria	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11	100.0	Satisfactorio
Enfermería	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	8	72.7	No Satisfactorio

Fuente: trabajo de investigación evaluación de las buenas prácticas para la seguridad del paciente en el grupo de servicios de consulta externa de la Ips indígena cabildo Cumbal, Panan, chiles y Mayasquer. 2015

Cr= criterio; 1= cumple; 2= No cumple.

Gráfico 1. Programa de Seguridad



Fuente: trabajo de investigación evaluación de las buenas prácticas para la seguridad del paciente en el grupo de servicios de consulta externa de la Ips indígena cabildo Cumbal, Panan, chiles y Mayasquer. 2015

Análisis

Las doce rondas que se realizaron durante el proceso de investigación de este trabajo, se aplicaron en los servicio de Medicina General, Odontología General, Consulta Prioritaria y Enfermería. La variable numero 1, evalúa si

estos servicios cuentan con el programa de seguridad del paciente, mediante la valoración de once criterios específicos. Los servicios de Medicina General y Enfermería son los que presentan la calificación más baja, contrario a los que pasa con la Consulta prioritaria, que cumple con el 100% de los criterios evaluados en esta variable.

Variable No. 2. Monitorización de aspectos relacionados con la seguridad del paciente

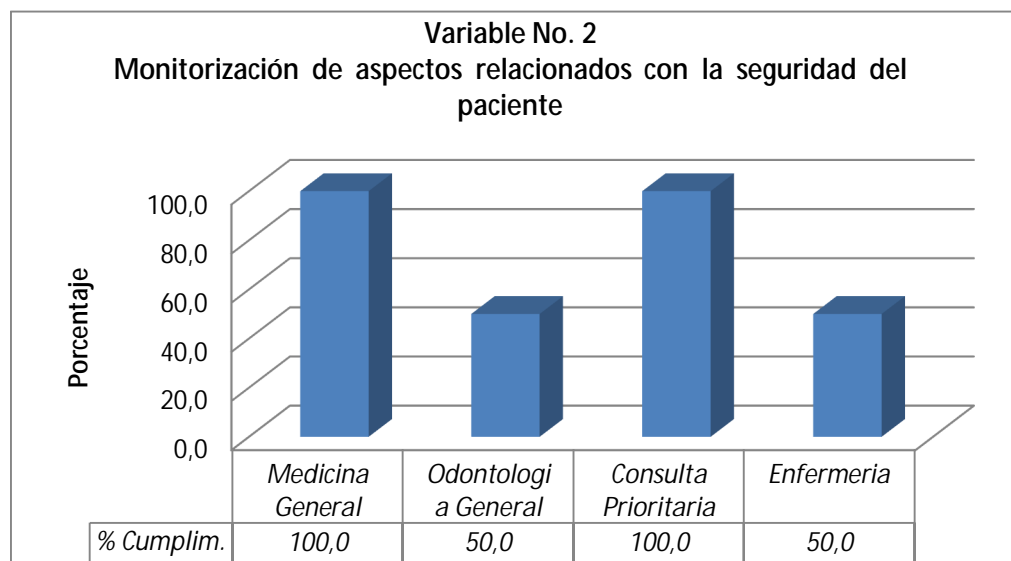
Tabla 6. Monitorización de la Seguridad del Paciente

SERVICIO	Variable No. 2		TOTAL Criterios cumplen	% Cumplimiento	Nivel de cumplimiento
	Cr12	Cr13			
Medicina General	1	1	2	100.0	Satisfactorio
Odontología General	1	0	1	50.0	No Satisfactorio
Consulta Prioritaria	1	1	2	100.0	Satisfactorio
Enfermería	0	1	1	50.0	No Satisfactorio

Fuente: trabajo de investigación evaluación de las buenas prácticas para la seguridad del paciente en el grupo de servicios de consulta externa de la Ips indígena cabildo Cumbal, Panan, chiles y Mayasquer. 2015

Cr= criterio; 1= cumple; 2= No cumple.

Gráfico 2. Monitorización Seguridad del Paciente



Fuente: trabajo de investigación evaluación de las buenas prácticas para la seguridad del paciente en el grupo de servicios de consulta externa de la Ips indígena cabildo Cumbal, Panan, chiles y Mayasquer. 2015

En cuanto al seguimiento del programa de seguridad del paciente solo enfermería y odontología general, presenta un cumplimiento del cincuenta por ciento.

Variable No. 3. Detectar, prevenir y reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención en salud.

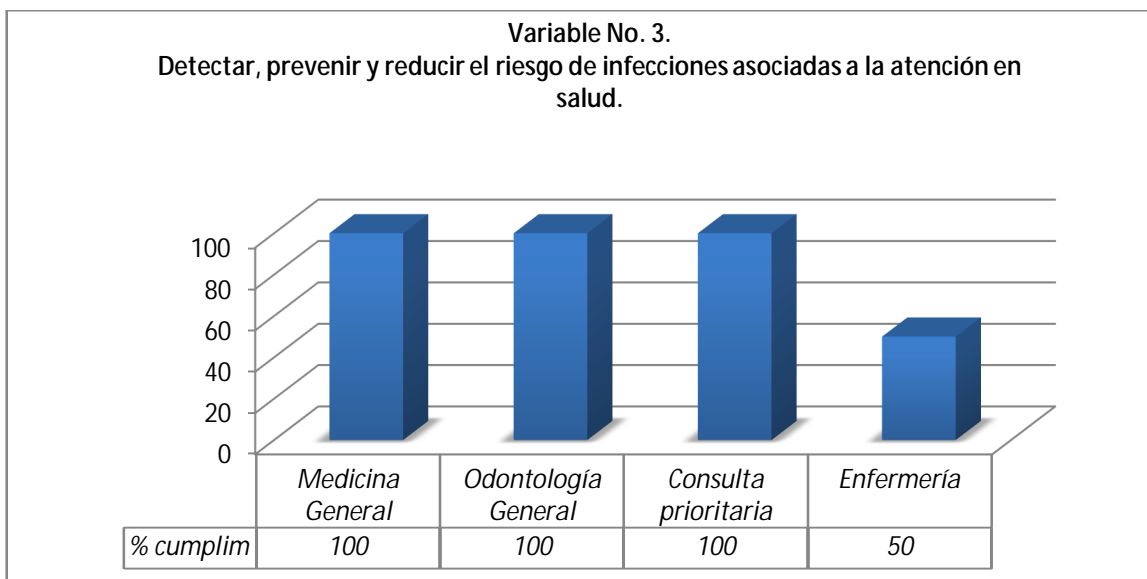
**Tabla 7. Prevención de Infecciones asociadas
A la atención en Salud.**

SERVICIO	Variable No. 3		TOTAL Criterios cumplen	% Cumplimiento	Nivel de cumplimiento
	Cr14	Cr15			
Medicina General	1	1	2	100.0	Satisfactorio
Odontología General	1	1	2	100.0	Satisfactorio
Consulta Prioritaria	1	1	2	100.0	Satisfactorio
Enfermería	0	1	1	50.0	No Satisfactorio

Fuente: trabajo de investigación evaluación de las buenas prácticas para la seguridad del paciente en el grupo de servicios de consulta externa de la Ips indígena cabildo Cumbal, Panan, chiles y Mayasquer. 2015

Cr= criterio; 1= cumple; 2= No cumple.

Gráfico 3. Detectar, prevenir y reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención en salud



Fuente: trabajo de investigación evaluación de las buenas prácticas para la seguridad del paciente en el grupo de servicios de consulta externa de la Ips indígena cabildo Cumbal, Panan, chiles y Mayasquer. 2015

En cuanto a la prevención de riesgos asociados a la atención en salud, la calificación que se obtuvo es Satisfactoria para todos los servicios, excepto en el servicio de enfermería que no cumple con el criterio 37 (realizar Auditorías semestrales de adherencia a la higiene de manos y la documentación de acciones de mejora si aplica).

Variable No 4. Mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos

Tabla 8. Seguridad en la utilización de medicamentos

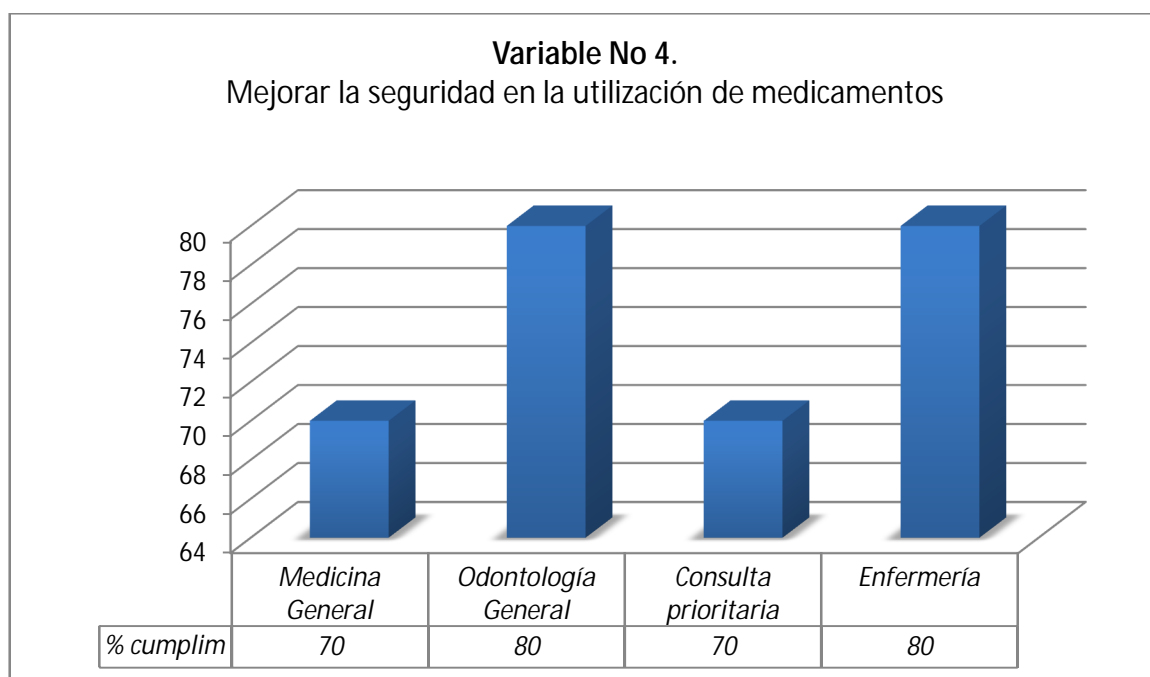
SERVICIO	Variable No. 4								TOTAL Criterios cumplen	% Cumplimiento	Nivel cumplimiento
	Cr16	Cr17	Cr18	Cr19	Cr20	Cr21	Cr22	Cr23			
Medicina General	1	1	1	1	1	0	0	1	7	70.0	No satisfactorio
Odontología General	1	0	1	1	1	1	1	1	8	80.0	Parcial

SERVICIO	Variable No. 4								TOTAL Criterios	% Cumplimiento	Nivel cumplimiento
Consulta Prioritaria	1	1	1	0	1	1	1	0	7	70.0	No satisfactorio
Enfermería	0	1	1	1	1	1	1	0	8	80.0	Parcial

Fuente: trabajo de investigación evaluación de las buenas prácticas para la seguridad del paciente en el grupo de servicios de consulta externa de la Ips indígena cabildo Cumbal, Panan, chiles y Mayasquer. 2015

Cr= criterio; 1= cumple; 2= No cumple.

Gráfico 4. Seguridad en la utilización de medicamentos



Fuente: trabajo de investigación evaluación de las buenas prácticas para la seguridad del paciente en el grupo de servicios de consulta externa de la Ips indígena cabildo Cumbal, Panan, chiles y Mayasquer. 2015

La seguridad en la entrega y utilización de los medicamentos, es supremamente importante y la institución maneja este concepto con alto grado de responsabilidad. La calificación es No satisfactoria para los servicios de medicina general y consulta prioritaria.

Variable No. 5. Asegurar la correcta identificación del paciente en los servicios asistenciales

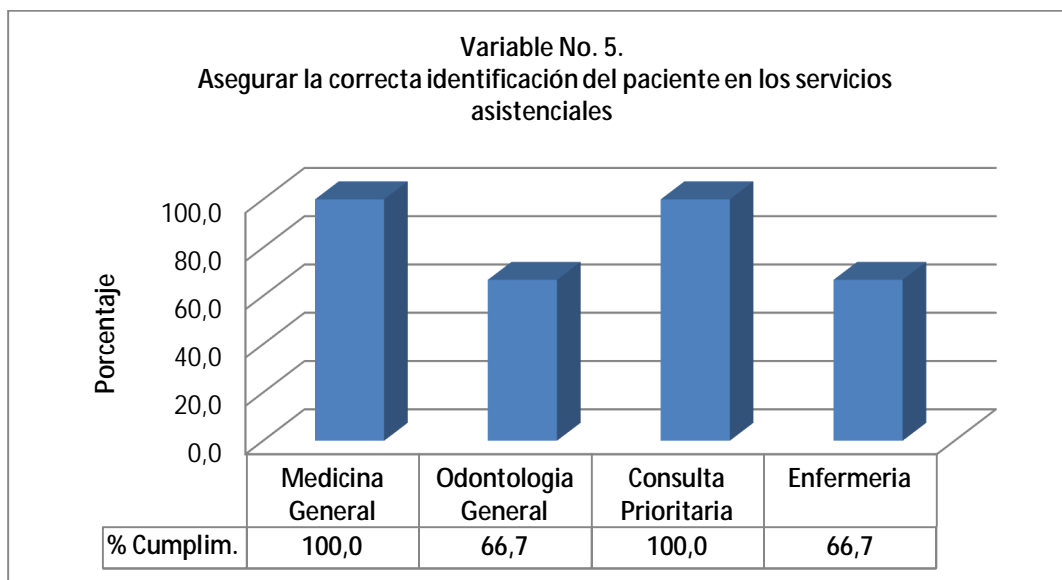
Tabla 9. Identificación del Paciente en los servicios asistenciales

SERVICIO	Variable No. 5			TOTAL	% Cumplimiento	Nivel de cumplimiento
	Cr24	Cr25	Cr26			
Medicina General	1	1	1	3	100.0	Satisfactorio
Odontología General	1	1	0	2	66.7	No Satisfactorio
Consulta Prioritaria	1	1	1	3	100.0	Satisfactorio
Enfermería	0	1	1	2	66.7	No Satisfactorio

Fuente: trabajo de investigación evaluación de las buenas prácticas para la seguridad del paciente en el grupo de servicios de consulta externa de la Ips indígena cabildo Cumbal, Panan, chiles y Mayasquer. 2015

Cr= criterio; 1= cumple; 2= No cumple.

Gráfico 5. Identificación del paciente en los servicios asistenciales



Fuente: trabajo de investigación evaluación de las buenas prácticas para la seguridad del paciente en el grupo de servicios de consulta externa de la Ips indígena cabildo Cumbal, Panan, chiles y Mayasquer. 2015

En este aspecto se posee una falencia como se comentó en los aspectos generales. La no identificación clara por parte de los profesionales de odontología

y enfermería es recurrente y por lo tanto el nivel de calificación denota un cumplimiento parcial.

Variable No. 6. Procesos para la prevención y reducción de la frecuencia de caídas.

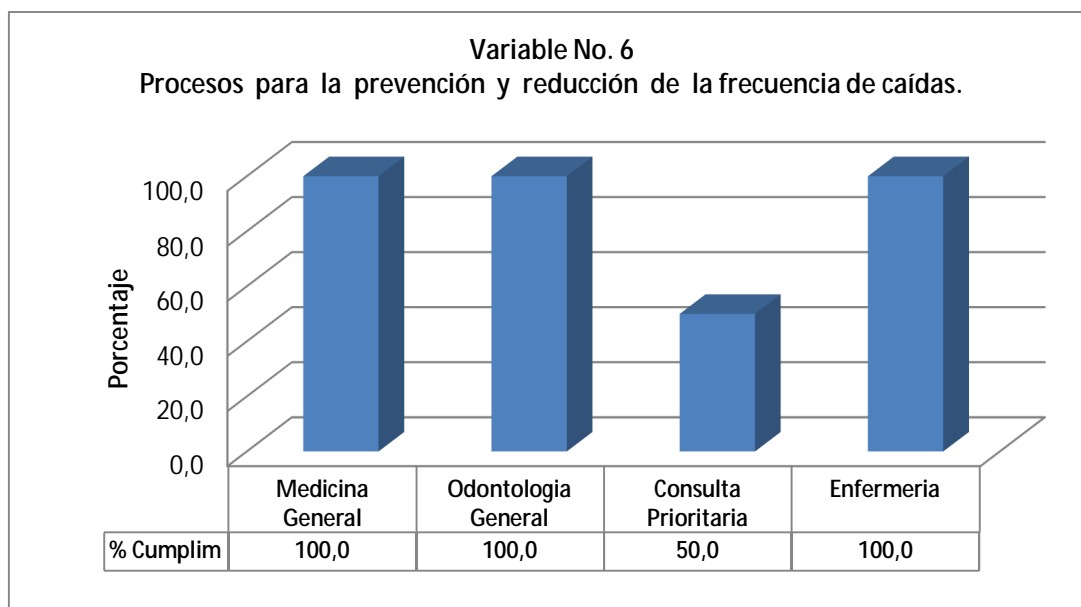
Tabla 10. Prevención de caídas

SERVICIO	Variable No. 6		TOTAL	% Cumplimiento	Nivel de cumplimiento
	Cr27	Cr28			
Medicina General	1	1	2	100.0	Satisfactorio
Odontología General	1	1	2	100.0	Satisfactorio
Consulta Prioritaria	0	1	1	50.0	No Satisfactorio
Enfermería	1	1	2	100.0	Satisfactorio

Fuente: trabajo de investigación evaluación de las buenas prácticas para la seguridad del paciente en el grupo de servicios de consulta externa de la Ips indígena cabildo Cumbal, Panan, chiles y Mayasquer. 2015

Cr= criterio; 1= cumple; 2= No cumple.

Gráfico 6. Prevención de caídas



Fuente: trabajo de investigación evaluación de las buenas prácticas para la seguridad del paciente en el grupo de servicios de consulta externa de la Ips indígena cabildo Cumbal, Panan, chiles y Mayasquer. 2015

Sólo en el servicio de consulta prioritaria no se tiene claramente establecido el proceso de prevención y reducción de las frecuencias de caídas. Su calificación es de cincuenta por ciento (50%).

Variable No. 7. Conocimiento del paciente acerca de su condición

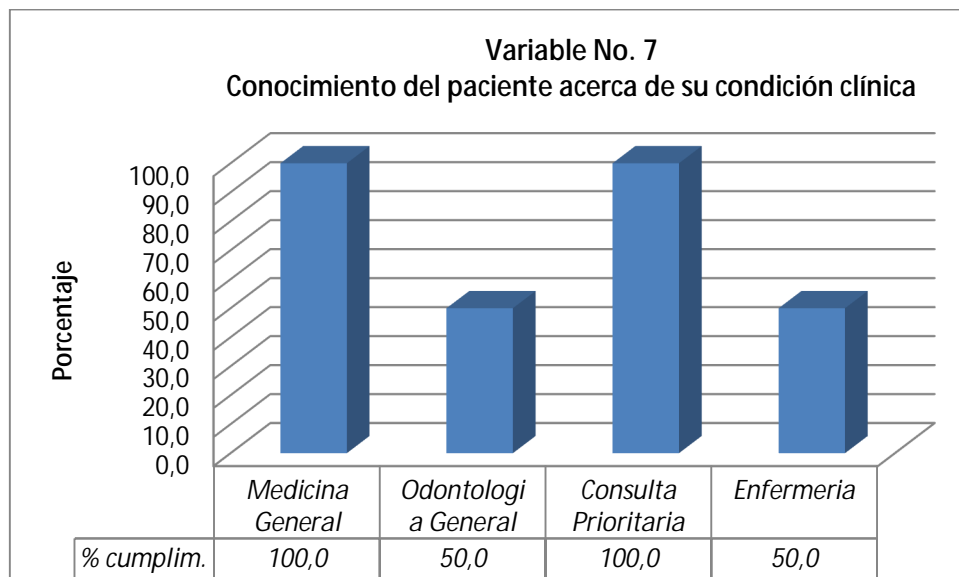
Tabla 11. El paciente conoce su condición clínica

SERVICIO	Variable No. 7		TOTAL	% Cumplimiento	Nivel de cumplimiento
	Cr29	Cr30			
Medicina General	1	1	2	100.0	Satisfactorio
Odontología General	0	1	1	50.0	No Satisfactorio
Consulta Prioritaria	1	1	2	100.0	Satisfactorio
Enfermería	1	0	1	50.0	No Satisfactorio

Fuente: trabajo de investigación evaluación de las buenas prácticas para la seguridad del paciente en el grupo de servicios de consulta externa de la Ips indígena cabildo Cumbal, Panan, chiles y Mayasquer. 2015

Cr= criterio; 1= cumple; 2= No cumple.

Gráfico 7. El paciente conoce su condición clínica



Este punto es preocupante porque en las doce rondas que se efectuaron, se encontró que el 67% de los pacientes si conoce de su enfermedad y de su condición de salud. El resto (33%) no tiene conocimiento alguno de condición, por supuesto la calificación es No Satisfactoria.

Variable No 10. Consentimiento informado

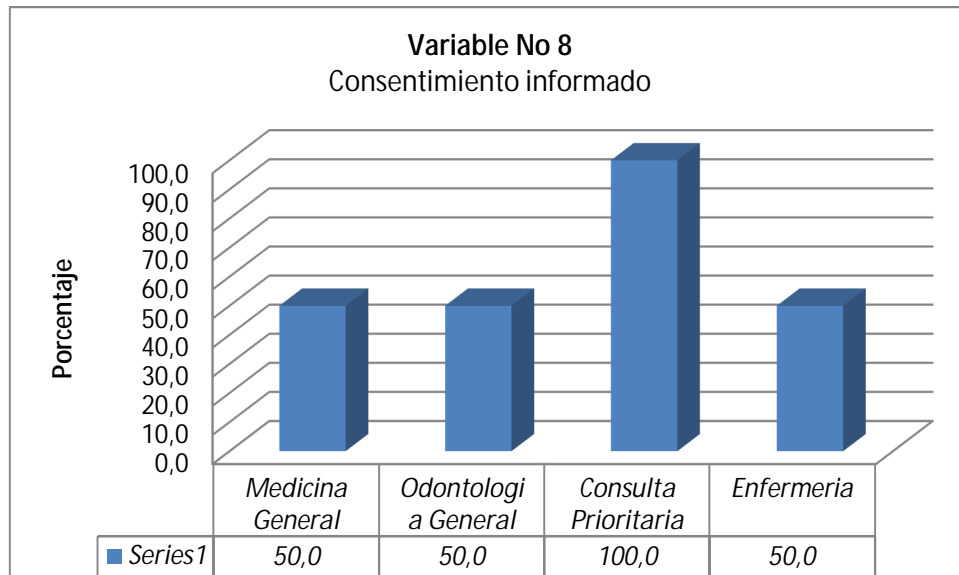
Tabla 12. Consentimiento Informado

SERVICIO	Variable No. 8		TOTAL	% Cumplimiento	Nivel de cumplimiento
	Cr31	Cr32			
Medicina General	1	0	1	50.0	No satisfactorio
Odontología General	0	1	1	50.0	No satisfactorio
Consulta Prioritaria	1	1	2	100.0	Satisfactorio
Enfermería	1	0	1	50.0	No satisfactorio

Fuente: trabajo de investigación evaluación de las buenas prácticas para la seguridad del paciente en el grupo de servicios de consulta externa de la Ips indígena cabildo Cumbal, Panan, chiles y Mayasquer. 2015

Cr= criterio; 1= cumple; 2= No cumple.

Gráfico 8. Consentimiento Informado



Al igual que la variable anterior, la calificación es No satisfactoria, toda vez que en las rondas se presenta mucho consentimiento informado no firmado por el paciente a pesar de estar archivo en la historia clínica del paciente.

7. Discusión

Como se ha visto a través de este trabajo de investigación, es muy difícil efectuar un total control sobre la aparición de algún evento adverso en la atención del paciente en cualquier institución del país o mundial. Pero lo que sí está claro que teniendo un gran manejo del programa de seguridad del paciente, se logrará mitigar este fenómeno.

Lo común en estos casos, es proceder a encontrar un responsable del hecho o evento para aplicar medidas sancionatorias. Esto por supuesto, va en contra de lo que el programa de seguridad del paciente pretende. La ideal al respecto es la búsqueda de medidas preventivas y tener claro que la falla en estos casos, obedece a una mala realización de los manuales de procesos y procedimientos de las instituciones en salud de Colombia; así como a la carencia de métodos sistemáticos y continuos para su difusión, despliegue y verificación de su implementación.

Está claro que los problemas suscitados en la atención de los usuarios, en nada cuestionan la calidad y la ética médica. Como se ha mencionado, su presencia se debe a otros factores involuntarios del personal adscrito a la institución. En ningún momento se busca enlistar excusas que puedan servir de argumentos para evadir responsabilidades; se trata de minimizar su ocurrencia.

Sumado a lo anterior, los organismos de vigilancia y control hacen exigencias para que las instituciones prestadoras de servicios de salud se encuentren debidamente inscritas ante el Ente Departamental o Distrital, según aplique, con el fin de que habiliten los servicios de salud que pretenden ofertar y prestar a los usuarios, y de esta forma aseguren el cumplimiento de los estándares de calidad exigidos por la legislación vigente que regula en la materia. Sin embargo, muchos

de los protocolos y modelos de atención que se exigen para la prestación de un servicio de salud, no se ajustan plenamente a la realidad de la población a quien van dirigidos los servicios. Estos manuales son un verdadero saludo a la bandera, pues nada de lo escrito en ellos se cumple o simplemente no se socializa al personal. Su construcción en la mayoría de los casos, es realizada por personas que no tienen los conocimientos necesarios para ello; o simplemente son copias de otros encontrados en otras instituciones.

Así las cosas, la habilitación como requisito, no es garantía de que ningún evento adverso se vaya a presentar durante la prestación de un servicio de salud. Lo que queda claro, es que se pueden construir manuales de procesos y procedimientos, así como guías de atención, basadas en la mejor evidencia científica disponible, pero si éstos no se divulgan entre los profesionales, no se actualizan, ni se les hace un seguimiento periódico de la adherencia a los mismos, es probable que se presenten fallas durante el proceso de atención generalmente atribuida a la variabilidad de la práctica clínica.

Finalmente, el estado colombiano debe trabajar seriamente en la construcción de una legislación sobre la vinculación laboral y las condiciones especiales que debe tener el personal que trabaja en el sector salud. Esto de alguna manera puede garantizar estabilidad, laboral y por supuesto, mejores condiciones de vida de los trabajadores. Su estado emocional se verá afectado de manera positiva, lo que se va a reflejar en una atención respetuosa y digna a los usuarios. La inestabilidad laboral, atomiza la responsabilidad en la atención del paciente. No se crea un espíritu de pertenencia y muchos menos la cultura de reportar los eventos adversos cuando se presentan. Lo fácil en este último caso, es ocultar la presencia de eventos adversos lo cual afecta la calidad de la atención en salud.

8. Conclusiones

En la Ips indígena del gran Cumbal, Panan, chiles y Mayasquer existe un programa de seguridad del paciente ampliamente difundido en los trabajadores de la institución, tanto administrativos, como asistenciales. Hay un programa de capacitación continua a los trabajadores sobre el tema y evaluaciones permanente para la medición de los conocimientos adquiridos.

Se promueve en las dependencias la cultura de la seguridad del paciente a través de las rondas de seguridad para detectar los errores que se presentan en la atención de los pacientes de consulta externa de la Ips.

Se encuentra creado el Comité de Seguridad del Paciente, el cual es citado a sesiones cuando existe a criterio de la coordinadora del programa, un evento o hecho adverso. En el comité se levanta las actas de reuniones y se plantea un plan de mejoramiento, el cual es evaluado en la siguiente reunión del comité. El comité lo encabeza el Representante de la Institución y los miembros integrantes del mismo. Las decisiones que se toman en su seno son de obligatorio cumplimiento y se designan funcionarios responsables del proceso.

En el proceso de auditoría, este componente es el que mayor calificación ha recibido por partes de las auditorías externas que realizan las empresas administradoras de planes de beneficio con las que la Ips ha tenido contrato de prestación de servicio de salud.

La responsable de la Auditoria Médica es la misma persona que tiene a cargo el programa de seguridad del paciente. En este caso, no presenta dificultad alguna,

ya que muchos de los procesos de pre auditoria que realiza la trabajadora, son necesarios para el mejoramiento de la calidad de la atención y por ende la seguridad del paciente.

Aunque la IPS indígena del Gran Cumbal, Panan, Chiles y Mayasquer cuenta como se ha visto con un Programa de seguridad del paciente, es importante involucrar al todo el personal en el tema y disminuir la ocurrencia de eventos adversos. A pesar de la escasa consecuencia que el paciente a sufrido por este tipo de actos, no dejan de ser un problema para la institución y el paciente, esta situación. Cuando se dice que hay que involucrar a todos los trabajadores de la IPS, incluye además un ajuste en la Misión, Visión y los Valores Corporativos. Tales se deben enfocar al tema de investigación, ya que hasta la elaboración de este trabajo, lo mencionado permanece sin preponderancia en la Seguridad del paciente.

Esta institución al igual que muchas otras en el país no tiene un contrato laboral con formalidades plenas, como lo estipula el código sustantivo del trabajo. Ello hace que la rotación del personal sea muy alta y afecte la continuidad del programa de seguridad del paciente colocando en alto riesgo la atención.

Se debe aumentar el proceso comunicacional del programa de seguridad del paciente. Esto hace referencia a la necesidad de establecer un canal expedito entre los trabajadores, los pacientes y sus familiares para evitar la ocurrencia de actos que vayan en contra vía de la calidad en la atención en consulta externa.

Se debe delegar la función de la capacitación permanente en el tema a la oficina de Talento Humano, quien será encargada, junto con Gestión de Calidad de la institución, de la programación de las capacitaciones y ayudas al personal para el

pleno conocimiento del programa de seguridad del paciente. Lo que se pretende al dar esta recomendación, es que todo el personal para ingresar a la institución, se debe realizar una inducción obligatoria del programa de Seguridad del paciente. Además, acudir a las capacitaciones permanentes que se debe realizar, buscando una calidad en la atención.

Se encontró que las personas a cargo de la coordinación del programa de seguridad del paciente, están vinculadas con contrato de prestación de servicios; por lo tanto debe efectuarse un cambio por un contrato laboral con formalidades plenas. Esto garantiza la continuidad del programa y la responsabilidad del mismo.

En cuanto a la tecnología, en la institución ha implementado el sistema de historias clínicas electrónicas, que está en una etapa inicial pero con buenos resultados. Sin embargo, los eventos adversos obedecen en algunos casos al manejo de la herramienta tecnológica utilizada para la prescripción de los medicamentos, que es la mayor fuente de errores que se presenta por parte de los profesionales de la salud.

En auditorias efectuada por la EPS Mallamas, empresa con la que la IPS indígena del gran Cumbal, Panan, Chiles y Mayasquer tiene contrato, se pudo observar que en alguna dependencia se encontró medicamentos o materiales con fecha de vencimiento expirada. Además, como consta en las actas del comité de seguridad del paciente, la identificación del paciente puede verse en alterada por los múltiples homónimos que existen en la base de datos de los usuarios de las diferentes empresas.

La institución efectuó una evaluación a todo el personal para detectar como se viene el proceso de seguridad del paciente, una vez que se ha terminado el ciclo

de capacitaciones. El resultado fue satisfactorio, toda vez que el personal evaluado presentó un alto conocimiento del programa de seguridad del paciente. Este procedimiento estuvo a cargo de la coordinadora de la oficina de Gestión de la Calidad, la Enfermera Nilsa Melo.

En en el grupo de servicios de Consulta Externa (Medicina General, Odontología General, Consulta Prioritaria y Enfermería), el personal tiene identificación a la vista de los usuarios a través de unas escarapelas que permiten conocer el trabajador con quien trata el paciente.

La institución tiene un correcto manejo de los residuos sanitarios que se maneja en la institución. Tanto para el personal de la institución como para los pacientes y acompañantes.

Agradecimientos

Queremos agradecer a los trabajadores de la IPS indígena Cabildos Cumbal, Panan, chiles y Mayasquer por su valiosa colaboración. Sin ellos imposible entregar éste trabajo.

A sus directivas, al Señor Clever Irua, Representante Legal de la IPS. Al Coordinador Médica, Dr. Alexander Robles, a la Coordinadora del Programa de Seguridad del Paciente, Enfermera Nilsa Melo. Al personal médico y paramédico que nos permitieron entrar en sus largas jornadas de trabajo para capturar información que enriqueciera esta investigación.

A nuestros familiares por su comprensión en momentos de largas ausencia necesarias para la construcción de conocimientos.

A los abnegados pacientes.

Mil gracias.

Bibliografía

1. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Lineamientos para la implementación de la política de Seguridad del Paciente en la República de Colombia (2008) [Internet]. [Consultado el 5 de Agosto de 2015]. Disponible en: <http://www.acreditacionensalud.org.co/catalogo/docs/Lineamientos%20politica%20seguridad%20paciente.pdf>.
2. Joint Commission Resources, Inc. 2005 Hospital Accreditation Standards. Oakbrook Terrace: Joint Commission on Accreditation on Healthcare Organizations, 2005. [Internet]. [Consultado el 5 de Agosto de 2015]. Disponible en: http://www.jointcommission.org/about_us/about_the_joint_commission_main.aspx
3. http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf
4. Sally Taylor-Adams y Charles Vincent (Clinical Safety Research Unit, Imperial College London, UK). UT Praxxis UNAD de System Analysis of clinical incidents: the London protocol. [Consultado el 5 de Agosto de 2015]. Disponible en: .
5. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Decreto 2200 de 2005, Por el cual se reglamenta el servicio farmacéutico y se dictan otras disposiciones. [Internet]. [Consultado el 5 de Agosto de 2015]. Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=16944>
6. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Decreto 4725 de 2005 por el cual se reglamenta el régimen de registros sanitarios, permiso de comercialización y vigilancia sanitaria de los dispositivos médicos para uso humano. [Consultado el 5 de Agosto de 2015]. Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=18697>
7. <http://es.slideshare.net/LIPRANDO/seguridad-del-pacienteguia20151>

8. Manual de Gestión de Eventos Adversos en la Prestación de Servicios de Salud. Medellín 2013. [Consultado el 5 de Agosto de 2015]. Disponible en: <http://www.metrosalud.gov.co/intra-joomla/images/planeacion/Presentaciones/Induccion%202014/MANUAL%20GESTIN%20EVENTOS%20ADVERSOSAR.pdf>.
9. To Err Is Human. Building a Safer Health System. Linda T. Kohn, Janet M. Corrigan, and Molla S. Donaldson, Editors Committee on Quality of Health Care in America. Institute Of Medicine National Academy Press Washington, D.C. 1999 [Consultado el 5 de Agosto de 2015]. Disponible en: <http://www.csen.com/err.pdf>.
10. Eventos adversos, un desafío para la medicina. Magda Páez Torres, [Consultado el 5 de Agosto de 2015]. Disponible en: <http://histórico.unperiodico.unal.edu.co/ediciones/110/10.html>
11. Incidencia y Evitabilidad de Eventos Adversos en Pacientes Hospitalizados en tres Instituciones Hospitalarias en Colombia, 2006. Hernando Gaitán-Duarte, Javier Eslava-Schmalbach, Nelcy Rodríguez-Malagon, Víctor Forero-Supelano, Dagoberto Santofimio-Sierra, Hernando Altahona, y Grupo de Evaluación de Tecnologías y Políticas en Salud. [Consultado el 5 de Agosto de 2015]. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v10n2/v10n2a02.pdf>
12. García-Barberos M. Alianza mundial para la seguridad del paciente. [Consultado el 5 de Agosto de 2015]. Disponible en: <http://www.fundacionmhm.org/pdf/Mono8/Articulos/articulo14.pdf>

13. Organización Mundial de la Salud. Calidad de la Atención: Seguridad del Paciente. [Consultado el 5 de Agosto de 2015]. Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/seguridad/articulos/calidaddeatencion.pdf>
14. Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Hebert L, Localio AR, Lawthers AG, et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. N Engl J Med 1991; 324 (6): 370-376. [Consultado el 5 de Agosto de 2015]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1987460>
15. Colombia. Informe Epidemiológico Nacional 2009. Subdirección de vigilancia y control en salud pública. Instituto Nacional De Salud. Diciembre de 2010. [Consultado el 5 de Agosto de 2015]. Disponible en: <http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/investigacion/Publicaciones%20subdireccin%20Vigilancia/INFORME%20epidemiologico%202009.pdf>
16. Wilson RM, Runciman WB, Gibberd RW, Harrison BT, Hamilton JD. The Quality in Australian Health Care Study. Med J Aust 1996. Royan North Shore Hospital, North Sydney, NSW. [Consultado el 5 de Agosto de 2015]. Disponible en www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7476634
17. Reason J. Human error: models and management, BMJ 2000: 768- 770. [Consultado el 5 de Agosto de 2015]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1117770/>
18. Restrepo, FR. Seguridad del paciente y seguimiento a riesgos en el sistema único de habilitación en el contexto del Sistema Obligatorio de Garantía de la Atención en Salud. [Consultado el 5 de Agosto de 2015]. Disponible en:

<http://www.minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/Library/documents/DocNewsNo15750DocumentNo3401.pdf> Consulta: 20 de septiembre de 2008.

19. Colombia. Ministerio de la Protección Social de Colombia. Promoción de la Seguridad del Paciente. Paquetes Instruccionales. Consultado el 5 de Agosto de 2015]. Disponible en: www.ces.edu.co/doc_download

20. Seguridad del Paciente en la Prestación de Servicios de Salud de Primer Nivel de Atención, Medellín 2008. Diana Milena López Valencia Sandra Milena Ríos Villegas Luz Vélez Escobar.

21. Nuestro Municipio. Indicadores. [Consultado el 5 de Agosto de 2015]. Disponible en:: http://www.cumbal-narino.gov.co/indicadores_anuales.shtml?apc=bexx-1-&x=2982899

22 Gustavo Malagón Londoño, Libardo Hernández, Infecciones Hospitalarias. 1.995.

Wood PR: Cross Infection Control in Dentistry. A practical ilustrade guide. Mosby Co. Year book Canadá, Puerto Rico 1992.

Molinares JA: Infection Control in a changing World. Operat Infección Control 1: 1-8, 1993.

23 Centro de Salud Hermes Hernández Mejía ESE Tangua. Manual Política de Seguridad del Paciente [Consultado el 5 de Agosto de 2015]. Disponible en:http://esetangua.gov.co/web/images/descargas/Manual_seguridad_del_Pacient_e.pdf.

24 Colombia. Ministerio de la Protección Social de Colombia. Promoción de la Cultura de Seguridad Del Paciente. [Consultado el 5 de Agosto de 2015]. Disponible en:
https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia_promocion_seguridad_paciente.pdf

25 Colombia. Ministerio de Salud. PAQUETES INSTRUCCIONALES GUÍA TÉCNICA %BUENAS PRÁCTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN SALUD+. [Consultado el 5 de Agosto de 2015]. Disponible en:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Modelo-pedagogico.pdf>

26 López Valencia DM, Ríos Villegas SM, Vélez Escobar L. Seguridad del Paciente en la Prestación de Servicios de Salud de Primer Nivel de Atención [Monografía para optar al título de Especialista en Auditoria en salud]. Medellín Universidad de Antioquia. Facultad Nacional de Salud Pública; 2008

27 Fajardo Andrade L, Olvae Montaña EC, Sotelo Gómez EC. Programa Atención Segura - Seguridad Del Paciente E.S.E Tierradentro [Trabajo Presentado Como Proyecto De Grado Para Optar Al Título De Especialista En En Auditoria Y Garantia De La Calidad De La Salud Con Enfasis En Epidemiologia] Popayan. Universidad ean. Facultad de ciencias de la salud, 2014

28 Martínez López, F.J., Manual de Gestión de Riesgos Sanitarios. Ed. Díaz de Santos, 2001. Pág.3.