

**ADHERENCIA AL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE, EN EL  
PERSONAL ASISTENCIAL DEL HOSPITAL FEDERICO ARBELAEZ E.S.E DEL  
MUNICIPIO DE CUNDAY, TOLIMA.**

**MARIA ALEJANDRA DURAN DEVIA  
MARILYN ZARETH FIGUEROA CARDENAS  
FABY KATHERINE MONTENEGRO MESÍAS  
LINDA SARAI ZARAZO CAMACHO**

**CONVENIO UNIVERSIDAD DEL TOLIMA – UNIVERSIDAD EAN  
FACULTAD DE ADMINISTRACION, FINANZAS Y CIENCIAS ECONOMICAS  
ESPECIALIZACION EN AUDITORIA Y GARANTIA DE CALIDAD EN SALUD  
IBAGUÉ  
2019**

**ADHERENCIA AL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE, EN EL  
PERSONAL ASISTENCIAL DEL HOSPITAL FEDERICO ARBELAEZ E.S.E DEL  
MUNICIPIO DE CUNDAY, TOLIMA.**

**MARIA ALEJANDRA DURAN DEVIA  
MARILYN ZARETH FIGUEROA CARDENAS  
FABY KATHERINE MONTENEGRO MESÍAS  
LINDA SARAI ZARAZO CAMACHO**

**Informe Final de Investigación IFI para optar al título de Especialista en AUDITORIA  
Y GARANTÍA DE LA CALIDAD EN SALUD.**

**ASESOR CIENTÍFICO Y METODOLÓGICO  
DR. JORGE ERNESTO OCHOA MONTES  
MEDICO  
M.SC. EN SALUD PUBLICA**

**CONVENIO UNIVERSIDAD DEL TOLIMA – UNIVERSIDAD EAN  
FACULTAD DE ADMINISTRACION, FINANZAS Y CIENCIAS ECONOMICAS  
ESPECIALIZACION EN AUDITORIA Y GARANTIA DE CALIDAD EN SALUD  
IBAGUÉ  
2019**

## TABLA DE CONTENIDO

### **1. Planteamiento del problema**

#### **1.1 Descripción del problema**

#### **1.2 Formulación del problema**

### **2. Justificación**

### **3. Objetivos**

#### **3.1 Objetivo general**

#### **3.2 Objetivos específicos**

### **4. Marco referencial**

#### **4.1 Antecedentes**

##### **4.2.1 Adherencia.**

##### **4.2.2 Cultura de seguridad.**

###### **4.2.2.1 Características de una cultura de seguridad.**

##### **4.2.3 Seguridad del Paciente.**

###### **4.2.3.1 Política de Seguridad del Paciente.**

###### **4.2.3.2 Comité de Seguridad del Paciente y la Gestión Clínica.**

##### **4.2.4 Guía clínica de atención.**

##### **4.2.5 Fomento de los Procesos Seguros.**

###### **4.2.5.1 Enfoque de atención centrado en el usuario.**

##### **4.2.6 Integración con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.**

###### **4.2.6.1 Auditoría en salud.**

###### **4.2.6.2 Rondas De Calidad y Seguridad.**

##### **4.2.7 Fuente del riesgo.**

**4.2.8 Riesgo.**

**4.2.8.1 Clasificación del riesgo.**

**4.2.8.2 Identificación del riesgo.**

**4.2.8.3 Nivel del riesgo.**

**4.2.8.4 Gestión del riesgo.**

**4.2.9 Efecto secundario.**

**4.2.10 efecto adverso.**

**4.2.10.1 Clasificación del efecto adverso.**

**4.2.11 Indicio de atención insegura.**

**4.2.12 Falla de la atención en salud.**

**4.2.12.1 Tipos de falla en la atención en salud.**

**4.2.13 Incidente.**

**4.2.13.1 Tipos de factores en un incidente.**

**4.2.14 Análisis de causa raíz.**

**4.2.15 Nearmiss o casi error.**

**4.2.16 Modelo ANCLA.**

**4.2.16.1 Niveles de investigación del modelo ANCLA son.**

**4.2.17 La resiliencia.**

**4.2.18 Violación de la Seguridad de la atención en salud.**

**4.2.18.1 Daño relacionado con la atención en salud.**

**4.2.18.2 Evento adverso.**

**4.2.18.2.1 Clasificación del evento adverso**

**4.2.19 Multicausalidad.**

**4.2.20 Lesión.**

**4.2.20.1 Grado del daño.**

*4.2.20.1.1 Clasificación de la condición de víctima en un evento adverso.*

**4.2.21 Manejo del entorno legal.**

**4.2.22 Reporte extrainstitucional.**

**4.2.23 Sistema de Gestión del evento adverso.**

**4.2.23.1 Acciones de mejora.**

**4.2.24 Infecciones relacionadas con la atención sanitaria (IRAS).**

**4.2.24.1 lavado de las manos.**

**4.2.25 Modelo Reason de causalidad (Modelo de Queso Suizo).**

**4.2.26 Hospital Federico Arbeláez.**

**4.2.26.1 Misión.**

**4.2.26.2 Visión.**

**4.2.26.3 Programa de seguridad del paciente de la E.S.E. Hospital Federico Arbeláez.**

*4.2.26.3.1 Objetivo general.*

*4.2.26.3.2 Objetivos específicos.*

*4.2.26.3.3 Metas del programa de seguridad del paciente.*

**5. Metodología**

**5.1 Tipo de estudio y diseño de la investigación**

**5.2 Población**

**5.2.1 Criterios de inclusión**

**5.2.2 Criterios de Exclusión**

**5.3 Muestra**

**5.4 Materiales y métodos**

**5.4.1 Localización del proyecto**

**5.5 Instrumentos de recolección de la información**

**5.6 Consideraciones éticas**

**6. Cronograma y presupuesto**

**6.1 Cronograma de actividades**

**6.2.1 Descripción de costos de personal**

**6.2.2 Descripción de viajes**

**6.2.3 Descripción de los equipos requeridos.**

**6.2.4. Descripción de Insumos y Materiales.**

**6.2.5 Costo total del proyecto.**

**Bibliografía**

**Anexos**

## **Lista de cuadros**

**Cuadro 1.** Relación de personal asistencial según su profesión y cantidad de recurso humano después de haber aplicado los criterios de inclusión y exclusión.

**Cuadro 2.** Cronograma de actividades.

**Cuadro 3.** Descripción de costos de personal

**Cuadro 4.** Descripción de viajes

**Cuadro 5.** Descripción de los equipos requeridos.

**Cuadro 6.** Descripción de Insumos y Materiales.

**Cuadro 7.** Costo total del proyecto.

## **Lista de figuras**

**Figura 1.** Medidas adoptadas para reducir el riesgo

**Figura 2.** cinco momentos de lavado de manos

**Figura 3.** Once pasos del lavado de manos

**Figura 4.** Desinfección de manos con alcohol glicerinado

**Figura 5.** Modelo de queso suizo

**Figura 6.** Flujograma de la investigación.



## Lista de anexos

**Anexo 1.** Consentimiento informado

**Anexo 2.** Lista de chequeo para medir la adherencia al protocolo de identificación correcta del usuario en el personal asistencial del servicio de urgencias y hospitalización.

**Anexo 3.** Lista de chequeo para medir la adherencia al protocolo de Bioseguridad en el personal asistencial del servicio de urgencias, hospitalización, consulta externa, odontología y laboratorio clínico.

**Anexo 4.** Lista de chequeo para medir la adherencia al protocolo de administración segura de medicamentos en el personal asistencial del servicio de urgencias, hospitalización y odontología.

**Anexo 5.** Lista de chequeo para medir la adherencia al protocolo para la minimización del riesgo de caídas de los usuarios en el personal asistencial del servicio de urgencias y hospitalización.

**Anexo 6.** Lista de chequeo para medir la adherencia al protocolo de minimización de riesgos de úlceras por presión en el personal asistencial del servicio de urgencias y hospitalización.

**Anexo 7.** Lista de chequeo para medir la adherencia al protocolo de dispensación segura de medicamentos en el personal asistencial del servicio de farmacia.

## **1. Planteamiento del problema**

### **1.1 descripción del problema**

El riesgo que subyace a la asistencia por parte del personal en salud en instituciones hospitalarias en general, es un problema que está siendo abordado de forma prioritaria en los últimos años por las autoridades sanitarias en varios países. El reporte “Errar es humano” del Instituto de Medicina de los Estados Unidos es reconocido hoy cómo el documento que dio vida al movimiento mundial por la seguridad de los pacientes. En respuesta a este problema, considerado como una verdadera epidemia (Kohn LT, 1999).

En el 2004 la Organización Mundial de la Salud (OMS) creó la antigua Alianza Mundial por la Seguridad del paciente, hoy Programa de Seguridad del Paciente de la OMS e incentivo a los países miembros a trabajar en el tema para evitar eventos adversos prevenibles (paciente, 2004).

A partir de entonces la Seguridad del Paciente es una prioridad de la atención en salud de las instituciones, los incidentes y eventos adversos son la luz roja que alerta acerca de la existencia de una atención insegura. Los eventos adversos se presentan en cualquier actividad y son un indicador fundamental de la calidad de la misma; al igual es responsabilidad de cada institución investigar cuales son las causas que los generan, cuales son las disposiciones para que estas aparezcan, y una vez identificados estos condicionantes identificar las barreras que podrían desarrollarse para evitar la reincidencia de este evento adverso.

El primer estudio que se realizó en Latinoamérica para identificar el problema en la seguridad del paciente fue denominado IBEAS; se ejecutó en 5 países (México, Costa Rica, Colombia, Perú y Argentina) y se evidenció que en estos países, en promedio 1 de cada 10 pacientes hospitalizados (10%) sufrieron al menos un daño durante su atención. En este mismo,

en el territorio colombiano se encontró una prevalencia de eventos adversos del 13,1%, y de estos el 27.3% de los eventos se presentaron en menores de 15 años y el 27.7% se presentaron durante la realización de un procedimiento; es importante resaltar que, contrario a los demás países, la mayoría de las instituciones participantes fueron hospitales acreditados (Organización Mundial de la Salud., 2010).

En la actualidad Colombia cuenta con una política Nacional de seguridad del paciente, liderada por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, cuyo objetivo es prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir, y de ser posible, eliminar la incidencia de eventos adversos para contar con instituciones seguras y competitivas internacionalmente.

Es así que desde junio de 2008 el Ministerio de la Protección Social expidió los Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente, Y se desarrolló un documento que recoge las prácticas más relevantes. (Guía Técnica “Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud”), cuya orientación es brindar a las instituciones directrices técnicas para la operativización e implementación práctica de los lineamientos en sus procesos asistenciales (Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social, 2014).

Asimismo, para el personal asistencial es muy significativo, desplegar una cultura de calidad y participar en los programas que implementan para la calidad y cuidados de los pacientes, pues es el grupo más grande de los proveedores del cuidado de la salud, además de ser una parte importante en los equipos multidisciplinarios hallando soluciones para la seguridad del paciente. Por lo anterior, es importante verificar el cumplimiento de la política de seguridad del paciente, respecto a la detección, prevención y reducción del riesgo y la adherencia del personal asistencial a la normatividad vigente, ya que la aplicación de esta norma fomenta una

atención de calidad para el usuario en términos científicos, técnicos y de cuidados humanos (Firmino Bezerra, Mesquita Lemos, Costa de Sousa, de Lima Carvalho, & Carvalho Fernandes, 2013).

Este estudio servirá para promover la adherencia a los protocolos de seguridad del paciente al personal asistencial del Hospital Federico Arbeláez E.S.E del Municipio de Cunday Tolima.

## **1.2 formulación del problema**

¿Cuál es la adherencia al programa de seguridad del paciente del personal asistencial del Hospital Federico Arbeláez E.S.E del Municipio de Cunday Tolima, en semestre A del año 2019?

## 2. Justificación

Una de las grandes problemáticas en Colombia durante las últimas décadas recae en el sector salud, y el inconformismo manifestado por un gran número de usuarios que compromete la calidad de los servicios a nivel general, ocasionando con esto una imagen muy desfavorable en el sector, por lo cual Colombia impulsa una Política de Seguridad del Paciente, liderada por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, cuyo objetivo es “prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y de ser posible eliminar la ocurrencia de Eventos adversos para contar con instituciones seguras y competitivas internacionalmente” (Ministerio de Salud y protección social, 2008).

Actualmente, en algunas instituciones prestadoras de servicios de salud es evidente la debilidad que existe en los temas de Seguridad del Paciente que no dan cumplimiento a estándares de calidad exigidos por la ley. Donde la adherencia juega un papel fundamental, al hacer referencia al proceso de cambio de conductas por parte del personal asistencial en salud, que aplican un conocimiento adquirido mediante el seguimiento de una guía o protocolo basados en evidencia científica que se han dispuesto por las políticas de una institución, estas conductas pueden declararse o manifestarse, y así realizar intervención con capacitaciones al personal (Sepúlveda, 1997). Todo esto encaminado a mejorar el entorno y la calidad de la atención. Según la OMS la magnitud y las consecuencias asociadas a la falta de cumplimiento a protocolos sitúan a la adherencia como un importante asunto para la salud pública a nivel mundial.

Según un estudio de la Universidad Nacional y Conciencias, en nuestro medio la mortalidad asociada a los eventos adversos es cercana al 6%, la investigación mostró que la incidencia de eventos adversos en los hospitales estudiados del 4.6%. Fue mayor en las especialidades

quirúrgicas, con un 6,2%, seguida por medicina interna con cerca del 3,5% y de estos aproximadamente el 60% de los eventos adversos eran prevenibles (Colciencias, 2008).

Además, de concientizar al personal con relación a la importancia de los eventos adversos se debe estar en permanente vigilancia para captarlos, y realizar las estrategias para evitar su nueva aparición. El seguimiento de los profesionales de la salud a las guías y protocolos manejados por la institución, supone una manera eficaz de gestionar la seguridad del paciente en todas las áreas, y si el paciente adquiere mayor conocimiento y mayor participación en su cuidado, permite que en conjunto: profesional y paciente, se realice una labor en pro de mejorar las condiciones de salud de los usuarios y se minimicen al máximo los riesgos.

Por lo tanto, la medición de adherencia a las guías clínicas es entonces una actividad esencial para identificar los errores en la atención, generar planes de mejoramiento y optimizar los resultados en salud, buscando la satisfacción tanto del usuario como del personal asistencial.

### **3. Objetivos**

#### **3.1 objetivo general**

Determinar la adherencia al programa de seguridad del paciente del personal asistencial del Hospital Federico Arbeláez E.S.E del Municipio de Cunday Tolima, en semestre A del año 2019.

#### **3.2 objetivos específicos**

Identificar la adherencia al protocolo de higiene de manos adoptado por la institución en el personal asistencial del Hospital Federico Arbeláez E.S.E del Municipio de Cunday Tolima.

Reconocer y describir el uso de barreras de protección en el personal asistencial del Hospital Federico Arbeláez E.S.E del Municipio de Cunday Tolima.

Generar elementos conceptuales con base, en los resultados de la adherencia obtenida en el personal asistencial, para fundamentar la intervención con capacitaciones del programa de seguridad del paciente.

## 4. Marco referencial

### 4.1 Antecedentes

Entre los años 2014 y 2015 en Colombia, en el Valle del Cauca. Los estudiantes de postgrado de la Universidad Católica de Manizales; realizaron evaluación de la cultura de seguridad del paciente en una IPS de baja complejidad, en el estudio cuantitativo descriptivo aplicado a 162 personas que trabajaban allí. Se analizó que el programa de capacitación de la institución frente a el tema evaluado se encuentra deficiente ya que el personal desconoce en gran medida de este (Ana Stella Calderón Moncayo, 2015).

En el 2015 en Colombia en una IPS en el municipio de Corozal – Sucre, se realizó un estudio descriptivo, de campo y transicional, donde se elaboró una lista de chequeo para determinar las buenas prácticas de seguridad en el paciente según lo solicita el Ministerio de Salud y Protección Social. Los resultados demostraron que el cumplimiento del programa está al 31% dejando en evidenciando que no se cumple con un numero de requisitos requeridos (David Galván Borja, 2017).

En el 2017 en España la Revista Gaceta sanitaria publicó un estudio descriptivo transversal efectuado de febrero a junio del 2011, donde la muestra fueron las personas vinculadas con el programa de seguridad en el paciente de Aragón a los cuales se realizaron entrevistas en 45-60 minutos gravadas digitalmente. Se logró analizar respuestas muy diversas, también se evidencio que la rotación del personal no permite que en la efectividad de la política evaluada. (Teresa Giménez Júlveza, 2017).

En el 2018 en Colombia en la ciudad de Pereira, los estudiantes de posgrado de la Fundación Universitaria del Área Andina. Realizaron un estudio observacional descriptivo a 33



funcionarios del área asistencial y administrativo de la IPS San Sebastián, a los cuales se les realizó una encuesta para realizar un análisis completo sobre el conocimiento que estos tenían acerca del programa de seguridad en el paciente, se logró Evidenciar que los prestadores de servicios de esta IPS, estaban capacitados y contaban con dominio del tema evaluado (Inés Vanessa Castro Maya, 2018).

De nuevo en este año en Valencia -España, se realizó una publicación en la Revista Gaceta Sanitaria, en el cual realizaron un estudio transversal descriptivo al Hospital Universitario San Juan de Alicante de tercer nivel, donde analizaron que el personal de esta institución tienen una buena percepción con lo relacionado con la política de seguridad en el paciente, pero mejorable, debido a que no se logró identificar fortalezas (MarioMella Laborde. Maria Teresa Gea Velázquez, 2018).

En la ciudad de Ibagué, en la clínica Tolima, se realizó una evaluación del programa de seguridad en el paciente en una institución de tercer nivel en el periodo de agosto del 2017 a junio del 2018, en el cual se realizaron un estudio cuantitativo de forma numérica, fue elaborado un censo a toda la nómina actualizada de dicha instalación. El mecanismo que maneja de la política de seguridad del paciente es satisfactorio; a pesar de que llevan poco tiempo manejando este tema, también indica mayor conocimiento de lo evaluado, en el personal asistencial comparándolo con el administrativo (Oscar Fabían Santamaria, 2018).

## **4.2 Marco teórico**

### **4.2.1 Adherencia.**

La real academia española define este término derivado del vocablo latino adhaerentia, como la aglutinación o el pegamiento físico de distintos elementos.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la adherencia como el grado en el que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario. La magnitud y las consecuencias asociadas a la falta de cumplimiento sitúan a la adherencia como un importante asunto para la salud pública a nivel mundial.

Jiménez y vega hacen referencia a la adherencia como la aplicación del conocimiento adquirido en un momento dado en torno a mejorar la condición actual de salud del paciente, basado en experiencias científicas ya certificadas.

Según Dracup y Meléis (1982) la definen como "el grado en el cual un individuo opta entre diferentes conductas que coinciden con una prescripción de salud" (Dracup, 1982). Para Lucas citado en (Sepúlveda, 1997), El concepto adherencia es considerado como "un proceso de cambio de conductas por parte del personal asistencial en salud, que puede declararse o manifestarse, y sobre la cual se intervendrá con capacitación como tratamiento experimental, donde es posible identificar tres etapas: a) Etapa de motivación, b) Etapa de aplicación y c) Etapa de incorporación" (Reyes, 2007).

#### **4.2.2 Cultura de seguridad.**

(principio orientador de la Política 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 ( Interim Data From National Efforts To Make Health Care Safer, 2016).

##### ***4.2.2.1 Características de una cultura de seguridad.***

-Seguridad Psicológica. Las personas saben que sus preocupaciones acerca de la seguridad serán recibidas de manera abierta y tratadas con respeto.

- Liderazgo Activo. Los líderes crean un ambiente donde todas las personas se sienten cómodas expresando sus preocupaciones de seguridad.
- Transparencia. Los problemas de seguridad del paciente no son ocultados. Al contrario, los hacen visibles ya que los miembros del equipo confían en que la organización aprenderá de los problemas y los usará para mejorar.
- Justicia. Las personas saben que ellos no serán culpados o castigados por errores del sistema.

### **4.2.3 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 (Vergara, 2017).

#### ***4.2.3.1 Política de Seguridad del Paciente.***

La formulación de una política sobre seguridad del paciente conlleva algunas características clave como son el compromiso formal y explícito del equipo directivos de la institución, que se encuentre articulada con la plataforma estratégica institucional y que se constituya en el primer paso hacia la construcción de una cultura de seguridad.

#### ***4.2.3.2 Comité de Seguridad del Paciente y la Gestión Clínica.***

Instancia administrativa que actuará como un comité de carácter consultivo y decisorio, en la adopción e implementación de lineamientos y estrategias en materia de Seguridad del Paciente en la Institución (Ministerio de Salud y protección social, 2008).

#### **4.2.4 Guía clínica de atención.**

Es el conjunto de recomendaciones sobre promoción, prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y/o rehabilitación de una patología o problemática de salud específica. Esta debe contener como mínimo objetivos, población objeto, alcance, recomendaciones y algoritmos de manejo y su metodología de realización debe ser explícita y con actualizaciones periódicas no mayores a 5 años, debe permitir flexibilidad y adaptación a las individualidades del paciente. Las guías deben tener mecanismos de difusión registrados, mecanismos de capacitación, mecanismos de evaluación, mecanismos de retroalimentación y deben estar basadas en la evidencia (Ministerio de salud y protección social, 2010).

#### **4.2.5 Fomento de los Procesos Seguros.**

Lo que se busca con esta estrategia es identificar y mitigar los riesgos asociados a los procesos, con el fin de evitar lesiones en los pacientes, sus familiares y colaboradores y/o pérdidas o gastos significativos para la Institución (Ministerio de Salud y protección social, 2008)..

##### ***4.2.5.1 Enfoque de atención centrado en el usuario.***

(principio orientador de la Política de Seguridad del Paciente) 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.

#### **4.2.6 Integración con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.**

(principio orientador de la Política de Seguridad del Paciente) 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 (Ministerio de salud y protección social, 2016).

#### ***4.2.6.1 Auditoria en salud.***

Es el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto de la calidad esperada de la atención de salud que reciben los usuarios

#### ***4.2.6.2 Rondas De Calidad y Seguridad.***

reuniones periódicas y sistemáticas con los equipos clínicos de la institución, para la discusión exclusivamente de temas relacionados con la seguridad del paciente.

#### **4.2.7 Fuente del riesgo.**

elemento que por sí solo o en combinación tiene la capacidad de generar el riesgo.

#### **4.2.8 Riesgo.**

Es la probabilidad que un incidente o evento adverso ocurra

##### ***4.2.8.1 Clasificación del Riesgo:***

-Humanización: Son los riesgos asociados con el no cumplimiento de los atributos establecidos en la política de humanización, relacionados con la gestión de necesidades de usuarios y familias, colaboradores, estudiantes y aspectos estructurales.

-Riesgos de Paciente y Familia: Son los riesgos asociados al daño potencial al paciente derivados de la corresponsabilidad de la familia en la atención del paciente.

-Riesgos de Seguridad Clínica: Son los riesgos asociados al daño potencial al paciente derivados de la atención en salud.

-Riesgos de Salud Ocupacional: Son los riesgos asociados a la probabilidad de que un objeto material, sustancia o fenómeno pueda, potencialmente, desencadenar perturbaciones en la salud o integridad física del trabajador.

-Riesgos Ambiente Físico: Son los riesgos asociados a la pérdida potencial por daños o fallas en infraestructura y medio ambiente.

-Tecnología: Son los riesgos asociados a la pérdida potencial por daños, interrupción, alteración o fallas derivadas del uso de los equipos biomédicos, hardware, software, sistemas, aplicaciones, redes y cualquier otro canal de distribución de información que el Instituto dispone para prestar sus servicios.

-Riesgos Administrativos: Son los riesgos asociados al proceso de apoyo en la prestación de servicios, en particular los riesgos financieros y de imagen generados por la operación del hospital.

-Riesgos de Gestión Docencia y Servicio: Son los riesgos asociados al daño potencial al paciente derivados de la actividad docencia - servicio (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015).

#### ***4.2.8.2 Identificación del riesgo.***

proceso para encontrar, reconocer y describir el riesgo.

#### ***4.2.8.3 Nivel del riesgo.***

Magnitud de un riesgo, expresado en términos de las consecuencias y su probabilidad.

#### ***4.2.8.4 Gestión del riesgo.***

Actividades coordinadas para dirigir y controlar el riesgo de una organización. Éste comprende: diseño, implementación, monitoreo, revisión y mejora continua (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015)..

#### **4.2.9 Efecto secundario.**

Efecto conocido, distinto del deseado primordialmente, relacionado con las propiedades farmacológicas de un medicamento (Medline Plus. Información de salud para usted, 2019).

#### **4.2.10 efecto adverso.**

Daño imprevisto derivado de un acto justificado, realizado durante la aplicación del procedimiento correcto en el contexto en el que se produjo el evento.

##### ***4.2.10.1 Clasificación del efecto adverso.***

-Efecto Adverso Grave. Aquel que ocasiona muerte o incapacidad residual al alta hospitalaria o que requirió intervención quirúrgica.

-Efecto Adverso Moderado. Aquel que ocasiona prolongación de la estancia hospitalaria al menos de 1 día de duración.

-Efecto Adverso Leve. Aquel que ocasiona lesión o complicación sin prolongación de la estancia hospitalaria (Hernandez, 2003).

#### **4.2.11 Indicio de atención insegura.**

Un acontecimiento o una circunstancia que pueden alertar acerca del incremento del riesgo de ocurrencia de un incidente o evento adverso.

#### **4.2.12 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 intencionales (Vergara, 2017).

##### ***4.2.12.1 Tipos de falla en la atención en salud.***

- Falla activa. Errores resultantes de las decisiones y/o acciones de las personas que participan en el proceso.
  
- Falla latente. Fallas en los sistemas de soporte.

#### **4.2.13 Incidente.**

Es un evento o circunstancia que sucede en la atención clínica de un paciente que no le genera daño, pero que en su ocurrencia se incorporan fallas en los procesos de atención.

##### ***4.2.13.1 Tipos de factores en un incidente.***

- Factor atenuante. Acción o circunstancia que impide o modera la evolución de un incidente hacia la provocación de un daño al paciente.
  
- Factor contribuyente. Circunstancia, acción o influencia que se considera que ha desempeñado un papel en el origen o la evolución de un incidente o que ha aumentado el riesgo de que este se produzca.



#### **4.2.14 Análisis de causa raíz.**

Proceso sistemático y reiterativo mediante el cual se identifican los factores que contribuyen a un incidente, reconstruyendo la secuencia cronológica de los sucesos y preguntándose repetidamente por qué, hasta que se hayan elucidado las causas raíz subyacentes.

#### **4.2.15 Nearmiss o casi error.**

Evento o situación que pudo haber terminado en un accidente, pero donde una intervención a tiempo (planificada o no), o la casualidad evitó que se produjera el daño.

#### **4.2.16 Modelo ANCLA.**

método para la investigación y análisis de los eventos propuesto por ICONTEC donde se logra determinar los factores contribuyentes para la ocurrencia de incidentes y eventos adversos El modelo contempla cinco niveles de investigación que permiten identificar los actos inseguros, las precondiciones para actos inseguros (Modelo SHELL), la supervisión, las influencias organizacionales y la influencia de la legislación y el estado, como herramienta para definir las recomendaciones adecuadas y su respectivo plan de acción (Vergara, 2017).

##### ***4.2.16.1 Niveles de investigación del modelo ANCLA son.***

-Nivel 1. Acto Inseguro-Acciones u omisiones por parte del equipo tratante, mediante la cual bien sea por error o por falta de adherencia a normas, el paciente sufre un daño.

-Nivel 2. Precondiciones para Actos Inseguros. Situaciones que impulsan o promueven la aparición de Actos inseguros, y que se documentan como factores contribuyentes al evento.

-Nivel 3. Supervisión. Factores propios de la organización o de las personas encargadas de auditar o supervisar, quienes al cometer errores o falta de adherencia a normas, permiten o contribuyen a la aparición del evento.

-Nivel 4. Organización. Factores contribuyentes al evento, derivados de fallas en la Organización, relacionadas con temas administrativos y de recursos.

-Nivel 5. Legislación Estado y otros. Situaciones o factores que contribuyen al evento, relacionados con fallas o ausencia de normatividad al respecto, o derivados de la imposibilidad del Estado para regular y controlar el sistema de salud, o de otros actores intervinientes como contratantes, que contribuyen a la aparición de eventos adversos o incidentes.

#### **4.2.17 La resiliencia.**

se refiere a la habilidad o capacidad de individuos, comunidades y sistemas para detectar, atenuar o mejorar continuamente peligros o incidentes. Permite a una organización «recuperar» lo antes posible su capacidad original de desempeñar funciones asistenciales después de que se haya producido un daño (Korc, 2016).

#### **4.2.18 Violación de la Seguridad de la atención en salud.**

Las violaciones de la seguridad de la atención en salud son intencionales e implican la desviación deliberada de un procedimiento, de un estándar o de una norma de funcionamiento (Ministerio de salud y protección social, 2010).

#### ***4.2.18.1 Daño relacionado con la atención en salud.***

Daño que se deriva de las intervenciones diagnósticas, terapéuticas, de cuidado y de monitoreo brindadas durante la prestación de asistencia sanitaria, y que no se debe a una enfermedad o lesión subyacente.

#### ***4.2.18.2 Evento adverso.***

Es el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño. El evento adverso se caracteriza por la presencia de una triada, es decir, se requieren de tres elementos para que podamos hablar de un evento adverso, estos son: (Ministerio de salud y protección social, 2010)

- 1) Hay lesión.
- 2) Es atribuible a la atención en salud.
- 3) Se ha producido de manera involuntaria por el personal asistencial.

#### ***4.2.18.2.1 Clasificación del evento adverso.***

-Evento adverso prevenible. Resultado no deseado, no intencional, que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado.

-Evento adverso no prevenible. Resultado no deseado, no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial.

-Evento adverso centinela. Es el evento en el cual se produce la muerte o una discapacidad importante al paciente.

-Evento adverso trazador. Es decir que para un mismo estándar de acreditación, habilitación o criterio de auditoría pueden vigilarse diferentes eventos adversos y cuando analizamos las causas que favorecieron u ocasionaron la ocurrencia del evento bajo vigilancia, nos hablan de fallas de la calidad que afectan también a otras condiciones que no están siendo vigiladas pero que comparten los mismos procesos Evaluación del riesgo: Proceso de comparación de los resultados del análisis de riesgos con criterios de riesgo para determinar si el riesgo y/o su magnitud es aceptable o tolerable.

#### **4.2.19 Multicausalidad.**

(principio orientador de la Política de Seguridad del Paciente) 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 (Ministerio de Salud y protección social, 2008)..

#### **4.2.20 Lesión.**

Daño producido a los tejidos por un agente o circunstancia.

##### **4.2.20.1 Grado del daño.**

Intensidad y duración del daño y sus eventuales repercusiones terapéuticas derivadas de un incidente.

##### **4.2.20.1.1 Clasificación de la condición de víctima en un evento adverso.**

-Condición de víctimas El paciente como primera víctima del evento adverso. Si sobrevive al evento adverso, sus trastornos psicológicos, espirituales y socio-culturales serán proporcionales a la incapacidad que se le haya generado, pero dependerán tipo de personalidad que tenga, del tipo de familia a que pertenezca y del entorno social en que se

mueva, que actuaran como caja de resonancia. El médico debe tener en cuenta todos estos factores en el ejercicio de sus funciones como tal.

-El médico como segunda víctima de su propio evento adverso. El médico es también una segunda víctima porque puede tener los mismos daños que se observan en la primera víctima, incluidos los físicos si como resultado de su operar adquiere una infección, por Ej.: El sida o hepatitis. En su caso también juegan papel su personalidad, la de su familia y la índole del entorno en el cual se mueve

-Las familias y el equipo del médico como víctimas terciarias del evento adverso. No cabe duda que las familias del paciente y del médico se constituyen en víctimas del evento adverso por el cúmulo de pérdidas que se les vienen encima y por la depresión y angustia que aparecen posteriormente. Ven cambiada su existencia y requieren ayuda psicológica para superar los estragos del trauma (Ministerio de Salud y protección social, 2008)... .

#### **4.2.21 Manejo del entorno legal.**

el marco regulatorio al interior de la institución debe dirigirse hacia estimular el reporte y sancionar administrativa y éticamente el no reporte, sancionar la reincidencia en las mismas fallas de atención, sin acciones de mejoramiento, proteger la confidencialidad del análisis del reporte de eventos adversos, garantizar la confidencialidad del paciente y de la historia clínica (Ministerio de salud y protección social, 2010).

#### **4.2.22 Reporte extrainstitucional.**

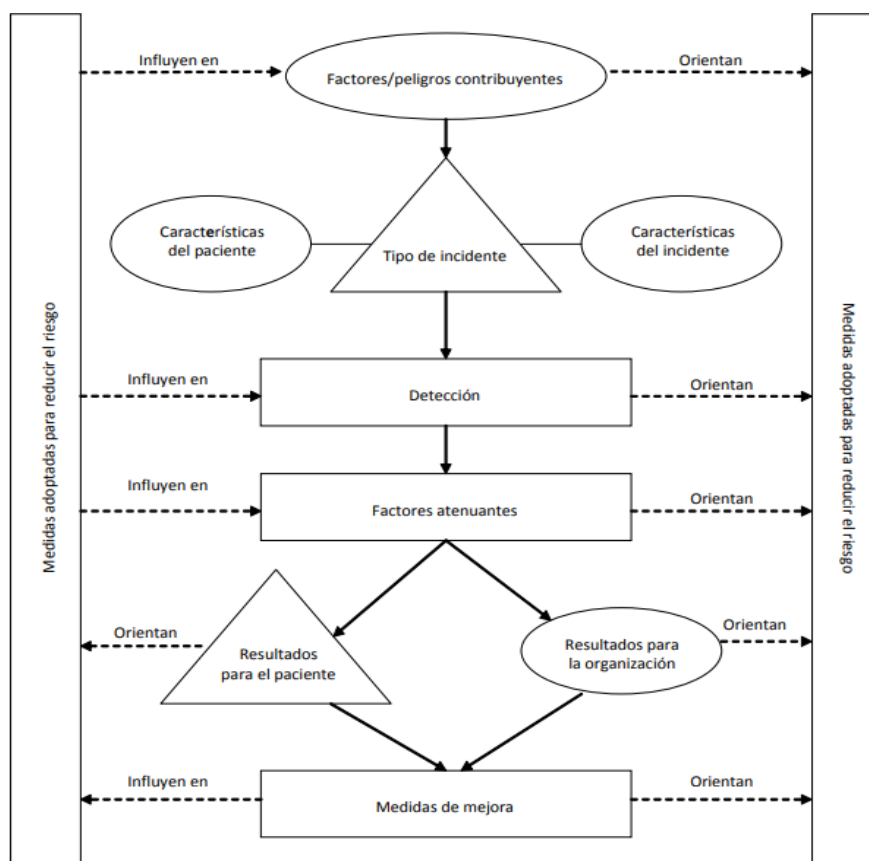
es voluntario y recogerá aquellos eventos adversos originados en situaciones que ameriten acciones al nivel del sistema o coordinación entre diferentes actores Riesgo: Es la probabilidad que un incidente o evento adverso ocurra.

#### **4.2.23 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 consecuencias (Mnisterio de salud y proteccion social, 2010)..

##### ***4.2.23.1 Acciones de mejora.***

Actividades realizadas o circunstancias modificadas para mejorar, minimizar y/o compensar un daño luego de un incidente. Alianza con el paciente y su familia: (principio orientador de la Política de Seguridad del Paciente) La Política de Seguridad debe contar con los pacientes y sus familias e involucrarlos en sus acciones de mejora (Mnisterio de salud y proteccion social, 2010).

**Figura 1.** Medidas adoptadas para reducir el riesgo

Fuente. © WHO, 2009. El Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente En: OMS. [en línea] [citado en 18 de marzo de 2019]. Idioma español, formato jpeg, tamaño 11.05KB. Disponible en: [https://www.who.int/patientsafety/implementation/taxonomy/icps\\_technical\\_report\\_es.pdf](https://www.who.int/patientsafety/implementation/taxonomy/icps_technical_report_es.pdf).

#### 4.2.24 Infecciones relacionadas con la atención sanitaria (IRAS).

Infecciones que se producen en un paciente durante el proceso de atención en un hospital u otro centro sanitario que no estaban presentes o no se estaban incubando en el momento del ingreso. Se incluyen las infecciones contraídas en el hospital pero que se manifiestan tras el alta hospitalaria y también las infecciones profesionales entre el personal del centro sanitario.

Las infecciones relacionadas con la atención sanitaria (IRAS) plantean una seria carga de enfermedad y tienen un efecto económico considerable en los pacientes y en los sistemas sanitarios de todo el mundo. Sin embargo, la higiene de las manos, la simple tarea de

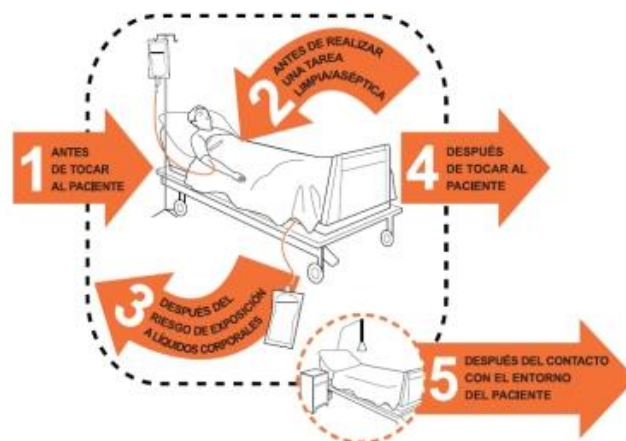
limpiarse las manos en los momentos adecuados y de la forma adecuada, puede salvar vidas

#### 4.2.24.1 lavado de las manos.

Lavado de manos es el término general que se aplica a cualquier lavado de manos, lavado antiséptico de manos, antisepsia de manos por frotación o antisepsia quirúrgica de manos, que se realiza en los centros sanitarios para prevenir las infecciones relacionadas con la atención sanitaria y se considera la principal medida necesaria para reducir las IRAS. Aunque la higiene de manos es una acción sencilla, la falta de cumplimiento entre los profesionales sanitarios sigue constituyendo un problema a escala mundial (Organización Mundial de la Salud,, 2010).

**Figura 2.** cinco momentos de lavado de manos

## Sus 5 Momentos para la Higiene de las Manos



Fuente. © WHO, 2012. Hand\_Hygiene\_When\_How\_Leaflet\_OPC\_Sp\_web\_2012 En: OMS. [en línea] [citado en 18 de marzo de 2019]. Idioma español, formato jpeg, tamaño 11.05KB. Disponible en: [https:// C:/Users/user/Desktop/lavado%20de%20manos/Hand\\_Hygiene\\_When\\_How\\_Leaflet\\_OPC\\_Sp\\_web\\_2012.pdf](https://C:/Users/user/Desktop/lavado%20de%20manos/Hand_Hygiene_When_How_Leaflet_OPC_Sp_web_2012.pdf)



Figura 3. Once pasos del lavado de manos

## ¿Cómo lavarse las manos?

¡Lávese las manos solo cuando estén visiblemente sucias! Si no, utilice la solución alcohólica

**Duración de todo el procedimiento: 40-60 segundos**



Fuente. © WHO, 2010. gpssc\_lavarse\_manos\_poster\_es En: OMS. [en línea] [citado en 18 de marzo de 2019]. Idioma español, formato pdf, tamaño 8.05KB. Disponible en: [https://C:/Users/user/Desktop/lavado%20de%20manos/gpssc\\_lavarse\\_manos\\_poster\\_es.pdf](https://C:/Users/user/Desktop/lavado%20de%20manos/gpssc_lavarse_manos_poster_es.pdf).

Figura 4. Desinfección de manos con alcohol glicerinado

## ¿Cómo desinfectarse con alcohol gel las manos?

¡Desinfectese las manos por higiene! Lávese las manos solo cuando estén visiblemente sucias

**Duración de todo el procedimiento: 20-30 segundos**



Fuente. © WHO, 2010. gpssc\_desinfectmanos\_poster\_es En: OMS. [en línea] [citado en 18 de marzo de 2019]. Idioma español, formato pdf, tamaño 14.05KB. Disponible en: [https://C:/Users/user/Desktop/lavado%20de%20manos/gpssc\\_lavarse\\_manos\\_poster\\_es.pdf](https://C:/Users/user/Desktop/lavado%20de%20manos/gpssc_lavarse_manos_poster_es.pdf).

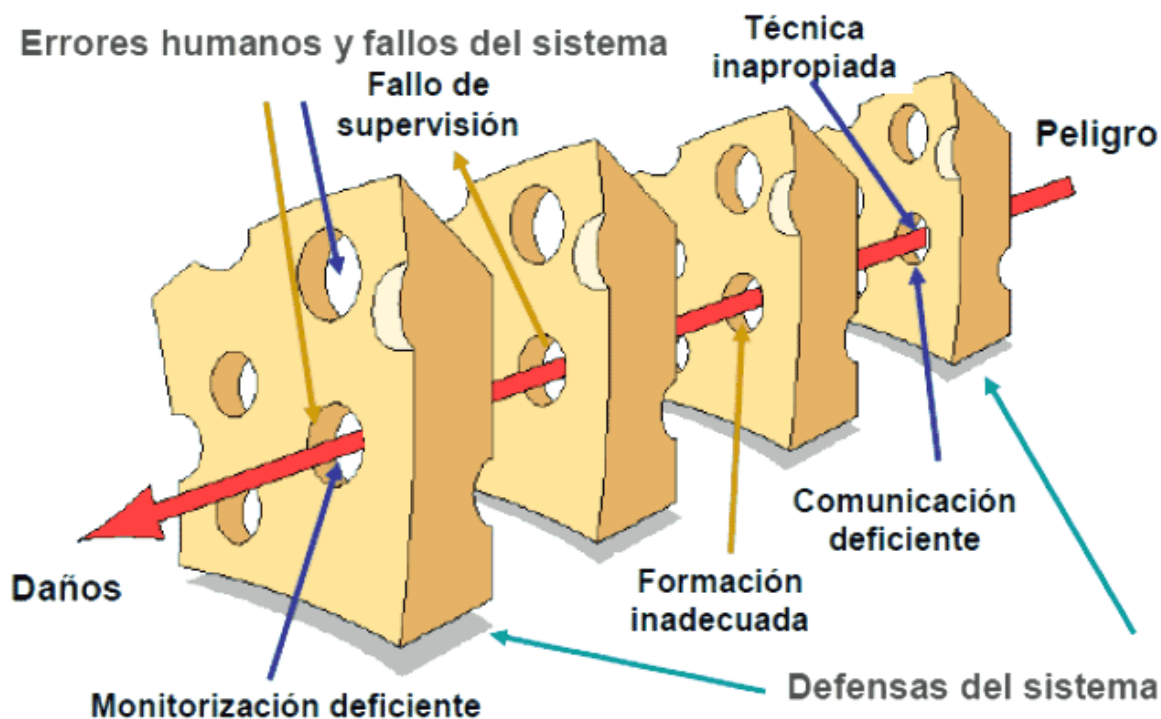
#### **4.2.25 Modelo Reason de causalidad (Modelo de Queso Suizo).**

La idea básica del modelo Reason es identificar qué aspectos o decisiones de la organización pueden haber sido un factor condicionante en un accidente y cómo la organización puede aprender de un accidente, perfeccionando sus defensas en un ciclo de mejora continua. En términos más simples y gráficos, el modelo Reason ha generado la explicación de un accidente como la superposición o coincidencia de fallas en diferentes niveles de la organización en un mismo momento. Este modelo de falla simultánea es conocido también como el modelo del "Queso Suizo" (Lazo, 2016)

El modelo Reason explica que un accidente es la consecuencia final de una superposición de fallas, desde la última línea de defensa, pasando por el acto inseguro, la condición insegura, la falla de la supervisión, la falla de la asesoría (seguridad) y, finalmente, la falla de la organización.

Los agujeros en las rodajas de queso representan las debilidades individuales en las partes individuales del sistema, y está variando continuamente en el tamaño y posición en todas las rodajas. Los agujeros en las rebanadas del queso representan puntos débiles individuales en distintas partes del sistema, y están continuamente variando en tamaño y posición en todas las rebanadas. El sistema produce los fracasos en conjunto cuando todos los agujeros en cada uno de las rodajas alinean momentáneamente, permitiendo "una trayectoria de oportunidad del accidente".

**Figura 5.** Modelo de queso suizo



Fuente. Lazo, Raúl. Modelo de queso suizo. En: HSEC.[en línea] [citado en 7 de marzo de 2019, 17-45'-33"]. Idioma español, formato jpeg, tamaño 42KB. Disponible en: <http://www.emb.cl/hsec/articulo.mvc?xid=964&edi=42&xit=modelo-del-queso-suizo-combatiendo-errores-latentes>

#### **4.2.26 Hospital Federico Arbeláez.**

Hospital de Nivel I, que cuenta con el servicio de consulta externa, odontología, laboratorio clínico, urgencias y hospitalización ubicado en la cabecera municipal y para la prestación de este en la zona rural se encuentran cinco puestos de salud ubicados en los Centros Poblados San Pablo, La Aurora, Varsovia, Valencia, Tres Esquinas y la Vereda el Rodeo. (E.S.E Hospital Federico Arbeláez, 2015)

##### **4.2.26.1 Misión.**

Brindar atención integral de primer nivel de complejidad en salud, basados en los principios de calidad, igualdad, ética, identidad y compromiso a la población cundayense.

#### **4.2.26.2 Visión.**

En el año 2020 la Empresa Social del Estado Hospital Federico Arbeláez, será líder en la prestación de servicios de salud de primer nivel, en donde su componente técnico, Profesional y humano, serán factor importante en la atención humanizada y la seguridad del paciente, destacándose dentro de la red de prestadores del sector.

#### **4.2.26.3 Programa de seguridad del paciente de la E.S.E. Hospital Federico Arbeláez.**

Es una estrategia de la E.S.E. Hospital Federico Arbeláez de Cunday, Tolima encaminada contribuir al abordaje de los principales problemas de seguridad del paciente, estableciendo objetivos y acciones tendientes a reducir las situaciones de riesgo que conlleven a la ocurrencia de eventos adversos, involucrando al paciente y su familia en el autocuidado de su seguridad y dando cumplimiento a los requisitos normativos,

##### **4.2.26.3.1 Objetivo general.**

Fortalecer la atención en salud centrada en el usuario con enfoque de gestión del riesgo, Fortaleciendo la cultura de seguridad, la alianza con equipo de salud y la alianza con el paciente y familia para la aplicación de barreras de seguridad.

##### **4.2.26.3.2 Objetivos específicos.**

-Implementar metodología para el análisis y gestión de los riesgos en cada uno de los procesos involucrados con la prestación del servicio de la institución-

-Fortalecer el Sistema de Reporte de EA

-Implementar la búsqueda activa de eventos adversos

-Realizar seguimiento a la implementación efectiva de las acciones de mejora

-Desplegar acciones tendientes a promover, mantener y mejorar una cultura justa de seguridad

-Realizar acciones de capacitación continua de los colaboradores de la institución en la aplicación de la Política y programa de seguridad del paciente

-Implementar acciones de educación para involucrar al paciente y su familia en su seguridad

#### *4.2.26.3.3 Metas del programa de seguridad del paciente.*

-Implementar, gestionar y monitorear los riesgos identificados en los procesos involucrados en la prestación del servicio con el fin de evitar lesión en el paciente.

-Alcanzar el aprendizaje institucional y la prevención futura de nuevos eventos a través de un sistema de reporte y gestión de eventos.

-Alinear el comportamiento, experiencias, valores y actitudes de los colaboradores de la institución entorno a la seguridad del paciente.

-Contar con un programa de capacitación y entrenamiento del personal

-Involucrar al paciente y su familia en su seguridad para lograr que este se comprometa con su salud y ayude a prevenir eventos adversos.

### **4.3 Marco normativo**

Constitución Nacional, artículo 49 establece que la salud es un derecho fundamental y un servicio público y en desarrollo de este el Congreso de la Ley 100 de 1993, a través de la cual creó el Sistema de Seguridad Social Integral, en el libro segundo establece a partir del artículo 152 y siguientes el Sistema General de Seguridad Social en Salud. (Corte Constitucional, Consejo Superior de la Judicatura, Sala Administrativa - Cendoj, 1991).

Ley 100 de 1993, en su artículo 153 en el numeral 9º indica que el Sistema establecerá mecanismos de control a los servicios para garantizar a los usuarios la Calidad en la atención

oportuna, personalizada, humanizada, integral, continua y de acuerdo con los estándares aceptados en procedimientos y práctica profesional. (Jorge Ramón Elías Nader, 1993).

Decreto 2174 de 1996, modificado por el 2309/02 organiza el Sistema de Garantía de Calidad, aplicable a todas las personas naturales y jurídicas que integran el Sistema General de Seguridad Social en Salud, y se desarrolla mediante las resoluciones 1439 y 1474 (Sadee, 1996).

Ley 872 de 2003, "Por la cual se crea el Sistema de Gestión de la Calidad en la Rama Ejecutiva del Poder Público y en otras entidades prestadoras de servicios, como una herramienta de gestión sistemática y transparente que permita dirigir y evaluar el desempeño institucional, en términos de calidad y satisfacción social en las prestación de los servicios a cargo de las entidades y gentes obligados", en su artículo 2 establece la obligatoriedad del desarrollo y funcionamiento del Sistema de Gestión de Calidad en todos los organismos y entidades del Sector Central y del Sector Descentralizado por servicios de la Rama Ejecutiva del poder público del orden nacional, corporaciones autónomas regionales, entidades que conforman el Sistema de Seguridad Social Integral (Germán Vargas Lleras, 2004).

Decreto 4110 del 09 de diciembre de 2004, se reglamenta la Ley 872 de 2003 y en su artículo 1° adopta la Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública NTCGP 1000:2004, la cual determina las generalidades y los requisitos mínimos para establecer, documentar, implementar y mantener un Sistema de Gestión de la Calidad en los organismos, entidades y agentes obligados conforme al artículo 2° de la Ley 872 de 2003. Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública NTCGP 1000:2004 es parte integrante del decreto 4110 (Álvaro Uribe Vélez F. G., 2004).

Decreto 1599 del 20 de mayo de 2005, “Por el cual se adopta el Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano MECI 1000:2005, en su artículo 1 establece la obligación de adoptar el MECI 1000:2005, el cual forma parte del citado decreto (Álvaro Uribe Vélez F. G., 2005).

Decreto 1011 del 3 de abril de 2006 se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que define las normas, requisitos, mecanismos y procesos desarrollados en el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país (Vélez, 2006).

Resolución 1043 de 2006 exige en los estándares de habilitación el seguimiento a riesgos institucionales relacionados con procesos de control y seguimiento a los principales riesgos de cada uno de los servicios que ofrece la institución (Betancuort, Resolución 1043 de 2006 , 2006).

Resolución 1446 de 2006, establece a nivel del sistema de información de monitoria interna el seguimiento de los eventos adversos que se vigilan al interior de los actores en la implementación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud (Betancuort, Resolución 1446 de 2006, 2006).

Resolución 1445 de 2006, se establecen los estándares de acreditación dirigidos hacia la mejora de los resultados de la atención en salud, centrados en el usuario, que van más allá de la verificación de la existencia de estructura o de la documentación de procesos (Betancourt., 2006).

Ley 1122 del 2007 por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones (Alberto Carrasquilla Barrera, 2007).

Lineamientos para la Política de Seguridad del Paciente creado en el 2008 por el ministerio de salud, con el objetivo de prevenir la ocurrencia de situaciones que afectarán la seguridad del paciente, y de ser posible eliminar la ocurrencia de eventos adversos.

Promoción de la cultura de seguridad del paciente, creada en el 2009 Desarrollar y fortalecer destrezas y competencias relacionadas con la promoción de la cultura de seguridad del paciente (Ministerio de la Protección Social, 2009).

Guía Técnica No. 1 del 2010, Buenas Prácticas en de Buenas Prácticas en Seguridad del Paciente, que recomienda treinta (30) buenas prácticas para la Seguridad (Ministerio de la Protección Social, 2010) . de las cuales diez (10) se hicieron obligatorias en el marco del Sistema Único de Habilitación con la expedición de la Resolución 2003 de mayo de 2014 (Congreso de la República, 2014).

Paquetes instruccionales para las buenas prácticas de seguridad del paciente del 2015 creados Ministerio de Salud y Protección social, se crearon 23 guías con el fin de implementar y complementar la política de seguridad en el paciente (Ministerio de Salud y Protección Social. Oficina de Calidad, 2015).



## 5. Metodología

### 5.1 Tipo de estudio y diseño de la investigación

El estudio se ubica en el enfoque observacional, en este tipo de estudios no se interviene o manipula el factor de estudio, es decir se observa lo que ocurre con el fenómeno en estudio en condiciones naturales. es cuantitativo, descriptivo y transversal. Es cuantitativo ya que se aplicarán listas de chequeo que se midieran estadísticamente. Descriptivo porque se limita a la medición de las variables que se tienen en cuenta en el estudio y es de tipo transversal porque se realizara durante el semestre A del año 2019 (Equipo de Expertos Universidad Internacional de Valencia , 2018).

### 5.2 Población

Constituida por el personal asistencial del Hospital Federico Arbeláez E.S.E del Municipio de Cunday, Tolima.

#### 5.2.1 Criterios de inclusión.

Durante la ejecución del proyecto se tiene en cuenta de manera obligatoria los siguientes criterios para participar en la investigación.

Autorización del Hospital Federico Arbeláez E.S.E

Personal Asistencial del Hospital Federico Arbeláez E.S.E

**5.2.2 Criterios de Exclusión.** Durante la ejecución del proyecto no se tendrán en cuenta aquellos profesionales que presenten los siguientes criterios, los cuales no son afines con la investigación:

Personal Administrativo del Hospital Federico Arbeláez E.S.E

Personal Asistencial que no labore con el Hospital Federico Arbeláez E.S.E

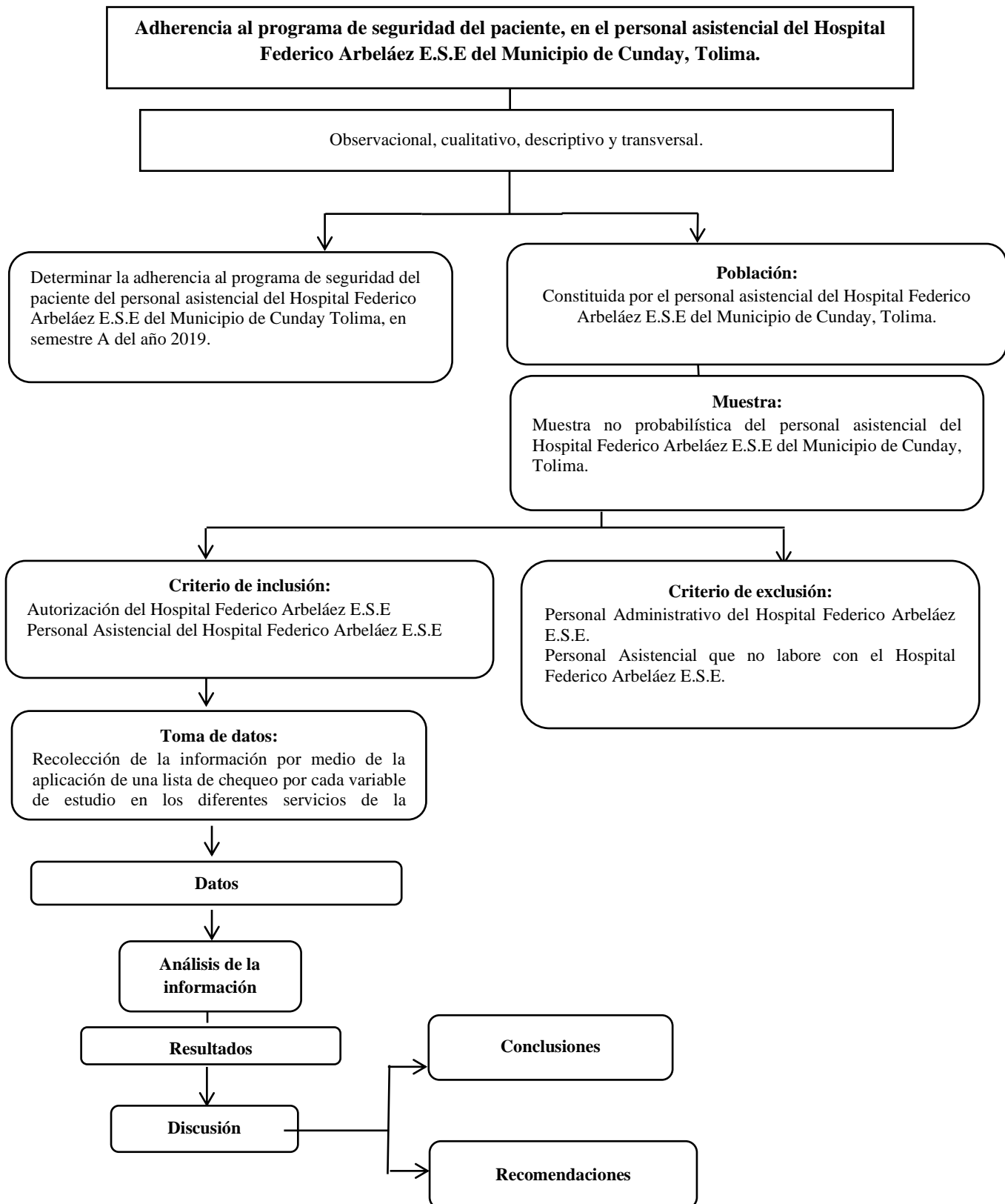
### 5.3 Muestra

Muestra no probabilística de participantes voluntarios “la elección de los elementos no dependen de la probabilidad sino de causas relacionadas con las características del investigador o el que hace la muestra, no permite establecer probabilidades iguales”. Los sujetos de estudio es el personal Asistencial del Hospital Federico Arbeláez E.S.E del Municipio de Cunday Tolima, pero se requiere que participen solo los que cumplen con los criterios de inclusión.

**Cuadro 1.** Relación de personal asistencial según su profesión y cantidad de recurso humano después de haber aplicado los criterios de inclusión y exclusión.

<b>Profesión</b>	<b>Cantidad de recurso humano</b>
Médicos	5
Enfermeras	3
Auxiliares de enfermería	6
Odontólogo	1
Higienista oral	1
Bacteriólogo	1
Auxiliar de laboratorio	1
Psicólogo	1
Promotoras de salud	3
Regente de farmacia	1
Auxiliar de farmacia	1
Total	24

El autor

**Figura 5.** Flujograma de la investigación.

El autor

## **5.4 Materiales y métodos**

### **5.4.1 Localización del proyecto**

El estudio se realizará en las instalaciones del Hospital Federico Arbeláez E.S.E del municipio de Cunday, Tolima en el semestre A del año 2019.

### **5.5 Instrumentos de recolección de la información**

Para poder realizar este estudio se tuvo en cuenta un consentimiento informado (Anexo 1), el cual se explicará a cada uno del personal asistencial que desee colaborar con esta investigación. Para evaluar la adherencia al programa de seguridad del paciente, se aplicará una lista de chequeo para evaluar de adherencia a través de rondas de seguridad en cada uno de los servicios asistenciales (Anexo 2,3,4,5,6 y 7).

El instrumento incluyó 4 buenas prácticas denominadas variables que se detallan a continuación:

- Detectar, prevenir y reducir las infecciones asociadas a la atención en salud.
- Mejorar la seguridad en la utilización de los medicamentos y dispositivos médicos
- Asegurar la correcta identificación del paciente en los servicios asistenciales
- Prevenir y reducir caídas y úlceras por presión.

Cada una de las variables cuenta con un grupo de criterios, algunos genéricos o específicos, según su posibilidad de evaluación en todos los servicios o en algunos en particular (42 criterios posibles en total) distribuidos así:

Detectar, prevenir y reducir las infecciones asociadas a la atención en salud. (16 criterios)

Mejorar la seguridad en la utilización de los medicamentos y dispositivos médicos (12 criterios)

Asegurar la correcta identificación del paciente en los servicios asistenciales (6 criterios)

Prevenir y reducir caídas y úlceras por presión. (12 criterios)

Cada uno de los criterios se calificará en forma categórica como: CUMPLE – NO CUMPLE. Los criterios contenidos en la herramienta que se aplicaran en las rondas de seguridad permitirán evaluar al personal médicos, Enfermeros, auxiliares de enfermería, bacteriólogo, odontólogo, higienista oral, auxiliar de laboratorio, regente de farmacia, auxiliar de farmacia y psicólogo.

## 5.6 Consideraciones éticas

Según la resolución n° 008430 de 1993, Título 2 de la investigación en seres humanos, este trabajo se clasifica como una investigación sin riesgo: debido a que es un estudio que emplea técnicas y métodos de investigación documental aplicación de listas de chequeo que requieren una aprobación verbal por el participante. Para la participación en el proyecto el personal asistencial firmará el consentimiento informado (Anexo 1), además se contará con la aprobación de la gerencia del Hospital Federico Arbeláez del municipio de Cunday - Tolima.

## 6. Cronograma y presupuesto

### 6.1 Cronograma de actividades

**Cuadro 2.** Cronograma de actividades.

Actividad	Mayo (2015)											Junio (2015)																
	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	
Sustentar el proyecto al gerente del hospital.	■																											
Citación para entrega de la autorización y entrega del cronograma a gerencia.					■																							
Explicación y firma de los consentimientos informados.								■																				
Aplicación de la lista de chequeo al personal asistencial de consulta externa, odontología laboratorio clínico y farmacia.								■																				
Aplicación de la lista de chequeo al personal asistencial de urgencias y hospitalización.									■																			
Tabulación de los resultados.										■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■							
Entrega del informe final al hospital Federico Arbeláez.																							■					
Entrega del trabajo de grado final																								■				
Sustentación del trabajo de grado final																												■

El autor

## 6.2 Presupuesto

### 6.2.1 Descripción de costos de personal

**Cuadro 3.** Descripción de costos de personal

Nombre de Investigadores	Profesión	Función en el proyecto <sup>1</sup>	Tiempo Dedicación (H/Semana)	Duración	C o s t o s			
					EAN \$	Propios \$	Otros \$	Total \$
María Alejandra Duran Devia	Odontólogo general	Investigador 1	8 horas	64 horas	0	3'200.000	0	3'200.000
Marilyn Zareth Figueroa Cárdenas	Odontólogo general	Investigador 2	8 horas	64 horas	0	3'200.000	0	3'200.000
Faby Katherine Montenegro Mesías	Instrumentad ora quirúrgica	Investigador 3	8 horas	64 horas	0	3'200.000	0	3'200.000
Linda Sarai Zarazo Camacho	Odontólogo general	Investigador 4	8 horas	64 horas	0	3'200.000	0	3'200.000
Total Costo de Personal						12'800.000		12'800.000

El autor

### 6.2.2 Descripción de viajes

**Cuadro 4.** Descripción de viajes

No.	Lugar	Valor Pasaje	Estadía (días)	Justificación <sup>1</sup>	C o s t o s			
					EAN \$	Propios \$	Total \$	
Marilyn Figueroa y Linda Zarazo	Cunday - Tolima	80.000	0	Sustentar el anteproyecto al gerente del Hospital Federico Arbeláez E.S.E y entrega de carta para la autorización de la aplicación del proyecto en la institución.		80.000	80.000	
Marilyn Figueroa	Cunday - Tolima	40.000	0	Citación para entrega de la autorización entrega de cronograma de actividades a gerencia.		40.000	40.000	
Marilyn Figueroa, Linda Zarazo, Katherine Montenegro, Alejandra Duran.	Cunday - Tolima	160.000	80.000	Explicación y firma de los consentimientos informados y Aplicación de la lista de cheque al personal asistencial del servicio de consulta externa, odontología y laboratorio clínico.		160.000	160.000	
Marilyn Figueroa, Linda Zarazo, Katherine Montenegro, Alejandra Duran.	Cunday - Tolima	0	0	Aplicación de la lista de cheque al personal asistencial del servicio de urgencias y hospitalización.		0		
Marilyn Figueroa, Alejandra Duran.	Cunday - Tolima	80.000		Entrega de informe final al Hospital Federico Arbeláez.		80.000	80.000	
Totales								360.000

El autor

### 6.2.3 Descripción de los equipos requeridos.

**Cuadro 5.** Descripción de los equipos requeridos.

No. Equipo	Justificación uso en proyecto	No. Unidad	Adquisición	Arriendo	Costos			Total \$
					EAN \$	Propios \$	Otros \$	
1	Computador portátil	4		200.000		800.000		800.000
2	Cámara Fotográfica	1		200.000		200.000		200.000
3	Vídeo Beam	1		100.000		100.000		100.000
Totales								1'100.000

El autor

### 6.2.4. Descripción de Insumos y Materiales.

**Cuadro 6.** Descripción de Insumos y Materiales.

Nombre	Uso	Cantidad	Costos			Total \$
			EAN \$	Propios \$	Otros \$	
Paquete de Papelería	Consentimientos informados, listas de chequeo.	1	200.000	200.000		200.000
Esferos negros	Diligenciamiento de consentimientos informados y listas de chequeo.	30	30.000	30.000		30.000
Totales						230.000

El autor

### 6.2.5 Costo total del proyecto.

**Cuadro 7.** Costo total del proyecto.

Nombre	EAN \$	Propios \$	Otros \$	Total \$
Personal		12'800.000		12'800.000
Equipo		1'100.000		1'100.000
Insumos y Materiales		230.000		230.000
Viajes		360.000		360.000
Servicios Técnicos				
Totales		14'490.000		14'490.000

El autor

## Bibliografía

- Interim Data From National Efforts To Make Health Care Safer. (Diciembre de 2016). *Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD*. Obtenido de National Scorecard on Rates of Hospital-Acquired Conditions 2010 to 2015: <http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/pfp/2015-interim.html>
- Alberto Carrasquilla Barrera, D. P. (9 de Enero de 2007). Ley 1122 del 2007 . Bogotá D.C.
- Álvaro Uribe Vélez, F. G. (9 de Dicimebre de 2004). DECRETO NUMERO 4110 DE 2004. *DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA*. Bogotá, D. C.
- Álvaro Uribe Vélez, F. G. (26 de Mayo de 2005). Decreto 1599 del 20 de mayo de 2005. *DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIO PÚBLICA* . Bogotá D.C.
- Ana Stella Calderón Moncayo, D. C. (Abril de 2015). EVALUACIÓN DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UNA IPS DE NIVEL DE ATENCIÓN DE BAJA COMPLEJIDAD SEDE PRINCIPAL EN EL MUNICIPIO DE PALMIRA, VALLE DEL CAUCA, VIGENCIA 2014-2015. Cali, Palmira, Colombia .
- Betancourt., D. P. (Mayo de 17 de 2006). Resolución 1445 de 2006. Bogotá D.C.
- Betancuort, D. P. (3 de Abril de 2006). Resolución 1043 de 2006 . Bogotá D.C.
- Betancuort, D. P. (8 de Mayo de 2006). Resolución 1446 de 2006.
- Colciencias, U. N. (22 de Abril de 2008). *Universidad Nacional de Colombia*. Obtenido de Eventos adversos, un reto para profesionales de la salud: [http://historico.agenciadenoticias.unal.edu.co/articulos/ciencia\\_tecnologia/ciencia\\_tecnologia\\_20080422\\_eventos.html](http://historico.agenciadenoticias.unal.edu.co/articulos/ciencia_tecnologia/ciencia_tecnologia_20080422_eventos.html)
- Congreso de la República. (28 de mayo de 2014). Resolución 2003 del 2014. Bogotá D.C.
- Corte Constitucional, Consejo Superior de la Judicatura, Sala Administrativa - Cendoj. (1991). Constitución Política de Colombia. *Normatividad*. Bogota D C, Colombia.
- David Galván Borja, I. P. (1 de Marzo de 2017). EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DE UNA IPS DEL MUNICIPIO DE COROZAL-SUCRE, COLOMBIA. *REVISALUD Unisucra*, 15.
- Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). *Ministerio de Salud y Protección Social*. Recuperado el 10 de febrero de 2019, de Lista de chequeo para las buenas prácticas de seguridad de pacientes obligatorias en el sistema único de habilitación: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PSA/Lista-chequeo-buenas-practicas-seguridad-paciente-obligatoria.zip>
- Dracup, K. M. (1982). Compliance: an Interactionist Approach. *Nursing Research. Scielo*, 31-36.



- Equipo de Expertos Universidad Internacional de Valencia . (23 de Marzo de 2018). *Universidad Internacional de Valencia* . Obtenido de Ciencia y Tecnología:  
<https://www.universidadviu.com/que-es-un-estudio-observacional/>
- Firmino Bezerra, S. T., Mesquita Lemos, A., Costa de Sousa, S. M., de Lima Carvalho, C. M., & Carvalho Fernandes, A. F. (2013). Promoción de la salud: la calidad de vida en las prácticas de enfermería. *scielo*, 260-267.
- Germán Vargas Lleras, E. R. (02 de Enero de 2004). LEY 872 DE 2003. *PODER PÚBLICO - RAMA LEGISLATIVA*. Bogotá D.C.
- GIRALDO, L. C. (2015). *INFORME MEDICION DE ADHERENCIA PROCESOS SEGUROS 2015 – HOSPITAL SAN ANTONIO DE VILLAMARIA - CALDAS*. E.S.E hospital departamental Villamaria - caldas, caldas. caldas: liminan aspargo.
- Hernandez, G. M. (2003). *tratado de medicina farmaceutica*. Buenos aires: Panamericana.
- Inés Vanessa Castro Maya, L. M. (30 de Marzo de 2018). Política de seguridad del paciente en la IPS San Sebastián. Pereira, Risaralda, Colombia.
- INÉS VANESSA CASTRO MAYA, L. M. (30 de Marzo de 2018). POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA IPS SAN SEBASTIÁN. Pereira, Risaralda , Colombia.
- Jorge Ramón Elías Nader, P. P. (23 de Diciembre de 1993). Ley del 100 del 1993. *Sistema de Seguridad Social Integral*. Bogotá D.C, Colombia.
- Kohn LT, C. J. (1999). To err is human: Building a safer health system. Committee on Health Care in America. *National Academy Press (Washington D)*,.
- Korc, M. H. (2016). Salud, resiliencia y seguridad humana: ananzado para la salud de todos. *Carta comunitaria*, 14-19.
- Lazo, R. (1 de agosto de 2016). *HSEC prevencion de riesgos, seguridad industrial, sefuridad ocupacional*. Obtenido de Modelo del Queso Suizo: combatiendo errores latentes:  
<http://www.emb.cl/hsec/articulo.mvc?xid=964&edi=42&xit=modelo-del-queso-suizo-combatiendo-errores-latentes>
- MarioMella Laborde. Maria Teresa Gea Velázquez, J. A. (2018). Análisis de la cultura de seguridad del paciente en un hospital universitario. *Gaceta Sanitaria*, 2-12.
- Medline Plus. Informacion de salud para usted. (7 de Marzo de 2019). *Medline Plus. Informacion de salud para usted*. Obtenido de <https://medlineplus.gov/spanish/drugreactions.html>.
- Ministerio de la Protección Socia. (2009). Promoción de la Cultura de Seguridad del Paciente. Bogotá D.C.
- Ministerio de la Protección Social. (2010). Guía Técnica Buenas Prácticas en de Buenas Prácticas en Seguridad del Paciente. Bogotá D.C.

Ministerio de Salud y protección social. (11 de junio de 2008). *MINSALUD*. Obtenido de Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente en la república de Colombia: <https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/CalidadAtenci%C3%B3nEnSalud/LINEAMIENTOS%20PARA%20LA%20IMPLEMENTACI%C3%93N%20DE%20LA%20POL%C3%8DTICA%20DE%20SEGURIDAD%20DEL%20PACIENTE%20EN%20LA.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (Enero de 2015). *MINSALUD*. Obtenido de Gestión integral del riesgo: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/DOA/Perspectiva-aseguramiento-comite-ampliado.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. Oficina de Calidad. (2015). Paquetes Instruccionales. Guía técnica "buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud". Bogotá D.C.

Ministerio de salud y protección social. (2016 de Mayo de 2016). *MINSALUD*. Obtenido de Decreto 780 de 2016: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Decreto%200780%20de%202016.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Decreto%200780%20de%202016.pdf)

Ministerio de salud y protección social. (2010). *MINSALUD*. Obtenido de MINSALUD: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia-buenas-practicas-seguridad-paciente.pdf>

Organización Mundial de la Salud,. (2010). *IBEAS: red pionera en la seguridad del*. Ginebra: RESEARCH.

Oscar Fabián Santamaría, P. A. (2018). *Informe final de la evaluación de la Cultura de Seguridad del paciente*. Ibagué.

OSCAR FABIÁN SANTAMARÍA, P. A. (2018). *INFORME FINAL DE LA EVALUACIÓN DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL*. Ibagué.

paciente, R. d. (27 de octubre de 2004). *Organización Mundial de la Salud*. Recuperado el 02 de febrero de 2019, de Organización Mundial de la Salud: <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr74/es/>

Reyes, J. J. (junio de 2007). Adherencia de las enfermeras a utilizar un modelo teórico como base de la valoración de enfermería. *Scielo*, 45-57.

Sadee, M. T. (28 de Noviembre de 1996). DECRETO NUMERO 2174 de 1996. Bogotá D. C.

Sepúlveda, E. (1997). Adherencia al control de pacientes hipertensos y factores que la influyen. Consultorio Víctor Manuel Fernández de Concepción. *Ciencia y Enfermería*, 47- 58.

Teresa Giménez Júlvez, I. H.-G.-R.-C.-B. (2017). Cultura de la seguridad del paciente en directivos y gestores de un servicio de salud. *Gaceta Sanitaria*, 424-425.

Vélez, Á. U. (3 de Abril de 2006). Decreto 1011 del 3 de Abril de 2006. Bogotá D.C.

Vergara, J. (22 de mayo de 2017). *Enfermería y seguridad del paciente*. Obtenido de Metodologías y análisis de eventos adversos, análisis de causa raíz, ancla y protocolo de Londres.: <https://www.enfermeriayseguridaddelpaciente.com/2017/05/metodologias-de-analisis-de-eventos.html>

# Anexos

**Anexo 1. Consentimiento informado**

Yo \_\_\_\_\_ mayor de edad e identificado con cedula de ciudadanía n° \_\_\_\_\_ expedida en \_\_\_\_\_. En pleno y uso normal de mis facultades legales, otorgo en forma libre, mi consentimiento a los estudiantes María Alejandra Duran Devia, Marilyn Zareth Figueroa Cárdenas, Faby Katherine Montenegro Mesías y Linda Sarai Zarazo Camacho para participar de forma libre y autónoma en el desarrollo del estudio: **ADHERENCIA AL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE, EN EL PERSONAL ASISTENCIAL DEL HOSPITAL FEDERICO ARBELAEZ E.S.E DEL MUNICIPIO DE CUNDAY, TOLIMA.**, que tiene como objetivo Determinar la adherencia al programa de seguridad del paciente del personal asistencial del Hospital Federico Arbeláez E.S.E del Municipio de Cunday Tolima, en semestre A del año 2019. Luego de haber comprendido en su totalidad la información, el objetivo de dicho proyecto, los riesgos y beneficios directos e indirectos de la colaboración en el estudio he entendido que:

- No existirá ningún tipo de daño o consecuencia desfavorable que involucre el estado de salud de las personas vinculadas al trabajo de investigación.
- Mi participación en el desarrollo de trabajo de investigación es voluntaria y he recibido la información necesaria.
- No tendré ningún gasto ni recibiré remuneración alguna por la colaboración en el estudio.
- Ningún tipo de información personal será publicada, ni la identidad de las personas del estudio será revelada.

Yo declaro que he recibido las explicaciones necesarias en forma verbal y escrita de la totalidad del programa, comprendo en su totalidad lo expuesto anteriormente y manifiesto que las dudas han sido aclaradas completamente.

Fecha DD/MM/AAAA	Identificación:	Profesión:	
	Nombres:	Servicio al que pertenece	
	Apellidos:	C.C:	

El autor

**Anexo 2.** Lista de chequeo para medir la adherencia al protocolo de identificación correcta del usuario en el personal asistencial del Hospital Federico Arbeláez E.S.E del municipio de Cunday, Tolima. En los servicios de urgencias y hospitalización.

Nombres y apellidos: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Género: \_\_\_\_\_

Profesión \_\_\_\_\_ servicio al que pertenece \_\_\_\_\_

<b>Lista de chequeo del protocolo de identificación correcta del usuario</b>			
	<b>Ítems evaluados</b>	<b>Cumple</b>	<b>No Cumple</b>
1.	Se realizó la identificación del paciente por medio de la manilla.		
2.	La manilla se encuentra debidamente diligenciada con los datos correctos y completos del paciente.		
3.	Se les brindo educación al paciente y a la familia sobre la importancia y la función de la manilla de identificación.		
4.	El personal realiza verificación cruzada a la hora de realizar cualquier procedimiento y para administrar medicamentos.		
5.	El tablero de identificación de la cabecera está debidamente diligenciado.		
6.	Los datos del tablero corresponden a los del paciente		
<b>Total</b>			
<b>Porcentaje Total</b>			

(GIRALDO, 2015)

**Anexo 3.** Lista de chequeo para medir la adherencia al protocolo de Bioseguridad en el personal asistencial del Hospital Federico Arbeláez E.S.E del municipio de Cunday, Tolima. En los servicios de urgencias, hospitalización, consulta externa, odontología y laboratorio clínico.

Nombres y apellidos: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Género: \_\_\_\_\_

Profesión \_\_\_\_\_ servicio al que pertenece \_\_\_\_\_

<b>Lista de chequeo del protocolo de Bioseguridad</b>			
	<b>Ítems evaluados</b>	<b>Cumple</b>	<b>No Cumple</b>
1.	Utiliza elementos de protección personal para la realización de procedimientos clínicos. ( guantes, mascarilla, gafas o visor, bata, gorro, entre otros) en los casos que se requiera.		
2.	Sabe que hacer en caso de que ocurra un accidente laboral.		
3.	Se utiliza algún desinfectante previo a la aplicación de medicamentos.		
4.	Pacientes con procedimientos de terapia respiratoria tienen debidamente marcados sus elementos.		
5.	El personal asistencial dispone de ropa de trabajo apropiada.		
6.	Se efectúa algún tipo de manipulación del conjunto aguja-jeringa después de su uso.		
7.	Se limpian y se desinfectan las áreas de trabajo después de realizar la labor.		
8.	El traslado de las muestras se realiza en recipientes apropiados.		
9.	Las canecas para el depósito de residuos están, limpias, tapadas y no deterioradas.		
10.	Se ha clasificado adecuadamente los residuos hospitalarios en las canecas.		

11.	Preguntar a los pacientes y sus familiares si se les ha brindado información sobre la adecuada disposición de los residuos.		
12.	Las áreas de servicio están organizadas y limpias.(observe y Verifique)		
13.	El personal asistencial encargado realiza la desinfección adecuada (observe – Verifique)		
14.	El personal asistencial verifica que el personal de servicios generales realiza el aseo de las habitaciones-cubículos de forma adecuada.		
15.	El personal asistencial conoce y aplica los 5 momentos de lavado de manos.		
16.	El personal asistencial conoce los 11 pasos del lavado de manos y los realiza correctamente (observe y verifique).		
<b>Total</b>			
<b>Porcentaje Total</b>			

(GIRALDO, 2015)



**Anexo 4.** Lista de chequeo para medir la adherencia al protocolo de administración segura de medicamentos en el personal asistencial del Hospital Federico Arbeláez E.S.E del municipio de Cunday, Tolima. En los servicios de urgencias, hospitalización y odontología.

Nombres y apellidos: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Género: \_\_\_\_\_

Profesión \_\_\_\_\_ servicio al que pertenece \_\_\_\_\_

<b>Lista de chequeo del protocolo de administración segura de medicamentos</b>			
	<b>Ítems evaluados</b>	<b>Cumple</b>	<b>No Cumple</b>
1.	Los medicamentos parcialmente consumidos tienen fecha y hora de apertura y nombre del responsable.		
2.	Los medicamentos diluidos y/o preparados para ser aplicados se encuentran dentro de los tiempos establecidos según documento de estabilidad.		
3.	De acuerdo al documento de estabilidad se encuentran debidamente almacenados los medicamentos una vez diluidos.		
4.	Verifique actas de inspección técnica de carro de paro y stan de almacenamiento de medicamentos y corrobore con cinco medicamentos las fechas de vencimiento, lote, registro invima y semaforización.		
5.	Los medicamentos sólidos se encuentran en su empaque individual.		
<b>Total</b>			
<b>Porcentaje Total</b>			

(GIRALDO, 2015)

**Anexo 5.** Lista de chequeo para medir la adherencia al protocolo para la minimización del riesgo de caídas de los usuarios en el personal asistencial del Hospital Federico Arbeláez E.S.E del municipio de Cunday, Tolima. En los servicios de urgencias y hospitalización.

Nombres y apellidos: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Género: \_\_\_\_\_

Profesión \_\_\_\_\_ servicio al que pertenece \_\_\_\_\_

<b>Lista de chequeo del protocolo para la minimización del riesgo de caídas de los usuarios</b>			
	<b>Ítems evaluados</b>	<b>Cumple</b>	<b>No Cumple</b>
1.	Se identificó el riesgo del paciente al ingreso.		
2.	Se utilizó el círculo rojo de riesgo de caídas para rotular al paciente.		
3.	Se brindó educación al paciente y a la familia sobre recursos institucionales como el llamado de enfermería.		
4.	El paciente calificado con riesgo a caída y que requiere acompañante, cumple con las recomendaciones dadas por el personal para prevención de caídas.		
5.	Se integra al paciente sobre la vigilancia continua por parte del personal de enfermería, accesibilidad al llamado de enfermería (timbre), y a dispositivos y este refiere oportunidad, accesibilidad y seguridad.		
6.	El baño del paciente es seguro.		
<b>Total</b>			
<b>Porcentaje Total</b>			

(GIRALDO, 2015)

**Anexo 6.** Lista de chequeo para medir la adherencia al protocolo de minimización de riesgos de úlceras por presión en el personal asistencial del Hospital Federico Arbeláez E.S.E del municipio de Cunday, Tolima. En los servicios de urgencias y hospitalización.

Nombres y apellidos: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Género: \_\_\_\_\_

Profesión \_\_\_\_\_ servicio al que pertenece \_\_\_\_\_

<b>Lista de chequeo para minimización de riesgos de úlceras por presión</b>			
	<b>Ítems evaluados</b>	<b>Cumple</b>	<b>No Cumple</b>
1.	Se identificó el riesgo del paciente al ingreso. (se aplicó escala de Braden)		
2.	Se utilizó el círculo verde de riesgo de úlceras por presión al rotular al paciente.		
3.	Se brindó educación al paciente y a la familia sobre los cuidados para prevenir al máximo la aparición de escaras y úlceras por presión.		
4.	El paciente calificado con riesgo de escaras y que requiere acompañante, cumple con las recomendaciones dadas por el personal para prevención de úlceras por presión.		
5.	Se interroga al paciente sobre la vigilancia continua por parte del personal de enfermería, cambios de posición cada dos horas y cuidados de la piel.		
6.	Se utilizan dispositivos adicionales para la prevención de úlceras por presión.		
<b>Total</b>			
<b>Porcentaje Total</b>			

(GIRALDO, 2015)

**Anexo 7.** Lista de chequeo para medir la adherencia al protocolo de dispensación segura de medicamentos en el personal asistencial del Hospital Federico Arbeláez E.S.E del municipio de Cunday, Tolima. En los servicios de farmacia.

Nombres y apellidos: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Género: \_\_\_\_\_

Profesión \_\_\_\_\_ servicio al que pertenece \_\_\_\_\_

<b>Lista de chequeo para el proceso de dispensación segura de medicamentos</b>			
	<b>Ítems evaluados</b>	<b>Cumple</b>	<b>No Cumple</b>
1.	Existe una verificación cruzada entre la fórmula, paciente y medicamentos.		
2.	Preguntar a dos pacientes si al entregar los medicamentos el personal confirma la identificación.		
3.	Observe una entrega de medicamentos y verifique que se compare la identificación del paciente con la fórmula.		
4.	Al entregar al paciente los medicamentos, se informa el medicamento y la cantidad entregada.		
5.	Informa al paciente todo lo relacionado con el tratamiento (explica la fórmula).		
6.	Educa al paciente sobre el uso adecuado de medicamentos y estilos de vida saludable.		
7.	Se le entrega al paciente copia de la fórmula con su respectivo documento de identidad.		
<b>Total</b>			
<b>Porcentaje Total</b>			

(GIRALDO, 2015)

## Glosario

**Accidente:** Suceso crítico, inesperado, y no evitable, ocurrido en la institución que puede o no estar relacionado con la atención.

**Acciones de reducción de riesgo:** Todas aquellas intervenciones que se hacen en estructuras o en procesos de atención en salud para minimizar la probabilidad de ocurrencia de un incidente o evento adverso.

**Agente causal:** factor que está presente en la concurrencia de una enfermedad. Se considera causa necesaria pero no suficiente para la producción de la enfermedad.

**Ambiente propicio:** es el conjunto de factores físicos, biológicos, químicos y socioculturales que intervienen y favorecen en la aparición del proceso de Salud- Enfermedad.

**Atención en salud:** Servicios recibidos por los individuos o las poblaciones para promover, mantener, monitorizar o restaurar la salud.

**Bacterias:** microorganismo unicelular con movilidad propia, que ostentan en tamaños muy pequeños y diversidad en su forma, que pueden provocar enfermedades, fermentaciones o putrefacción en los seres vivos o materias orgánicas.

**Barrera de seguridad:** Una acción o circunstancia que reduce la probabilidad de presentación del incidente o evento adverso. Buenas Prácticas de Seguridad del Paciente: herramienta para incentivar, promover y gestionar la implementación de prácticas seguras de la atención en salud.

**Calidad:** Grado en que los servicios de salud prestados a personas y poblaciones aumentan la probabilidad que se produzcan los efectos buscados en la salud y son coherentes con los conocimientos profesionales del momento.

**Conocimiento:** conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje. El conocimiento tiene su origen en la percepción sensorial, después llega al entendimiento y finaliza en la razón.

**Conducta:** es el conjunto de comportamientos exteriores de un ser humano, como son las actitudes corporales, los gestos, la acción, el lenguaje las cuatro formas de conducta que resultan visibles y plausibles de ser observados por otros.

**Casi error o nearmiss:** Evento o situación que pudo haber terminado en un accidente, pero donde una intervención a tiempo (planificada o no), o la casualidad evitó que se produjera el daño.

**Circunstancia:** Cualquier factor relacionado con un evento, un agente o una persona o que influye en ellos.

**Complicación:** Es el daño o resultado clínico no esperado, no atribuible a la atención en salud, sino a la enfermedad o a las condiciones propias del paciente.

**Control:** Medida tomada tendiente a modificar el riesgo.

**Daño:** Alteración estructural o funcional del organismo y/o cualquier efecto perjudicial derivado de aquella. Comprende los conceptos de enfermedad, lesión, sufrimiento, discapacidad y muerte.

**Detección:** Acción que da lugar al descubrimiento de un incidente.

**Discapacidad:** Cualquier tipo de alteración estructural o funcional del organismo, limitación de actividad y/o restricción de la participación en la sociedad, asociadas a un daño pasado o presente.

**Enfermedad:** alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, por causas en general conocidas, manifestada por síntomas y unos signos característicos, y cuya evolución es más o menos previsible.

**Error:** No realización de una acción prevista tal y como se pretendía, o aplicación de un plan incorrecto.

**Etiología:** parte de la medicina que tiene por objeto el estudio de las causas y factores que precisan la aparición de una enfermedad. Esta disciplina médica se encarga de investigar las causas, los signos y síntomas de una patología.

**Evento:** Algo que le ocurre a un paciente o le atañe.

**Prevención:** son estrategias con el propósito de reducir los factores de riesgo de enfermedades específicas o también de reforzar factores personales que disminuyan la susceptibilidad a la enfermedad.

**Prevenible:** Aceptado generalmente como algo evitable en las circunstancias particulares del caso.

**Promoción:** es un proceso que permite a las personas aumentar el control sobre su salud para mejorarla, reforzar las capacidades de las personas y modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas que tienen impacto en los determinantes de la salud.

**Salud:** es un estado de bienestar o de equilibrio que puede ser visto a nivel subjetivo (un ser humano asume como aceptable el estado general en el que se encuentra) o a nivel objetivo (se constata la ausencia de enfermedades o de factores dañinos en el sujeto en cuestión).

**Sufrimiento:** La experiencia de algo subjetivamente desagradable.

**Tratamiento:** es el conjunto de medios de cualquier clase o la aplicación de un procedimiento cuya finalidad es la curación y el alivio de las enfermedades o síntomas.



### LICENCIA DE USO – AUTORIZACIÓN DE LOS AUTORES

Actuando en nombre propio identificado (s) de la siguiente forma:

Nombre Completo Maria Alejandra Duran Devia

Tipo de documento de identidad: C.C.  T.I.  C.E.  Número: 1110540920

Nombre Completo Linda Sarai Zavala Camacho

Tipo de documento de identidad: C.C.  T.I.  C.E.  Número: 1110517700

Nombre Completo Faby Katherine Montenegro Mesias

Tipo de documento de identidad: C.C.  T.I.  C.E.  Número: 1085310553

Nombre Completo Marilyn Zareth Figueroa Cardenas

Tipo de documento de identidad: C.C.  T.I.  C.E.  Número: 1110552509

El (Los) suscrito(s) en calidad de autor (es) del trabajo de tesis, monografía o trabajo de grado, documento de investigación, denominado:

ADHERENCIA AL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE,  
EN EL PERSONAL DEL HOSPITAL FEDERICO ARBELAEZ ESE  
DEL MUNICIPIO DE CUNDAY, TOLIMIA

Dejo (dejamos) constancia que la obra contiene información confidencial, secreta o similar: SI  NO   
(Si marqué (marcamos) SI, en un documento adjunto explicaremos tal condición, para que la Universidad EAN mantenga restricción de acceso sobre la obra).

Por medio del presente escrito autorizo (autorizamos) a la Universidad EAN, a los usuarios de la Biblioteca de la Universidad EAN y a los usuarios de bases de datos y sitios webs con los cuales la Institución tenga convenio, a ejercer las siguientes atribuciones sobre la obra anteriormente mencionada:

- A. Conservación de los ejemplares en la Biblioteca de la Universidad EAN.
- B. Comunicación pública de la obra por cualquier medio, incluyendo Internet
- C. Reproducción bajo cualquier formato que se conozca actualmente o que se conozca en el futuro
- D. Que los ejemplares sean consultados en medio electrónico
- E. Inclusión en bases de datos o redes o sitios web con los cuales la Universidad EAN tenga convenio con las mismas facultades y limitaciones que se expresan en este documento
- F. Distribución y consulta de la obra a las entidades con las cuales la Universidad EAN tenga convenio

Con el debido respeto de los derechos patrimoniales y morales de la obra, la presente licencia se otorga a título gratuito, de conformidad con la normatividad vigente en la materia y teniendo en cuenta que la Universidad EAN busca difundir y promover la formación académica, la enseñanza y el espíritu investigativo y emprendedor.

Manifiesto (manifestamos) que la obra objeto de la presente autorización es original, el (los) suscritos es (son) el (los) autor (es) exclusivo (s), fue producto de mi (nuestro) ingenio y esfuerzo personal y la realizó (zamos) sin violar o usurpar derechos de autor de terceros, por lo tanto la obra es de exclusiva autoría y tengo (tenemos) la titularidad sobre la misma. En vista de lo expuesto, asumo (asumimos) la total responsabilidad sobre la elaboración, presentación y contenidos de la obra, eximiendo de cualquier responsabilidad a la Universidad EAN por estos aspectos.

En constancia suscribimos el presente documento en la ciudad de Bogotá D.C.,

NOMBRE COMPLETO: <u>Linda Sarai Zurazo C.</u>	NOMBRE COMPLETO: <u>Faby Katherine Montenegro.</u>
FIRMA: <u>[Firma]</u>	FIRMA: <u>[Firma]</u>
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: <u>1110517700</u>	DOCUMENTO DE IDENTIDAD: <u>1085310553</u>
FACULTAD: <u>Administración, Finanzas y Ciencias económicas</u>	FACULTAD: <u>Administración, Finanzas y Ciencias económicas</u>
PROGRAMA ACADÉMICO: <u>Auditoría y Garantía en salud</u>	PROGRAMA ACADÉMICO: <u>Auditoría y Garantía en salud</u>
NOMBRE COMPLETO: <u>Maria Alejandra Duran D.</u>	NOMBRE COMPLETO: <u>Marilyn Zaeth Figueroa Corderos</u>
FIRMA: <u>[Firma]</u>	FIRMA: <u>[Firma]</u>
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: <u>110540920</u>	DOCUMENTO DE IDENTIDAD: <u>1110552509</u>
FACULTAD: <u>Administración, Finanzas y Ciencias Económicas</u>	FACULTAD: <u>Administración, Finanzas y Ciencias Económicas</u>
PROGRAMA ACADÉMICO: <u>Auditoría y Garantía en salud</u>	PROGRAMA ACADÉMICO: <u>Auditoría y Garantía en salud</u>

Fecha de firma: 25/09/2019