

**CONOCIMIENTO DE LOS TRABAJADORES DE LA SALUD SOBRE EVENTOS  
ADVERSOS COMO PROCESO DE MEJORAMIENTO DE CALIDAD.  
HOSPITAL DEL TAMBO CAUCA,  
ABRIL – MAYO 2011**

**MARÍA YUBELY ANACONA**

**DIANA CAROLINA IMBACUAN MUÑOZ**

**UNIVERSIDAD EAN  
FACULTAD DE POSGRADO  
AUDITORIA Y GARANTIA DE CALIDAD EN SALUD  
POPAYAN CAUCA  
2011**

**CONOCIMIENTO DE LOS TRABAJADORES DE LA SALUD SOBRE EVENTOS  
ADVERSOS COMO PROCESO DE MEJORAMIENTO DE CALIDAD.  
HOSPITAL DEL TAMBO CAUCA,  
ABRIL – MAYO 2011**

**MARÍA YUBELY ANACONA  
DIANA CAROLINA IMBACUAN MUÑOZ**

Trabajo de Investigación presentado como requisito parcial para optar el título de  
Especialista en Auditoría y Garantía de Calidad en Salud.

**ASESOR METODOLÓGICO  
Enf. Esp. DORA ZAMORA VARGAS  
Enfermera, Especialista en Epidemiología.**

**UNIVERSIDAD EAN  
FACULTAD DE POSGRADO  
AUDITORIA Y GARANTIA DE CALIDAD EN SALUD  
POPAYAN CAUCA  
2011**

## **AGRADECIMIENTOS**

*A Dios todo poderoso porque con su inmensa sabiduría guió nuestros pensamientos y nuestros actos en busca del bien, la verdad y la necesidad social de aplicarlo en el desempeño de una misión tan trascendental. Y por haber permitido culminar esta etapa con éxito.*

*A nuestra familia por su apoyo incondicional y a la asesora del trabajo de grado Dora Zamora Vargas Epidemióloga del Hospital Universitario San José por su colaboración al perfeccionar nuestras ideas.*

## TABLA DE CONTENIDO

	<b>pág.</b>
INTRODUCCIÓN	11
1. JUSTIFICACIÓN	13
2. PROBLEMA	16
3. OBJETIVOS	17
3.1 Objetivo General	17
3.2 Objetivos Específicos	17
4. PROPOSITO DEL ESTUDIO	18
5. MARCO CONTEXTUAL	19
5.1 Empresa Social del Estado Hospital el Tambo	19
5.1.1 Reseña Histórica	19
5.1.2 Descripción de la Empresa Social del Estado Hospital el Tambo	20
5.1.2.1 Misión	21
5.1.2.2 Visión	21
5.1.2.3 Valores Corporativos	22
5.1.3 Personal que Labora en la E.S.E. Hospital el Tambo	23
6. MARCO CONCEPTUAL	24
6.1 Seguridad del Paciente	24
6.1.1 Definiciones	27

6.2 Eventos Adversos	30
6.2.1 Organización Mundial de la Salud	32
6.2.2 Modelo explicativo de la ocurrencia y la causalidad del evento adverso	34
6.2.2.1 Los estudios que cuantifican y evidencian la incidencia y prevalencia de los eventos adversos.	35
6.2.2.2 Barreras de seguridad que previenen la ocurrencia del evento adverso.	37
6.3 Política de Mejoramiento de Calidad Aplicada en Eventos Adversos	38
6.3.1 Anexo Técnico, Resolución Número 1446 de Mayo 8 del 2006	38
6.4 Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud SOGCS. Decreto 1011 de 2006	38
7. CARACTERIZACION DEL PERSONAL QUE GENERA LOS EVENTOS ADVERSOS	42
7.1 Conocimiento en Cuanto Seguridad del Paciente y Eventos Adverso.	44
7.2 Grado de Conocimiento del Personal de Salud Sobre Seguridad del Paciente y Eventos Adversos	49
8. DISEÑO METODOLÓGICO	52
8.1 Tipo de Estudio	52
8.2 Universo y Población	52
8.3 Criterios de Inclusión	52
8.4 Criterios de Exclusión	52
8.5 Variables del Estudio	52

8.5.1 Variables independientes	52
8.6 Métodos e Instrumentos para la Recolección de Información	53
8.6.1 Instrumento	53
8.6.2 Técnica	53
✚ 8.6.3 Validación del instrumento	
53	
8.7 Técnicas, Tabulación y Análisis	53
8.8 Procedimiento	53
8.9 Aspectos Éticos del Estudio	54
9. RESULTADOS	55
9.1 Resultados Obtenidos de la Encuesta Realizada al Personal Asistencial de la E.S.E. Hospital el Tambo	55
10. DISCUSIÓN	65
11. CONCLUSIONES	73
12. RECOMENDACIONES	74
BIBLIOGRAFIA	76
ANEXOS	78

## LISTA DE TABLAS

	<b>pág.</b>
Tabla 1 Personal asistencial de la E.S.E. Hospital el Tambo	23
Tabla 2 Distribución porcentual de la edad de los trabajadores que laboran en la E.S.E. Hospital EL Tambo	56
Tabla 3 Distribución porcentual ocupación de los trabajadores que laboran en la E.S.E. Hospital el Tambo	56
Tabla 4 Tiempo de trabajo en la institucion (meses)	57

## LISTA DE FIGURAS

	<b>pág.</b>
Figura 1 Modelo conceptual de seguridad del paciente	28
Figura 2 Modelo explicativo, Queso Suizo	35
Figura 3 Distribución porcentual de los funcionarios de salud de la E.S.E. Hospital el Tambo según genero	55
Figura 4 Distribución porcentual de los funcionarios de salud de la E.S.E. Hospital el Tambo según tipo de contrato	58
Figura 5 Distribución porcentual de los funcionarios de salud de la E.S.E. Hospital el Tambo, la institución cuenta con un programa de seguridad del paciente	58
Figura 6 Distribución porcentual de los funcionarios de salud de la E.S.E. Hospital el Tambo según capacitaciones en eventos adversos	59
Figura 7 Distribución porcentual de los funcionarios de salud de la E.S.E. Hospital el Tambo	60
Figura 8 Distribución porcentual de los funcionarios de la E.S.E. Hospital el Tambo reporta eventos adversos	60
Figura 9 Distribución porcentual de los funcionarios de salud de la E.S.E. Hospital el Tambo según conceptos de evento adverso	61
Figura 10 Distribución porcentual de los funcionarios de salud de la E.S.E. Hospital el Tambo según pertenecen al comité de seguridad del paciente de la institución	61
Figura 11 Distribución porcentual de los funcionarios de salud de la E.S.E. Hospital el Tambo Según conoce las causas que provocan eventos adversos	62
Figura 12 Distribución porcentual de los funcionarios de salud de la E.S.E. Hospital el Tambo que debe tener en cuenta para definir un evento adverso	63



Figura 13 Distribución porcentual de los funcionarios de salud de la E.S.E. Hospital el Tambo que evento adverso se debe vigilar 63

Figura 14 Distribución porcentual de los funcionarios de salud de la E.S.E. Hospital el Tambo es importante implementar cultura institucional de reporte de evento adverso 64

## RESUMEN

El proyecto tiene como propósito identificar los conocimientos en cuanto a Política de Mejoramiento de Calidad y la notificación de Eventos Adversos del personal asistencial que labora en Empresa Social del Estado Hospital el Tambo, con el fin de realizar una propuesta que ayude a incrementar la cultura de Seguridad del Paciente y autorreporte de Eventos Adversos, teniendo en cuenta que la resolución 1446 mayo del 2006, define el sistema de Información para la Calidad y vigilancia de reporte de Eventos Adversos.

Evaluando las características sociodemográficas del personal de salud que labora en esta institución y en segunda estancia se determina y se mide el grado de conocimientos.

Obteniendo como resultado, personal no capacitado por lo cual no reporta los Eventos Adversos de igual forma interesados en que la Institución implemente Políticas de Seguridad del Paciente.

Realizando el análisis basado en evidencia se determina la importancia de que el personal debe tener conocimientos acerca de política de mejoramiento de calidad.

Se presenta como recomendación realizar capacitaciones y evaluaciones, promover diferentes estrategias y actividades internas para abordar el tema de la seguridad del paciente. Estas incluyen diseño de políticas, implementación de rondas de seguridad, habilidades de reporte y análisis de eventos adversos e intervenciones en riesgos específicos. Igualmente implementar destrezas que pueden emplearse para disminuir la aparición de eventos adversos, prevenir la aparición del error, hacer menos y más visibles los riesgos que pueden propiciar la ejecución o la aparición del error y si pese a esto aparece el error mitigar sus efectos.

## INTRODUCCIÓN

Los eventos adversos son las lesiones o complicaciones involuntarias que ocurren durante la atención en salud, los cuales son más atribuibles a esta que a la enfermedad subyacente y que pueden conducir a la muerte, la incapacidad o al deterioro en el estado de salud del paciente, a la demora del alta, a la prolongación del tiempo de estancia hospitalizado y al incremento de los costos de no-calidad. De igual forma, se pueden presentar situaciones relacionadas con procesos no asistenciales que potencialmente pueden incidir en la ocurrencia de las situaciones antes mencionadas.

Un buen modo de iniciar este abordaje metodológico es precisando y homologando el concepto central de evento adverso. La literatura es una gran ayuda en este propósito. En la actualidad hay conceptos claramente homologados que sería necio desconocer.

*Daño en el paciente*, El primer elemento que constituye la esencia del concepto, de evento adverso es el *daño en el paciente*. No hay evento adverso sin daño. Este primer elemento es fácil de determinar cuando el daño es evidente como en el caso de la muerte de una persona o de una incapacidad permanente mayor (daño cerebral, pérdida de un órgano o de una función corporal). Por supuesto, este tipo de daño es el más temido y, generalmente, el más fácil de identificar. Sin embargo, existe otro tipo de daño que es preciso contemplar cuando se analiza una situación clínica para enmarcarla como evento adverso.

De menor gravedad que el anterior es el *daño no permanente*. La temporalidad de un daño o lesión, o la ausencia de secuelas, no descarta la presencia de un evento adverso. Las infecciones asociadas a la atención en salud (infecciones intrahospitalarias o asociadas a procedimientos) son un ejemplo de esto.

La Seguridad del Paciente es una prioridad de la atención en las Instituciones, los incidentes y eventos adversos son la luz roja que alerta sobre la existencia de una atención insegura. Los eventos adversos se presentan en cualquier actividad y son un indicador fundamental de su calidad. En nuestro país existe una sólida decisión por parte del Gobierno, prestador y asegurador de desarrollar procesos que garanticen a los usuarios una atención segura en las instituciones de salud.

El Decreto 3257 de 2008, estableció la independencia del Subsistema Nacional de Calidad del Sistema Nacional de Competitividad, y el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud (SOGC), pero prevé que estos dos sistemas deben actuar de manera coordinada en donde hayan aspectos comunes.

La Unidad Sectorial de Normalización en Salud (USN) es el organismo que tiene la función de articular técnicamente a los dos sistemas., fue definido por el Decreto 1011 de 2006 como “una instancia técnica para la investigación, definición, análisis y concertación de normas técnicas y estándares de calidad de la atención de salud” en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud de Colombia.

Esta Unidad Sectorial en trabajo conjunto con representantes de diferentes instituciones de Salud del país con el soporte del equipo técnico de la Dirección General de Calidad de Servicios del Ministerio de la Protección Social y los aportes de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente a través de su programa “Pacientes por la Seguridad del Paciente” creo una guía técnica para orientar a las diferentes instituciones de Salud en la implementación de practicas seguras en la atención en salud., publicada en marzo de 2010.

Como cualquier proceso de cambio, se necesita un liderazgo claro y comprometido con la seguridad y la excelencia, que demuestre de forma permanente que la seguridad de los pacientes es una prioridad para la alta gerencia de la organización. Hay que asegurarse que el tema de seguridad esta incorporado en el direccionamiento estratégico y en las acciones y metas anuales.

Este proyecto se presenta debido a una necesidad centrada en la Institución, Empresa Social del Estado del Tambo (Cauca), se articulara un sistema de reporte de eventos adversos y aplicación de guías, concientizando al personal para que realice esta acción.

El reporte de dichos eventos servirá como herramienta para analizar la información e identificar las causas del evento desde el momento en que se presente, permitirá evaluar la calidad de atención y así, se realizara seguimientos para tomar planes de mejora y aumentar barreras de seguridad en los procesos, y que se constituya a través de un análisis en un medio de generación de políticas lineamientos o acciones que garanticen la seguridad del paciente en la Institución.

## 1. JUSTIFICACIÓN

Dentro del marco la normatividad, este proyecto se planteó con el fin de identificar los conocimientos del personal asistencial que labora en la Empresa Social Estado Hospital el Tambo Cauca, Por la cual se define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoria del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, en la Resolución número 1446 de mayo 8 del 2006.

EL Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud SOGCS. Decreto 1011 de 2006, es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país.

En el artículo 3 nos habla de las acciones que desarrolla el SOGCS la cual se orientarán a la mejora de los resultados de la atención en salud, centrados en el usuario, que van más allá de la verificación de la existencia de estructura o de la documentación de procesos los cuales solo constituyen prerrequisito para alcanzar los mencionados resultados. Para efectos de evaluar y mejorar la Calidad de la Atención de Salud

La vigilancia de eventos adversos se encuentra planteada como una de las recomendaciones de las “Pautas de Auditoría”, para el desarrollo de los procesos de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud. La ocurrencia de eventos adversos le aporta información a la institución para la definición de los procesos prioritarios hacia los cuales debe enfocar su programa de auditoría. La vigilancia de la ocurrencia de los eventos adversos permitirá evaluar la medida en la cual la atención en salud ofrecida por la IPS o EAPB está consiguiendo los resultados centrados en el usuario de que trata la norma.

Para lograr que en la Institución se realicen procesos de atención seguros y así evitar incidentes y eventos adversos.

La ocurrencia de eventos adversos ha sido documentada en todos los sistemas de prestación de salud del mundo. Existe suficiente evidencia a nivel internacional para hablar de una pandemia universal, algunos países lo consideran incluso un problema de salud pública.

Se han realizado varios estudios nacionales procurando evaluar la frecuencia con la cual se presentan los eventos adversos y se han empleado diversas modalidades epidemiológicas, las cuales han tenido en común ser desarrolladas en dos fases, en la primera se aplican técnicas de tamizaje por personal de enfermería para detectar alertas en aquellos casos en los cuales existe una alta probabilidad de que se presente un evento adverso y en la segunda se realiza un análisis en profundidad por profesionales médicos para confirmar si en el anterior tamizaje se detecta la ocurrencia de un evento adverso para entrar a clasificar y explorar la causalidad de ese evento adverso detectado.

En los países desarrollados, se estima que hasta uno de cada 10 pacientes hospitalizados sufren daños de resultados de la atención recibida, y en el mundo en desarrollo la cifra es probablemente mucho mayor. Lo más importante en materia de seguridad de los pacientes es conseguir conocer la manera de evitar que éstos sufran daños durante el tratamiento y la atención. Las nueve soluciones concebidas se basan en intervenciones y acciones que han reducido los problemas relacionados con la seguridad del paciente en algunos países, y se difunden ahora de manera accesible para que los Estados Miembros de la OMS puedan usarlas y adaptarlas a fin de reformular los procedimientos de asistencia al enfermo y hacerlos más seguros.

La existencia de eventos adversos provoca en los pacientes morbilidad y mortalidad como también un incremento en los gastos hospitalarios. El conocimiento de ellos es de importancia capital en la elaboración de indicadores de calidad de la atención de salud del paciente, por esto es importante conocer la existencia que en todas las unidades de salud ocurren diariamente eventos adversos derivados de fallas humanas o de sistemas, lo cuales el primer paso

para la corrección de éstos. El personal debe identificar claramente las causas y definir que es un evento adverso.

Es primordial la creación de una cultura profesional de considerar los errores como existentes, pero que pueden ser prevenidos a futuro con un análisis, generación de conocimientos útiles para la prevención y la modificación de las prácticas clínicas identificadas como responsables, además de la creación de un ambiente protegido, libre de culpas, que promueva el reporte sistemático de los eventos adversos, lo cual permitirá tener una valiosa información para el trabajo preventivo. El uso de reportes anónimos de incidentes en los servicios hospitalarios ha permitido identificar, analizar y crear políticas de prevención. Igualmente permite cuantificar los hechos y establecer metas en el tiempo.

## **2. PROBLEMA**

¿El personal de salud que trabaja en la Empresa Social del Estado Hospital el Tambo (Cauca) conoce, la política de Mejoramiento de Calidad en cuanto a la notificación de Evento Adverso?



### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GENERAL:**

Identificar el grado de conocimiento sobre eventos adversos como proceso del mejoramiento de la calidad en la E.S.E. Hospital del Tambo Cauca, abril – mayo 2011.

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS:**

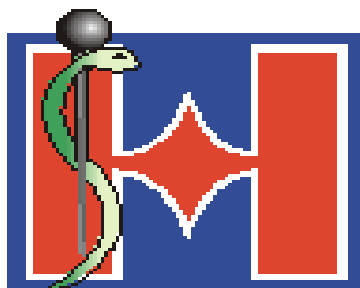
- Identificar las características socio demográficas del personal de salud que labora en la E.S.E. Hospital el Tambo (Cauca).
- Identificar los conocimientos en cuanto a política de Mejoramiento de Calidad aplicada a los eventos adversos, al personal de salud que labora en la E.S.E. Hospital el Tambo (Cauca).
- Medir el grado de conocimiento sobre la Política de Mejoramiento de Calidad aplicada a los Eventos Adversos.

#### **4. PROPOSITO DEL ESTUDIO.**

El propósito del estudio es diseñar una propuesta de capacitación para el personal que labora en ese sobre Política de Mejoramiento de Calidad aplicada a los Eventos Adversos.

## 5. MARCO CONTEXTUAL

### 5.1. EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EL TAMBO CAUCA



#### 5.1.1. RESEÑA HISTORICA

La fundación del Hospital Santa María de El Tambo Cauca se creó mediante la organización de una junta conformada por tambeños y eran las siguientes personas: Efraín Hidrovo, Marina de Orozco, Filomena de Correa, Hernando Paz, Silvio Arboleda y con la colaboración de las religiosas de la Comunidad de San Vicente de Paul como Sor Ángela y Sor Odila Ricardo. Primero funcionó bajo la dirección de Sor Ángela, quien era una persona muy eficiente y hacía las veces de médico, haciendo curaciones, atendiendo partos, prestando servicios odontológicos con muy buenos resultados; luego siguió funcionando bajo la dirección de la hermana Sor María Teresa, persona con ideas progresistas para sacar adelante el hospital y de allí que, por su gran intervención, se le colocó el nombre de “Hospital Santa María”

Para el funcionamiento del hospital primero la junta arrendó una casa que era de propiedad de la señora Julia Medina, que se encontraba ubicada donde está hoy el CAIPE, al lado de la casa cural.

Luego pasó a funcionar en la casa cural, donde sor Odila Ricardo la adecuó para que funcionara allí el hospital.

Las personas que conformaban la junta y fundadores del hospital tenían cargo ad honorem y el secretario Silvio Arboleda rendía cuentas al Servicio de Salud. Las únicas personas que recibían sueldo en ese tiempo eran la hermana y el médico, no se recuerda el nombre del primer médico que vino al hospital, solo se sabe es que era de origen costeño.

Aproximadamente en el año 1940 a 1950, no se sabe con exactitud, se le compró al señor Juan Solarte el lote donde funciona hoy el hospital.

Gracias al incansable trabajo y colaboración de la junta pro-hospital se consiguió con la Federación de Cafeteros la construcción de la planta actual

En julio de 1980, la Federación de Cafeteros entrega como su aporte las instalaciones locativas donde funciona hoy el hospital. Desaparece así la junta, dependiendo el hospital desde este momento directamente del Servicio de Salud Departamental y funciona así por un periodo de 20 años.

A partir de enero del 2000, cumpliendo con las leyes de descentralización, se convierte en Empresa Social del Estado, cambiando de nombre por E.S.E. Hospital el Tambo.

### **5.1.2. DESCRIPCION DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EL TAMBO CAUCA.**

El Código de Ética de la **Empresa Social del Estado Hospital de El Tambo Cauca**, constituye una norma de conducta que orienta el desempeño de sus servidores y contratistas, con el fin de cumplir con la Misión y Valores Corporativos para hacer realidad la visión de éxito por todos compartida. Estas orientaciones deben ser un aliciente continuo para mejorar la calidad y competitividad del

servicio a los usuarios y para actuar siempre con integridad moral y con solidaridad social.

Esta guía no trata de sustituir, adicionar, ni cambiar ninguna norma legal que rija a la empresa, simplemente pretende ser un instrumento para fortalecer la ética a nivel personal y corporativo.

Entendiendo la ética como un elemento de cambio a nuestro comportamiento humano, entendida además, como un valor agregado que nos permite ser competitivos en el medio.

Los principios y valores que contiene fomentan el compromiso, la identidad y el sentido de pertenencia y son una invitación permanente a trabajar con rectitud e idoneidad, dando primacía a los intereses de los usuarios y la comunidad.

El Código de Ética es un instrumento eficaz para promover la conducta moral en el ejercicio de “**SERVIR**” a los demás.

#### **5.1.2.1. Misión**

Prestar un servicio de salud ágil, oportuno, eficiente y equitativo, orientado por una filosofía de calidez, calidad y compromiso que permita en todo momento, cumplir con la función social que como Empresa Social del Estado tiene el Hospital nivel I de El Tambo Cauca, participando en la generación de desarrollo en las comunidades y contribuyendo al bienestar y calidad de vida de las personas.

#### **5.1.2.2. Visión**

La Empresa Social del Estado Hospital de El Tambo Cauca es una institución que presta sus servicios de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y atención de pacientes con la calidad y cantidad necesarias para satisfacer las necesidades de los habitantes del municipio de El Tambo Cauca, siendo protagonista en la creación de mejores condiciones de salud físicas, síquicas y sociales para los individuos y las comunidades. La E.S.E. se proyecta como una empresa sólida, eficiente y eficaz en el cumplimiento de su misión, objetivos y metas, con viabilidad financiera y social.

### 5.1.2.3. Valores Corporativos

Es todo lo favorable que tiene el ser humano y que permite su evolución y realización, es tomar conciencia de la importancia de los valores y propiciar su desarrollo.

El presente Código de valores fue construido y concertado en el Hospital de El Tambo Cauca con la participación de todos sus funcionarios; valores que nos comprometemos a cumplir y hacer cumplir en el desarrollo de las funciones propias de cada servidor público.

Los servidores públicos y/o contratistas de la Empresa Social del Estado Hospital de El Tambo Cauca se comprometen a realizar su trabajo bajo los siguientes valores:

**RESPONSABILIDAD:** Cumplimiento del deber en todos los aspectos que rodean el ambiente laboral en todas y cada una de las áreas con el propósito de satisfacer las necesidades del usuario. Además implica tener una aceptación plena de asumir las consecuencias de nuestras decisiones, actos u omisiones. Es autorregularse y tener autocontrol, es ser nuestro propio supervisor en la observancia del cumplimiento de funciones, tareas y deberes.

**COMPROMISO:** Desarrollar bien nuestras competencias, tener vocación por lo que hacemos, hacer bien nuestro trabajo, con calidad, eficiencia, honestidad, a tiempo, con respeto para con los demás, con la institución y para con nosotros mismos.

**TRABAJO EN EQUIPO:** Articulación de esfuerzos y capacidades de integrar personas y procesos para obtener resultados.

**RESPECTO:** Valorarnos a nosotros mismos para así transmitirlo a los demás, ser tolerantes, cumplir nuestros derechos y nuestros deberes sin pasar por encima de los de los demás.

**ETICA:** Actuar con honestidad frente al cumplimiento de mis deberes y obligaciones, aplicando los valores que han sido construidos en la institución.

**HONESTIDAD:** Realizar nuestras labores asumiéndolas con compromiso de responsabilidad, transparencia, pertenencia y humanidad con nosotros mismos, con la comunidad y con la institución. Se constituye en el valor fundamental para lograr el cumplimiento de la misión y la visión de la E.S.E.

**CALIDAD:** Brindar un servicio óptimo y oportuno, explotando en un 100% nuestras capacidades (conocimiento, habilidad, amor) mejorando cada día para ser mejor, satisfaciendo las necesidades del usuario.

**HUMANIDAD:** Tener la capacidad y sensibilidad de apoyar, escuchar y comprender sin distinción de raza, política y religión.

### 5.1.3. Personal que Labora En la E.S.E. Tambo

**Tabla 1.** Personal asistencial de la E.S.E. Hospital el Tambo:

Médicos	13
Odontólogos	3
Bacteriólogos	2
Enfermeros	4
Auxiliares de enfermería	16
Auxiliares Extramurales	16
Promotores de Salud	16
Fisioterapeuta	1
Psicólogos	2
Fonoaudiólogo	1
Fuente: Proyecto de investigación evaluación de conocimientos sobre eventos adversos del personal que labora en E.S.E. Hospital el Tambo abril - mayo 2011.	

## **6. MARCO CONCEPTUAL**

### **6.1. Seguridad del Paciente**

En los países desarrollados, se estima que hasta uno de cada 10 pacientes hospitalizados sufren daños de resultados de la atención recibida, y en el mundo en desarrollo la cifra es probablemente mucho mayor. Lo más importante en materia de seguridad de los pacientes es conseguir conocer la manera de evitar que éstos sufran daños durante el tratamiento y la atención. Las nueve soluciones concebidas se basan en intervenciones y acciones que han reducido los problemas relacionados con la seguridad del paciente en algunos países, y se difunden ahora de manera accesible para que los Estados Miembros de la OMS puedan usarlas y adaptarlas a fin de reformular los procedimientos de asistencia al enfermo y hacerlos más seguros.

Las soluciones guardan relación con los siguientes conceptos: medicamentos de aspecto o nombre parecidos; identificación de pacientes; comunicación durante el traspaso de pacientes; realización del procedimiento correcto en el lugar del cuerpo correcto; control de las soluciones concentradas de electrolitos; asegurar la precisión de la medicación en las transiciones asistenciales; evitar los errores de conexión de catéteres y tubos; usar una sola vez los dispositivos de inyección; y mejorar la higiene de las manos para prevenir las infecciones asociadas a la atención de salud. Básicamente estas soluciones tienen por objeto ayudar a reformular la asistencia a los enfermos y evitar errores humanos perjudiciales para los pacientes.

"Reconociendo que los fallos de la atención sanitaria afectan a uno de cada 10 enfermos en todo el mundo, la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente y el Centro Colaborador han combinado nueve soluciones eficaces para reducir esos



errores", ha explicado la Directora General de la OMS, la Dra. Margaret Chan. "Aplicar esas soluciones es una manera de mejorar la seguridad del paciente."

Sir Liam Donaldson, Presidente de la Alianza y Director General de Salud de Inglaterra, ha manifestado que: "En todo el mundo, los sistemas de salud reconocen hoy día que la seguridad del paciente es una cuestión prioritaria. El programa de trabajo de Soluciones para la Seguridad del Paciente aborda varias áreas cruciales de riesgo para los pacientes. Las medidas claras y concisas propuestas en las nueve soluciones han demostrado ser de gran utilidad para reducir las cifras inaceptablemente altas de lesiones iatrogénicas observadas en todo el mundo".

Las Soluciones para la Seguridad del Paciente, un programa central de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, de la OMS, señala a la atención la seguridad del paciente y las prácticas óptimas para reducir los riesgos a que se ven expuestos. El programa intenta asegurar que las intervenciones y medidas que hayan resuelto problemas relacionados con la seguridad del paciente en algún lugar del mundo se difundan ampliamente de manera accesible e inteligible para todos. La Joint Commission Accreditation of Health care Organizations y la Joint Commission International fueron designadas oficialmente para desempeñar conjuntamente la función de Centro Colaborador de la OMS sobre la Seguridad del Paciente en 2005.

Entre el 2008 y el 2009, el citado Centro Colaborador de la OMS ha reunido a más de 50 destacados líderes y expertos de todo el mundo en ese campo para identificar y adaptar las nueve soluciones a diferentes necesidades. Se realizó un estudio sobre el terreno de las soluciones para reunir información de importantes entidades dedicadas a la seguridad del paciente, órganos de acreditación, ministerios de salud, organizaciones internacionales de profesionales de la salud y otros expertos.

"Estas soluciones ofrecen a los Estados Miembros de la OMS un nuevo e importante recurso para ayudar a sus hospitales a evitar muertes y lesiones prevenibles", ha señalado Dennis S. O'Leary, M.D., Presidente de The Joint Commission. "Todos los países afrontan hoy tanto la oportunidad como el reto de traducir esas soluciones en acciones concretas que efectivamente salven vidas".

Las Soluciones para la Seguridad del Paciente se centran en los siguientes aspectos:

- Identificación de medicamentos de aspecto o nombre parecidos
- Identificación de pacientes
- Comunicación durante el traspaso de pacientes
- Realización del procedimiento correcto en el lugar del cuerpo correcto
- Control de las soluciones concentradas de electrolitos
- Asegurar la precisión de la medicación en las transiciones asistenciales
- Evitar los errores de conexión de catéteres y tubos
- Usar una sola vez los dispositivos de inyección
- Mejorar la higiene de las manos para prevenir las infecciones asociadas a la atención de salud

La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente ha lanzado su nuevo programa de actividades para el bienio 2008-2009. Estas actividades se centran en 12 estrategias de actuación:

- Evaluación y comprensión de los problemas de los cuidados no seguros:
  - Notificación y aprendizaje para la Seguridad del Paciente.

- Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente.
- Investigación para la Seguridad del Paciente.
- Desarrollo de normas y estándares para reducir el daño.
  - Soluciones para la Seguridad del Paciente.
  - High 5s.
  - Tecnología para la Seguridad del Paciente.
- Mejorando el acceso al conocimiento, utilización y evaluación del impacto.
  - Retos Globales para la Seguridad del Paciente:
    - Primer Reto: "Una Atención Limpia es una Atención Segura"
    - Segundo Reto: "La Cirugía Segura Salva Vidas"
    - Tercer Reto: "Lucha Contra la Resistencia a los Antimicrobianos."
  - Eliminación de la infección por catéter central.
- Promoción de la innovación y reconocimiento del compromiso.
  - Pacientes para la Seguridad del Paciente.
  - Premio de Seguridad.
- Fortalecimiento de la Seguridad del Paciente en el mundo.
  - Educación para una Atención Segura.
  - Gestión del Conocimiento.

### **6.1.1. Definiciones**

El gráfico 1 muestra de manera pictórica el modelo conceptual en el cual se basa la terminología utilizada, y a continuación se incluyen las definiciones relacionadas con los diferentes ítems planteados y utilizados en la política de seguridad del paciente del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la atención en salud. Integra la terminología internacional con las especificidades de los requerimientos terminológicos identificados en el país.

**Figura 1.** Modelo conceptual de seguridad del paciente



- Atención en Salud: Servicios recibidos por los individuos o las poblaciones para promover, mantener, monitorizar o restaurar la salud.
- Atención en Salud Segura: Es una atención en salud que se brinda minimizando los riesgos de ocurrencia de un evento adverso y a la cual se han incorporado las barreras de seguridad requeridas de acuerdo al proceso de atención.
- Atención Insegura: Es una atención en salud en la cual se presenta un acontecimiento o una circunstancia que incrementa el riesgo de ocurrencia de un incidente o evento adverso.
- Clasificación tipos de atención insegura: Tipos de atención en salud insegura que pueden causar Eventos Adversos o incidentes

- **Indicio de Atención Insegura:** Un acontecimiento o una circunstancia que pueden alertar acerca del incremento del riesgo de ocurrencia de un incidente o un evento adverso.
- **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.
- **Falla de la Atención en Salud:** Una deficiencia no intencional en la planeación o ejecución de una atención en salud, bien sea por acción u omisión
- **Riesgo:** Es la probabilidad que un incidente o evento adverso ocurra.
- **Evento Adverso:** Es la lesión o daño no intencional que se le produce a un paciente mientras se le atiende. Los eventos adversos pueden ser prevenibles y no prevenibles.
- **Evento Adverso Prevenible:** Aquella lesión o daño que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado.
- **Evento Adverso No Prevenible:** Aquella lesión o daño que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial.
- **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 atención.
- **Complicación:** Es el daño o resultado clínico no esperado no atribuible a la atención en salud sino a la enfermedad o a las condiciones propias del paciente.

- Violación 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.
- Barrera de Seguridad: Una acción o circunstancia que reduce la probabilidad de presentación del incidente o evento adverso.
- Sistema de gestión del Evento Adverso: Se define como el conjunto de herramientas, procedimientos y acciones utilizadas para identificar y analizar la atención en salud insegura con el propósito de mitigar sus consecuencias y/o prevenir su recurrencia
- Acciones de reducción de riesgo: Son 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. Tales acciones pueden ser proactivas o reactivas, proactivas como el análisis de modo y falla y el análisis probabilístico del riesgo mientras que las acciones reactivas son aquellas derivadas del aprendizaje obtenido luego de la presentación del incidente o evento adverso, como por ejemplo el “Protocolo de Londres” y el “análisis de ruta causal” o “análisis de causa raíz”.

## 6.2. Evento Adverso

La salud pública<sup>1</sup> es entendida como una acción política generada a partir de esfuerzos colectivos e individuales del estado y la comunidad, basados en la promoción de la salud, los sistemas de salud y la evaluación de políticas intersectoriales. A ello se suma que la promoción de la salud debe insertarse en la

---

<sup>1</sup>Luz Marina Alonso P. 1 Coeditora de la revista Salud Uninorte, MSC, MPH. Docente del Departamento de Salud Pública. Universidad del Norte. lmalonso@uninorte.edu.co

dinámica del desarrollo humano generando resultados favorables bajo la óptica de los fenómenos de globalización y los efectos de las políticas sanitarias dependientes del mercado que influyen en la calidad de prestación de los servicios de salud.

Por ello, la problemática emergente de los eventos adversos (por dispositivos médicos/ no médicos y farmacológicos) representa una amenaza al fomento de la salud, pues incrementan discapacidades y gastos de bolsillo en los usuarios del sistema de salud actual.

El conocido aforismo hipocrático "*Primum non Nocere*" o "Primero no hacer daño" es una evidencia de la preocupación por los daños propios de la atención en salud desde el nacimiento mismo de la medicina. Anteriormente no se contaba con las técnicas diagnósticas, ni tratamientos sofisticados como los de hoy, y el producir efectos perjudiciales en la atención era mayor. Sin embargo, a pesar de los reconocimientos de las ganancias recibidas en la disminución de los eventos adversos, relacionados con el uso de alta tecnología, aún se adolece de errores mortales en la atención en salud por malas prácticas.

Los eventos adversos se consideran una problemática de salud pública ya que las muertes producidas por los mismos sobrepasan la mortalidad por causa de accidentes de tráfico y de cáncer de seno en algunos países, por lo que se debe encontrar soluciones para poder brindar apoyo para la reducción de estas situaciones de riesgo.

Los eventos adversos se han distinguido como la injuria producida por el error, que a nuestro modo de ver no solo implica al médico sino al equipo de salud y a la misma institución. Se entiende entonces por error médico según el Instituto de Medicina de los Estados Unidos: "Falla de una acción planeada para ser completada según la intención (error de ejecución) o el uso de un plan equivocado para alcanzar un objetivo (error de planeamiento)". En la literatura se encuentran definiciones sobre lo que es un evento adverso y las distinciones que hacen de éste con el error médico, de igual manera reflexiones sobre la responsabilidad que

debe asumir el paciente. Existe una necesidad de generar indicadores más sensibles para sistematizar y evaluar los eventos adversos teniendo en cuenta posibilidades de ocurrencias, entre otras: iatrogenia, acumulación de casos (epidemia), hallazgo incidental, de tal manera que la salud pública podría hacer uso en sus análisis e investigaciones de nuevas tasas específicas de morbilidad y mortalidad y tendencias diferenciadas de las mismas a través del tiempo.

### **6.2.1. La Organización Mundial de la Salud (OMS)**

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en su documento sobre prevención vigilancia y control de las infecciones intrahospitalarias, las define como:

Una infección contraída en el hospital por un paciente internado por una razón distinta de esa infección. Una infección que se presenta en un paciente internado en un hospital o en otro establecimiento de atención de salud en quien la infección no se había manifestado ni estaba en período de incubación en el momento del internado. Comprende las infecciones contraídas en el hospital, pero manifiestas después del alta hospitalaria y también las infecciones ocupacionales del personal del establecimiento.

Es decir, por definición es un evento adverso. No obstante, el mayor número de infecciones se resuelve satisfactoriamente sin dejar secuelas y, con frecuencia, su efecto en el paciente no supera una incomodidad menor: las flebitis asociadas a catéteres se controlan, en su gran mayoría, con medios físicos; la sobredosificación de medicamentos no llega, por lo general, a generar daños funcionales; la mayor parte de los sangrados quirúrgicos se resuelven, a lo sumo, con transfusiones, y en ocasiones el paciente ni se entera. Todos los anteriores son ejemplos de eventos adversos temporales, cuya baja severidad, a menudo, nos lleva a descartarlos como eventos adversos o a no registrarlos como tal. Sin embargo, este tipo de eventos entrañan una gran relevancia por su potencialidad



de generar daños más graves y, en consecuencia, su capacidad de alertarnos para reducir la probabilidad de ocurrencia de eventos severos.

Existe otro tipo de evento adverso aún más complicado de identificar. Aquel en el que es difícil establecer un límite claro entre su origen en la atención en salud o su origen en la enfermedad de base.

Un par de ejemplos nos ayudan a entender con mayor facilidad este tipo de casos. Supongamos a un recién nacido con un cuadro de incompatibilidad de grupo sanguíneo, que genera una ictericia y durante la hospitalización sufre un cuadro de kernícterus. El cuadro clínico es claramente consecuencia de su patología de base; pero un kernícterus intrahospitalario, por definición, es un evento adverso.

Es responsabilidad de la atención en salud modificar el curso natural de la enfermedad. De eso se trata la atención en salud. Si no se le hizo un seguimiento adecuado a este neonato o no hubo una intervención oportuna (por ejemplo, una exanguíneo transfusión), ¿qué sentido tiene la atención en salud?

Otro ejemplo, un paciente con un cáncer en un estadio avanzado cuyo pronóstico es muy reservado, y finalmente fallece. No es un evento adverso. Simplemente es la consecuencia de una patología de base para la cual la ciencia médica aún no cuenta con la tecnología necesaria para revertirla o modificar su curso natural; pero si añadimos que el paciente fue sometido a una quimioterapia con una dosificación subterapéutica de citostáticos, esto es claramente un evento adverso. El daño está en que se le quitaron sus pocas probabilidades de supervivencia.

Otro tipo de evento adverso que con cierta frecuencia se descarta como tal es el de los daños psicológicos y los daños morales, particularmente cuando no se asocian a un daño físico. Por supuesto, los daños psicológicos o morales en el paciente o en su familia como consecuencia, por ejemplo, de una incapacidad mayor y permanente o a la muerte del paciente son componentes del evento adverso. Sin embargo, no hay que olvidar la presencia de evento adverso sin daño

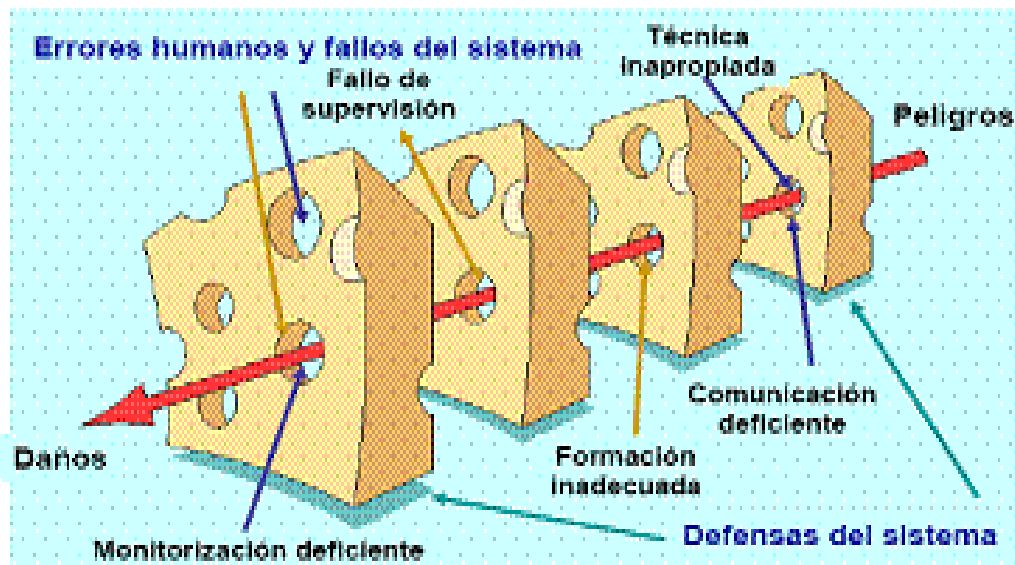
físico, por ejemplo, con el estrés al que se somete a un paciente en quien se haya iniciado un procedimiento quirúrgico sin la suficiente profundidad analgésica, el daño moral sin daño físico cuando se realiza una transfusión en una persona cuyas creencias son contrarias a ello o la realización de procedimientos sin el consentimiento del paciente. Hasta ahora hemos abordado ejemplos y condiciones que nos llevan al subdiagnóstico de eventos adversos, es decir, no considerar con la suficiente amplitud el concepto. Sin embargo, en algunas instituciones, y en ciertos casos, inducido por la normatividad en Colombia, encuentro la tendencia exactamente opuesta, el sobrediagnóstico. Es considerar que evento adverso es sinónimo de “todo lo malo que pasa en la institución”.

### **6.2.2 Modelo explicativo de la ocurrencia y la causalidad del evento adverso.**

La opinión pública, ante la ocurrencia de un evento adverso, tiende a señalar al profesional y a pedir su sanción. No obstante, la evidencia científica ha demostrado que cuando un evento adverso ocurre, es la consecuencia final, derivada de una secuencia de procesos defectuosos que han favorecido la aparición del evento adverso o no lo han prevenido

El mejor modelo explicativo acerca de la ocurrencia del evento adverso, y es el que utilizaremos en este documento, es del queso suizo: para que se produzca un daño, es necesario que se alineen las diferentes fallas en los diferentes procesos, a semejanza de los orificios de un queso: cuando alguno de ellos no lo hace, el daño no se produce. Igualmente se produce una falla en uno de los procesos está puede acentuar las fallas existentes en otros procesos a manera de un efecto dominó.

Figura 2. Modelo explicativo, Queso Suizo<sup>2</sup>



Reason J. Human error: models and management. BMJ 2000; 320:769.

JM<sup>a</sup> Aranz, C. Aibar

Por esa razón, es fundamental la búsqueda de las causas que originaron el evento adverso: el análisis causal, análisis de la ruta causal o de la causa raíz, de tal manera que se puedan definir e identificar las barreras de seguridad. En el análisis del incidente o del evento adverso sucedido es necesario considerar la ocurrencia de fallas en los procesos de atención para identificar las barreras de seguridad que deberán prevenir o neutralizar la ocurrencia del evento.

### 6.2.2.1. Los estudios que cuantifican y evidencian la incidencia y prevalencia de los eventos adversos.

La ocurrencia de eventos adversos ha sido documentada en todos los sistemas de prestación de salud del mundo. Existe suficiente evidencia a nivel internacional

<sup>2</sup>Reason J. Human, error: models and management. BMJ 2000:320:769  
JM<sup>a</sup> Aranz, C., Albure

para hablar de una pandemia universal, algunos países lo consideran incluso un problema de salud pública.

Se han realizado varios estudios nacionales procurando evaluar la frecuencia con la cual se presentan los eventos adversos y se han empleado diversas modalidades epidemiológicas, las cuales han tenido en común ser desarrolladas en dos fases, en la primera se aplican técnicas de tamizaje por personal de enfermería para detectar alertas en aquellos casos en los cuales existe una alta probabilidad de que se presente un evento adverso y en la segunda se realiza un análisis en profundidad por profesionales médicos para confirmar si en el anterior tamizaje se detecta la ocurrencia de un evento adverso para entrar a clasificar y explorar la causalidad de ese evento adverso detectado.

Para medir la frecuencia con la cual se presenta el fenómeno se han realizado estudios de incidencia y de prevalencia, lo cual es importante de tener claro para poder interpretar correctamente los hallazgos de los mencionados estudios y eventualmente hacer inferencias acerca de los hallazgos encontrados.

En los estudios de incidencia (evaluación de los casos ocurridos durante el período de observación), la frecuencia varía entre el 9% (en el estudio de Dinamarca) hasta el 16.6% (en el estudio australiano).

En cuanto a los estudios de prevalencia, (evaluación de los casos ocurridos durante y antes del período de observación), según Aranaz JM solamente se han encontrado tres estudios relevantes: el de Quennon y colaboradores, el de Mostaza en España y el de Herrera-Kiengelher y colaboradores en México, en los cuales las frecuencias encontradas varían entre 9.8% y 41%.

Los países latinoamericanos han optado por la metodología de evaluación de prevalencia, ya que es la que se ha encontrado como más factible en las condiciones específicas de nuestras instituciones. No obstante en el caso de la

prevalencia aún hay un camino por recorrer para encontrar los valores de referencia adecuados a nuestras condiciones, proceso que se está avanzando a través de los desarrollos del proyecto iberoamericano IBEAS.

#### **6.2.2.2 Barreras de seguridad que previenen la ocurrencia del evento adverso.**

La política de Seguridad del paciente incluye la identificación y análisis de los eventos adversos y los incidentes, para identificar sus causas y las acciones para intervenirlos. De manera que a partir del análisis causal se deben diseñar e implementar prácticas seguras en los diferentes procesos de atención.

Algunas de las prácticas seguras que utilizan las instituciones para disminuir la probabilidad de ocurrencia del evento adverso son:

- Acciones dirigidas garantizar una atención limpia en salud
- Acciones dirigidas a evitar la confusión en la administración de medicamentos: formas de denominación, presentación, prescripción, dosificación, dispensación.
- Acciones a nivel individual y organizacional para disminuir las fallas asociadas al factor humano: fatiga, comunicación, entrenamiento.
- Programas para evitar las caídas de pacientes
- Protocolos para la remisión oportuna de pacientes
- Barreras de seguridad en la utilización de tecnología

El diseño de barreras de seguridad se desprende del análisis multicausal de los eventos adversos ocurridos, para lo cual recomendamos la utilización del protocolo de Londres, o del análisis del modo de falla de los procesos de atención en salud. Estas barreras deben ser redundantes cuando el proceso lo requiera.

### **6.3. Política de Mejoramiento de Calidad Aplicada en Eventos Adversos**

#### **6.3.1. Anexo Técnico, Resolución Número 1446 de Mayo 8 del 2006**

“Por la cual se define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoria del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud”

#### **En la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad**

- La vigilancia de eventos adversos se encuentra planteada como una de las recomendaciones de las “Pautas de Auditoría”, para el desarrollo de los procesos de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud.
- La ocurrencia de eventos adversos le aporta información a la institución para la definición de los procesos prioritarios hacia los cuales debe enfocar su programa de auditoría.
- La vigilancia de la ocurrencia de los eventos adversos permitirá evaluar la medida en la cual la atención en salud ofrecida por la IPSs o EAPB está consiguiendo los resultados centrados en el usuario de que trata la norma.

#### **6.4. Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud SOGCS. Decreto 1011 de 2006**

Es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país.

**Artículo 3o.- Características del SOGCS.** Las acciones que desarrolle el SOGCS se orientarán a la mejora de los resultados de la atención en salud, centrados en el usuario, que van más allá de la verificación de la existencia de estructura o de la documentación de procesos los cuales solo constituyen

prerrequisito para alcanzar los mencionados resultados. Para efectos de evaluar y mejorar la Calidad de la Atención de Salud, el SOGCS deberá cumplir con las siguientes características:

- **Accesibilidad.** Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- **Oportunidad.** Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios de salud que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud.
- **Seguridad.** 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.
- **Pertinencia.** Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia científica y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.
- **Continuidad.** Es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico.

**Artículo 4o.- Componentes del SOGCS.** Tendrá como componentes los siguientes:

- El Sistema Único de Habilitación.
- La Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud.
- El Sistema Único de Acreditación.
- El Sistema de Información para la Calidad.

**Parágrafo 1o.-** El Ministerio de la Protección Social ajustará periódicamente y de manera progresiva, los estándares que hacen parte de los diversos componentes

del SOGCS, de conformidad con el desarrollo del país, con los avances del sector y con los resultados de las evaluaciones adelantadas por las Entidades Departamentales, Distritales de Salud y la Superintendencia Nacional de Salud.

**Parágrafo 2o.-** Las Entidades Promotoras de Salud, EPS-S, las Entidades Adaptadas, las Empresas de Medicina Prepagada, los Prestadores de Servicios de Salud y las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, están obligadas a generar y suministrar los datos requeridos para el funcionamiento de este Sistema, de conformidad con las directrices que imparta el Ministerio de la Protección Social.

**Artículo 5o.- Entidades responsables del funcionamiento del SOGCS.** Las siguientes, son las entidades responsables del funcionamiento del SOGCS:

- **Ministerio de la Protección Social.** Desarrollará las normas de calidad, expedirá la reglamentación necesaria para la aplicación del presente decreto, velará por su permanente actualización y por su aplicación para el beneficio de los usuarios, prestará asistencia técnica a los integrantes del Sistema con el propósito de orientarlos en el cumplimiento de sus responsabilidades y emitirá concepto en aspectos técnicos cuando lo soliciten las Entidades Territoriales y los prestadores de servicios de salud siempre que el Ministerio lo considere pertinente. También corresponde al Ministerio de la Protección Social velar por el establecimiento y mantenimiento de la compatibilidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud con otros Sistemas de Gestión de Calidad.
- **Superintendencia Nacional de Salud.** Ejercerá las funciones de vigilancia, inspección y control dentro del SOGCS y aplicará las sanciones en el ámbito de su competencia.



- **Entidades Departamentales y Distritales de Salud.** En desarrollo de sus propias competencias, les corresponde cumplir y hacer cumplir en sus respectivas jurisdicciones, las disposiciones establecidas en el presente decreto y en la reglamentación que para el efecto expida el Ministerio de la Protección Social, divulgar las disposiciones contenidas en esta norma y brindar asistencia a los Prestadores de Servicios de Salud y los definidos como tales para el cabal cumplimiento de las normas relativas a la habilitación de las mismas.
- **Entidades Municipales de Salud.** En desarrollo de sus propias competencias, les corresponde brindar asistencia técnica para implementar la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud en los Prestadores de Servicios de Salud de su jurisdicción y también realizar la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud a los Prestadores de Servicios de Salud, que prestan servicios de salud a la población no afiliada.

## **7. Caracterización del Personal que Genera los Eventos Adversos.**

En la prestación de cualquier servicio, el factor más importante y significativo lo constituye el talento humano que desarrolla cada una de las actividades ocupacionales, el cansancio del personal de salud, se constituye una de las causas que motivan la ocurrencia de eventos adversos en la atención del paciente, al interior de las Instituciones de salud.

El síndrome de Burnout (SB<sup>3</sup>), denominado también como síndrome de desgaste profesional (SDP), psíquico o del quemado (SQ), fue descrito por primera vez en 1961.

En 1974 el psiquiatra Herbert Freudenberger, lo conceptualiza como “la sensación de agotamiento, decepción y pérdida de interés por la actividad laboral que surge especialmente aquellos que se dedican a profesiones de servicio como consecuencia del contacto diario con síndrome de trabajo.

Las acciones inseguras las puede provocar el personal de salud con sobrecarga laboral (desproporción de pacientes en relación del personal de salud.

- Personal con turnos con más de doce horas.
- Personal que labora en más de una institución y que supera el límite recomendado en horas laboradas.
- Personal no motivado por la institución en su parte laboral y personal.
- No implementación de jornadas de descanso y esparcimiento.
- Personal sin periodo de vacaciones durante años de servicio-
- Personal con turnos en diferentes áreas de servicios completando jornadas de más de doce horas.

El sueño es una necesidad fisiológica vital para el correcto funcionamiento del organismo. Dormir mal tiene consecuencias adversas para la salud en diferentes

---

<sup>3</sup>Paquetes Institucionales, Ministerio de la Protección Social. [ocsav.info/paquetes/CANSANCIO.pps](http://ocsav.info/paquetes/CANSANCIO.pps)

niveles: el cansancio, los accidentes por sueño, el absentismo laboral, problemas familiares, sociales, e incluso patologías como la depresión, la úlcera gástrica y el burn-out se asocian habitualmente a la patología del sueño.

Estas consecuencias adversas en la salud, tanto física como psíquica, de la mala calidad del sueño vienen avaladas por numerosos estudios. La privación del 50% del sueño durante 6 días produce una disminución de la tolerancia a la glucosa, disminución de la tirotrópina y aumento excesivo de las concentraciones de cortisol al atardecer, así como de la actividad simpática.

Durante la práctica clínica diaria, la privación de sueño causa somnolencia y disminución del rendimiento psicomotor entre los profesionales.

En el estudio<sup>4</sup> la calidad del sueño de los profesionales sanitarios en la unidad de cuidados intensivos realizado en Castilla, la Mancha contestaron 281 profesionales, con una edad media de 41,27 años. La proporción de hombres fue del 37,7%, y del total de la muestra fueron los varones quienes refirieron haber cometido más E.A (57,8% varones vs 39,4% mujeres), además el 47,7% refirió haber cometido errores post-guardia, más los médicos (65,1% médicos vs 34,8% enfermeros) y los varones (57,8% hombres vs 39,4 mujeres) y para un 76,1% fue peor el trato a los pacientes post-guardia; por lo cual se considera que el personal que labora en dichas unidades estaría en riesgo de padecer los efectos del trabajo por las largas jornadas y además el rendimiento laboral se ve afectado, cabe mencionar que los peores resultados corresponden al turno de noche, generando un gran riesgo para los pacientes que están a cargo del profesional de salud cansado y con sueño.

Peña María Teresa, Guevara Berta y colaboradores en el estudio llamado “Conocimiento que poseen las enfermeras intensivistas en cuidados al paciente politraumatizado soporte ventilatorio” determina que el 62.2% tenían entre 2-5

---

<sup>4</sup>DÍAZ Yolanda, DÍAZ Cristina, PUERMA CASTILLO Carmen, VIEDMA Lloreda M<sup>a</sup> Nieves, AULET RUIZ Alberto, LÁZARO MERINO Eloisa, FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ Olga María. RevClínMed Fam. La Calidad del Sueño en los Profesionales Sanitarios de dos Áreas de Salud de Castilla-La Mancha. 2008. Vol. 2 (4). P 156-161.

años laborando y tenían un nivel de conocimiento bajo y para los que tenían 16 años o más el 18.8% con un nivel de conocimientos bueno. Señalando así que la antigüedad profesional está relacionada con el grado de conocimientos contribuyendo a la calidad en la prestación de los servicios de salud.

### **7.1. Conocimiento en Cuanto Seguridad del Paciente y Eventos Adverso.**

El conocer que en las Instituciones prestadoras de salud, ocurren diariamente eventos adversos derivados de fallas humanas o de sistemas, es el primer paso para la corrección de éstos. Así mismo para mejorar el margen necesario de seguridad de los pacientes, es necesario entender previamente porqué el equipo tratante comete dichos errores, para a su vez aprender de ellos.

Históricamente ha sido lógico pensar que cuando un trabajador de la salud ofrece sus cuidados a un paciente, lo hace de manera ética y responsable ya que es una vida lo que tiene a su cargo, y ninguna persona alcanza a imaginarse que simultáneamente a los posibles beneficios el paciente pueda sufrir algún tipo de daño como consecuencia de errores en la atención, es por eso que anteriormente se tenía la creencia que la seguridad del paciente estaba inmersa en la atención y, de igual manera, los pacientes y familiares confiaban ciegamente en sus cuidadores y en las instituciones atribuyendo de ésta forma la aparición de eventos adversos a las condiciones propias del paciente o a designios divinos.

Por otro lado, los avances científicos de la salud se acompañan de riesgos adicionales, sin que necesariamente eso signifique que haya habido una intención de hacer daño por parte de los trabajadores de la salud, más bien hay desconocimiento de los factores que generan las situaciones mórbidas. El Ministerio de la Protección Social, en la política de seguridad del paciente, pone

como ejemplo las experiencias<sup>5</sup> de Florence Nigthingale, en las cuales se disminuyeron las tasas de mortalidad de los pacientes atendidos en el Barrack Hospital del 32% al 2%, ó las experiencias de Semmelweis en Viena con similares resultados. Aunque en ambos casos las altas tasas de mortalidad eran atribuibles a la atención en salud brindada, no encarnaban ninguna intención de hacer daño sino el desconocimiento de la existencia de unos factores de riesgo, una vez detectados e intervenidos, permitieron incrementar la efectividad de la atención en salud.

Teniendo en cuenta lo anterior la seguridad del paciente ha recibido una importante atención en todo el mundo desde que el instituto de medicina de EEUU publicó en el año 2000 el informe "*errar es humano*" en el que reportó los resultados finales de una investigación realizada sobre los errores médicos, concluyendo la aparición de 44.000 y 98.000 muertes como resultado de errores en la atención en aquel país. De estas muertes 7.000 suceden por falencias en el proceso de administración de medicamentos, colocando así a la mortalidad por errores médicos en EEUU como la octava causa de muerte en ese país, incluso por encima de la mortalidad por accidentes de tránsito, Ca de mama o por VIH/SIDA, sin tener en cuenta a las miles de personas que no murieron, pero como consecuencia de eventos adversos quedaron con una discapacidad transitoria o permanente.

A partir de éste estudio en los últimos años las organizaciones a nivel mundial han tomado la decisión de desarrollar programas en pro de mejorar la seguridad del paciente al introducir cambios en los procesos que disminuyan los errores, realizar medidas objetivas de indicadores representativos de los procesos y cambiar la cultura del no reporte.

Es en esta última estrategia en la que se encuentra mayor dificultad en la prevención de errores porque al personal de salud le preocupa la violación de la confidencialidad de los datos, situación que genera temor respecto a la exigencia

---

<sup>5</sup> Ministerio de la protección social. Observatorio dela calidad. Política de seguridad del paciente. [En línea] [http://201.234.78.38/ocs/public/seg\\_paciente/Default.aspx?pageNum=0](http://201.234.78.38/ocs/public/seg_paciente/Default.aspx?pageNum=0)

de responsabilidades profesionales, tales como las sanciones, pérdida de crédito y prestigio profesional, es por esto que en muchas ocasiones el silencio y la ocultación han sido práctica habitual del profesional en salud; por lo cual se debe pasar de un ámbito de ocultamiento al polo opuesto en el cual exista la certeza de que casi todo lo que se hace en la vida conlleva algún tipo de riesgo; y en éste entorno de confianza se genere una actitud de diálogo, comunicación franca y análisis de la causa de los errores. Promoviendo de ésta manera la participación responsable de los diversos actores involucrados en los sistemas de atención en salud.

La OMS estima<sup>6</sup> que, aproximadamente 1,4 millones de personas padecen infecciones causadas durante la prestación de atención sanitaria y que en los servicios de atención de casos agudos entre un 7% y un 10% de los pacientes experimenta algún evento adverso relacionado con los medicamentos. De ellos, aproximadamente un 28% a un 56% son prevenibles. De éste modo el factor humano, el equipamiento, la infraestructura, y la particularidad de los pacientes integran un conjunto tan complejo e impredecible que creer que se puede lograr una prevención adecuada se va tornando cada vez más difícil ya que puede superar las posibilidades de un sistema de atención a la salud en el cual enfrentar situaciones inesperadas, atípicas y de extrema presión constituye la norma más que la excepción. Sin embargo, hay tres hechos que contribuyen a que la situación sea perfectamente manejable<sup>7</sup>:

Primero, que la conciencia de seguridad permite identificar rápidamente las conductas y situaciones en donde se generan riesgos, y por lo tanto abordarlas

---

<sup>6</sup> Alianza Mundial para la seguridad del paciente. Op. Cit. P 2

<sup>7</sup> RUELAS Barajas Enrique, SARABIA GONZALES Odet, TOBAR VERA Walter. Seguridad del paciente hospitalizado. México DF: Editorial médica panamericana, 2007. 122p. ISBN 978-968-9874-26

con medidas preventivas y cuidados excepcionales que pueden agruparse bajo el rubro de “contener riesgos”.

Segundo, que la familiaridad con los riesgos y las maneras en que se producen permite abarcar la verdadera dimensión del problema, reduciéndolo a términos realistas.

Tercero, que esta misma familiaridad permite conocer que la mayoría de los riesgos no son fortuitos, ni arbitrarios, ni debidos a la mala suerte. Surgen de situaciones y conductas perfectamente observables, y por lo tanto evitables.

Pero a pesar de todos los esfuerzos por evitarlo, a veces ocurren sucesos desafortunados, como caídas, errores de medicación, mal funcionamiento de los equipos, reacciones alérgicas e infecciones y se debe tener en cuenta que cuando ocurre un evento adverso, el paciente sufre daño y el profesional de la salud también se ve afectado, por lo cual la seguridad del paciente implica un amplio conocimiento, la evaluación permanente y proactiva de los riesgos asociados a la atención en salud para diseñar e implantar de manera constante las barreras de seguridad necesarias, considerando la atención sanitaria como una actividad compleja , en la cual se combinen el actuar del personal, sus interacciones y la tecnología. Por lo tanto el conocimiento sobre eventos adversos y seguridad del paciente nace como pilar fundamental en todas las estrategias sanitarias que generen programas de desarrollo y gestión de la calidad.

Es por eso que los posicionamientos principales en el ámbito de la seguridad del paciente se orientan en la detección de los errores, su registro sistemático, el análisis de la información recogida y la conversión de ésta en conocimiento útil que logre un mejoramiento continuo de los servicios. Igualmente, se encaminan todas las acciones a brindar a los pacientes los mecanismos a través de los cuales

puedan notificar los errores, ya que, en muchas ocasiones, son ellos los primeros en descubrirlos

En las últimas décadas, en distintos lugares del mundo se está realizando un esfuerzo organizado para conocer más sobre los eventos adversos de la atención sanitaria, por lo que la seguridad de los pacientes se considera como un tema complejo que atraviesa múltiples disciplinas y requiere un enfoque integrado y global para la mejora; además, para reducir la frecuencia de los problemas de seguridad, es necesario diseñar métodos para prevenir los eventos adversos o detectarlos antes de que produzcan daño a los pacientes, es por esto, que se hace necesario buscar estrategias de promoción de la seguridad de los pacientes; lo que ha estimulado a los países a desarrollar herramientas orientadas a la mejora de los conocimientos, actitudes y habilidades de los profesionales, y por otro lado, dirigidas a modificar las condiciones en que trabajan las personas y la construcción de barreras para evitar la aparición de eventos adversos y limitar sus consecuencias.

En España<sup>8</sup>, el interés por la seguridad del paciente se manifiesta mediante una estrategia que el Ministerio de Sanidad y Política Social viene desarrollando desde 2005, y que incluye como primer objetivo: Promover y desarrollar el conocimiento y la cultura de seguridad del paciente entre los profesionales en cualquier nivel de atención sanitaria incluyendo la difusión de los proyectos desarrollados, formación de los profesionales y promoción de la investigación.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en la 55 asamblea mundial de la salud, celebrada en Ginebra en el 2002<sup>9</sup>, aprobó la resolución WHA55.18 en la que se insta a los estados miembros a prestar «la mayor atención posible al problema de la seguridad del paciente» y a establecer y consolidar «sistemas de base

---

<sup>8</sup> Ministerio de sanidad y política social de España. Estudio IBEAS. Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica. Organización mundial de la salud. 2009. 168 p.

<sup>9</sup> Organización Mundial de la Salud. Resolución WHA55.18. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2002



científica, necesarios para mejorar la seguridad del paciente y la calidad de la atención de la salud, en particular la vigilancia de los medicamentos, el equipo médico y la tecnología». En dicha resolución los estados miembros de la OMS pedían a la organización que tomara la iniciativa para definir normas y patrones mundiales, alentar la investigación y apoyar el trabajo de los países para concebir y poner en práctica normas de actuación concreta, por lo cual se realizó el lanzamiento de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, la cual fue puesta en marcha el 27 de octubre de ese mismo año y que tiene como socios la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el departamento de salud del Reino Unido, el Departamento de Salud y servicios sociales de Estados Unidos, entre otros; cuyo objetivo es estandarizar en clínicas, hospitales y sistemas de salud, prácticas que brinden mayor seguridad en la atención, además de uniformar el conocimiento en el tema y estimular la investigación<sup>10</sup>

## **7.2. Grado de Conocimiento del Personal de Salud Sobre Seguridad del Paciente y Eventos Adversos.**

Los conocimientos sobre las causas y consecuencias del EA cobran una gran importancia en la medida que las instituciones empiezan a reconocer el hecho que las intervenciones durante el cuidado pueden producir daños afectando la calidad en la atención de salud.

Además se debe tener en cuenta que no es posible estructurar un adecuado planteamiento estratégico en las instituciones sin un conocimiento realista de los principales factores causales que determinan el evento adverso. Sin embargo, tampoco es posible un análisis detallado de las múltiples causas que se hallan detrás de la ocurrencia de una falla.

---

<sup>10</sup>Organización Panamericana de la Salud. Por la seguridad del paciente. [En línea] [http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/ahora03\\_nov04.htm](http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/ahora03_nov04.htm)

Los eventos adversos a nivel mundial son estudiados por la necesidad de generar conocimientos sobre el tema con el fin de proporcionar y garantizar la seguridad al paciente, teniendo clara la génesis del error, que es en últimas lo que va a guiar el camino de la prevención.

En algunas revisiones bibliográficas de Estados Unidos y Australia se encontraron las siguientes características<sup>11</sup>.

Estados Unidos: el concepto base de las investigaciones es el acontecimiento adverso, definiéndolo como la lesión resultado del manejo médico más que de la enfermedad del paciente, clasifican la lesión causada por el E.A desde la incapacidad y/o prolongación de la hospitalización hasta la muerte. A través de estos estudios se da importancia a la seguridad del paciente mediante la detección y seguimiento a este tipo de acontecimientos para contribuir al mejoramiento de conocimientos de salud en la atención a los pacientes.

Australia: el principal objetivo del estudio es el desarrollo e implementación de políticas nacionales para mejorar la seguridad del paciente conociendo los E.A su gravedad y su importancia, para de ésta manera poder influir directamente en la prevención de EA. Dentro de los resultados arrojados en cuanto a las causas de los E.A, se demostró que el 50% de estos, son catalogados como prevenibles, por lo que concluyeron que pueden llegar a intervenir en ellos ayudando a la parte asistencial con protocolos y guías de manejo.

Durante el análisis de un evento adverso se debe considerar cada elemento que intervino en su aparición detalladamente y por separado, comenzando por las acciones inseguras y las barreras que fallaron, hasta la cultura y procesos organizacionales, en donde los factores del cuidador, tales como conocimiento, experiencia, pericia, cansancio, la fatiga, sueño y salud, tanto física como mental

---

<sup>11</sup>Herramientas para promover la estrategia de seguridad del paciente en el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención en salud. Op. Cit. P 31-33

son condiciones que, dado el escenario propicio, pueden contribuir a que se cometan errores.

La OMS<sup>12</sup> estima que, a escala mundial, cada año, decenas de millones de pacientes sufren lesiones discapacitantes o mueren como consecuencia de eventos adversos o atención insegura. Cada año, las inyecciones administradas sin las suficientes precauciones de seguridad causan 1,3 millones de defunciones y la pérdida de aproximadamente 26 millones de años de vida, principalmente debido a la transmisión por vía sanguínea de virus tales como los de las hepatitis b y c y el VIH, por lo que el conocimiento de las lesiones que pueden provocar en los pacientes los eventos adversos, indica que es posible disminuir el daño provocado, identificando a tiempo el error, para de ésta manera trabajar en pro de remediar los daños causados al paciente, la familia y la comunidad.

Por lo cual para el personal de la salud, es prioritario conocer, entender y ponderar en su justa dimensión el error y sus implicaciones en la generación de eventos adversos, así es posible combatirlo. La existencia de eventos adversos provoca en los pacientes morbilidad y mortalidad como también un incremento en los gastos hospitalarios. El conocimiento de ellos es de importancia capital en la elaboración de indicadores de calidad de la atención de salud del paciente, por esto es importante conocer la existencia que en todas las unidades de salud ocurren diariamente eventos adversos derivados de fallas humanas o de sistemas, lo cuales el primer paso para la corrección de éstos .

---

<sup>12</sup> Alianza Mundial para la seguridad del paciente. Op. Cit. P.2

## **8. DISEÑO METODOLÓGICO**

### **8.1. Tipo de Estudio:**

Estudio descriptivo cuantitativo, de corte transversal.

### **8.2. Universo y Población:**

Todo el personal de salud asistencial que laboro en la E.S.E. Hospital el Tambo en el periodo comprendido entre abril – mayo del año 2011.

### **8.3. Criterios de Inclusión:**

- Todo el personal asistencial que laboro en la E.S.E. Hospital el Tambo.
- Que acepte participar voluntariamente en éste proyecto.

### **8.4. Criterios de Exclusión:**

- Personal extramural y administrativo que labora en la E.S.E. Hospital el Tambo.

### **8.5. Variables del Estudio:**

#### **8.5.1. Variables independientes:**

- Características socio demográficas del personal
- Características socio-demográficas de los funcionarios de la E.S.E. Hospital el Tambo.
- Conocimiento sobre Eventos Adversos de los trabajadores que laboran en la E.S.E. Hospital el Tambo.
- Evaluación del conocimiento de los funcionarios sobre los eventos adversos. la E.S.E. Hospital el Tambo

## **8.6. Métodos e Instrumentos para la Recolección de Información**

### **8.6.1. Instrumento:**

Aplicación de una encuesta estructurada por los investigadores.

### **8.6.2. Técnica:**

- Aplicación de encuesta.
- Se revisaron y analizaron las respuestas plasmadas la encuesta

**8.6.3. Validación del instrumento:** Se validó a través de pruebas de expertos. Se hizo la prueba piloto en la E.S.E. Luis Acosta de la Unión Nariño.

## **8.7. Técnicas, Tabulación y Análisis**

- El instrumento de recolección de información fue sometido a una prueba piloto, con el fin de perfeccionar la técnica de recogida de datos y mejorar el instrumento.
- Los resultados se presentan en gráficos y tablas.
- El programa de análisis de los datos es Microsoft Excel 2010.

## **8.8. Procedimiento**

- En primera instancia se hizo una solicitud por escrito del permiso al Gerente de la E.S.E. Hospital el Tambo para la realización del trabajo.
- Se aplicó una prueba piloto del instrumento diseñado para la recolección de datos y se realizó la revisión por expertos.
- Posteriormente, se procedió al análisis de los resultados de las pruebas anteriores y se hicieron los ajustes necesarios.
- Luego se pidió al personal asistencial de la E.S.E. Hospital el Tambo, su colaboración para recolección de información a través del instrumento diseñado, previamente ajustado.

- Después se tabularon los datos obtenidos y a continuación se elaboraron las gráficas necesarias para su presentación, que a su vez facilitarán el análisis de los resultados.
- Por último se construyó el informe final.

### **8.9. Aspectos Éticos del Estudio**

La información que suministra la entidad de Salud es manejada confidencialmente.

Las entrevistas realizadas al personal de salud, se realizaron previo consentimiento informado.

El riesgo que se incurrió por parte de los participantes fue menor que el mínimo<sup>13</sup>.

---

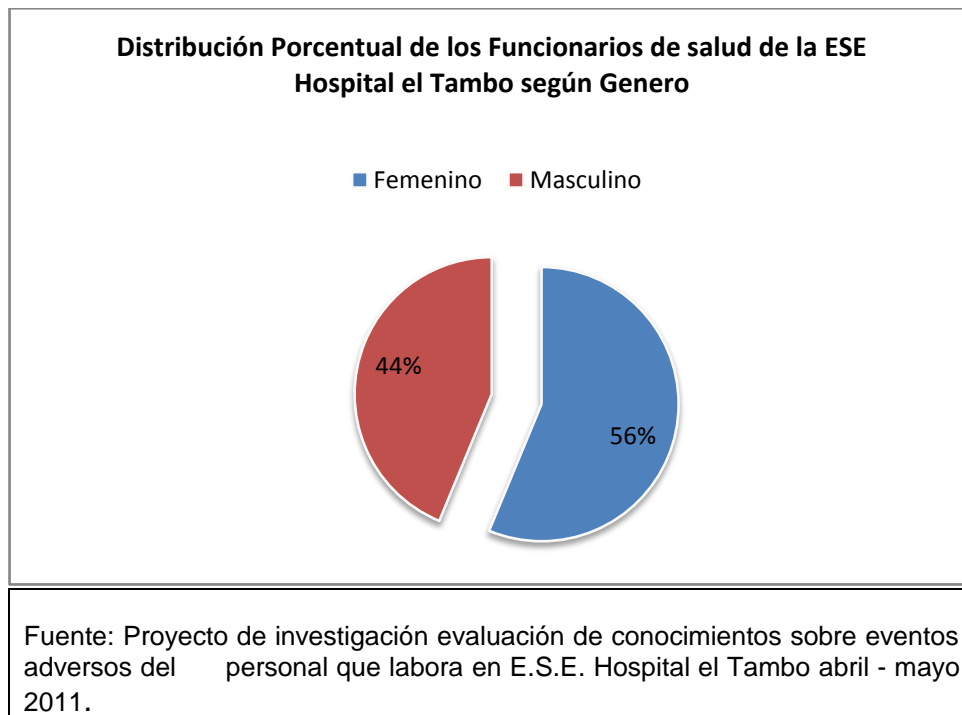
<sup>13</sup> Resolución 008430. ministerio de Salud 1993

## 9. RESULTADOS

### 9.6. Resultados de la Encuesta Realizada al Personal de la E.S.E. Hospital el Tambo

Los resultados obtenidos luego de la aplicación del instrumento que se utilizó en la investigación que buscaba analizar el grado de conocimiento que tiene el personal de salud que labora en la E.S.E. Hospital el Tambo en los meses de abril a mayo del 2011.

**Figura 3.**



En lo que respecta a genero, se observa que el mayor porcentaje (56%) se encuentra dentro del genero femenino y el 44% corresponde al genero masculino.

**Tabla 2.** Distribución porcentual de la edad de los trabajadores que laboran en la E.S.E. Hospital EL Tambo

EDAD	N	%
21 – 26 años	14	29.16%
27 _ 32 años	19	39.58%
33 _ 38 años	4	8.33%
39 _ 44 años	2	4.16%
45 _ 53 años	9	18.75%
Total	48	100%

Fuente: Proyecto de investigación evaluación de conocimientos sobre eventos adversos del personal que labora en E.S.E. Hospital el Tambo abril - mayo 2011.

En cuanto a la edad del personal que labora en la E.S.E. Hospital el Tambo se encontro que el mayor porcentaje (59.58%) es de las personas que tienen entre 27 y 32 años y un 29.16 entre 21 y 26 años.

**Tabla 3.** Distribución porcentual ocupación de los trabajadores que laboran en la E.S.E. Hospital el Tambo.

Ocupación	N	%
Enfermeros	2	4,16%
Médicos	11	22,91%
Fisioterapeuta	1	2.08%
Auxiliares de enfermería	23	47,91%
Odontólogos	3	6,25%
Bacteriólogos	2	4,16%
Higienista oral	2	4,16%
Auxiliar de odontología	1	2,08%
Psicólogos	2	4,16%
Fonoaudiólogo	1	2.08%
Total	48	100%

Fuente: Proyecto de investigación evaluación de conocimientos sobre eventos adversos del personal que labora en E.S.E. Hospital el Tambo abril - mayo 2011.



En la tabla se evidencia el 47.91% de los funcionarios asistenciales son Auxiliares de Enfermería, el 22.91 % corresponde a Médicos generales, 6,25% Odontólogos, 25% a Bacteriólogos, el 4,16% a Higienistas Orales, 2,08 % Auxiliar de Odontología, el 4,16% a Psicología, 4,16% a enfermería, en esta encuesta sale de exclusión 1 enfermero que inició como contratista en el mes de Junio 2011, Fisioterapia 2,08%, Fonoaudiología 2,08%, la ESE Hospital el Tambo cumple con los requisitos de los Profesionales asistenciales en las diferentes dependencias de áreas de salud.

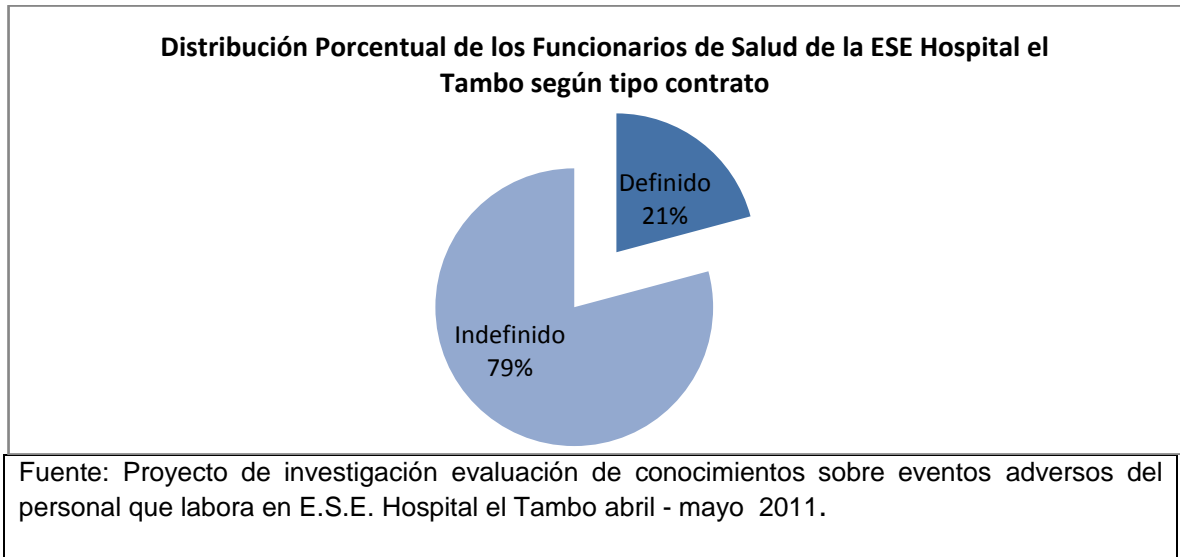
**Tabla 4.** Tiempo de trabajo en la institución (meses)

Numero de personas	Tiempo de trabajo (meses)
9	6-26
12	27-47
2	48-68
4	69-89
2	90-110
3	111-131
5	132-152
6	153-173
2	174-194
3	312-382

Fuente: Proyecto de investigación evaluación de conocimientos sobre eventos adversos del personal que labora en E.S.E. Hospital el Tambo abril - mayo 2011.

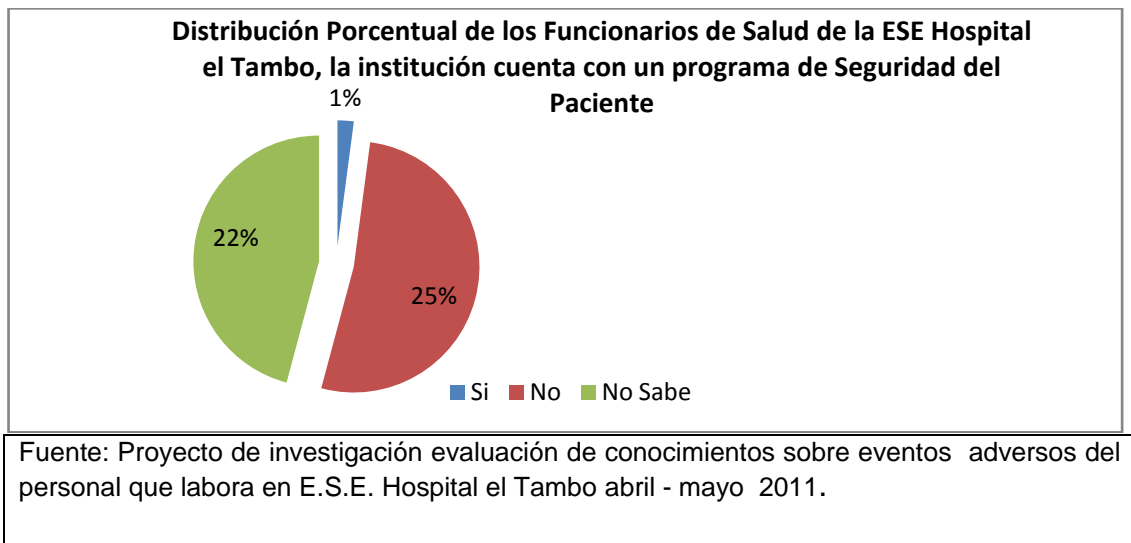
Con relación al tiempo de trabajo la mayoría de personal lleva trabajando entre 27 y 47 meses en la Institución, que corresponden de dos a cuatro años.

**Figura 4.**



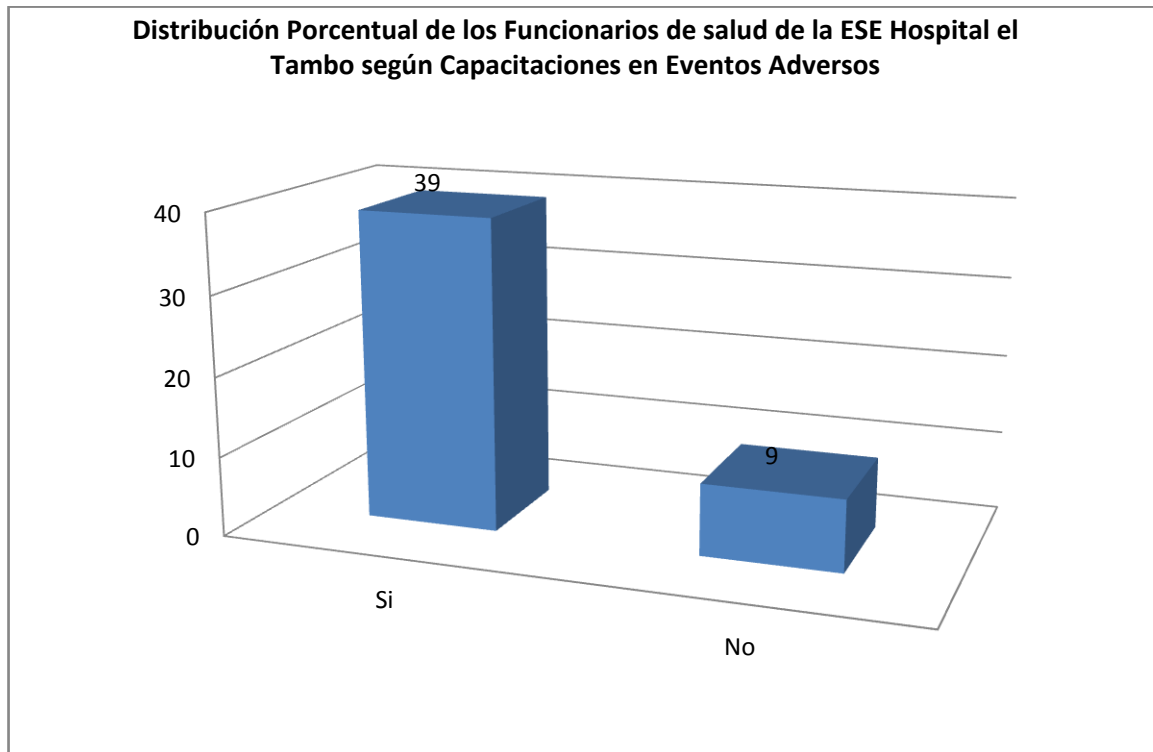
La grafica No 4 Según el tipo de contratación de la ESE Hospital el Tambo el 10% son Funcionarios asistenciales de planta, el 38% son funcionarios contratistas.

**Figura 5.**



El 25% del personal asistencial que labora en la E.S.E. Hospital el Tambo afirma que la institución no cuenta con un programa de seguridad del paciente, para obtener procesos de atención seguros, y el 22% no sabe del programa.

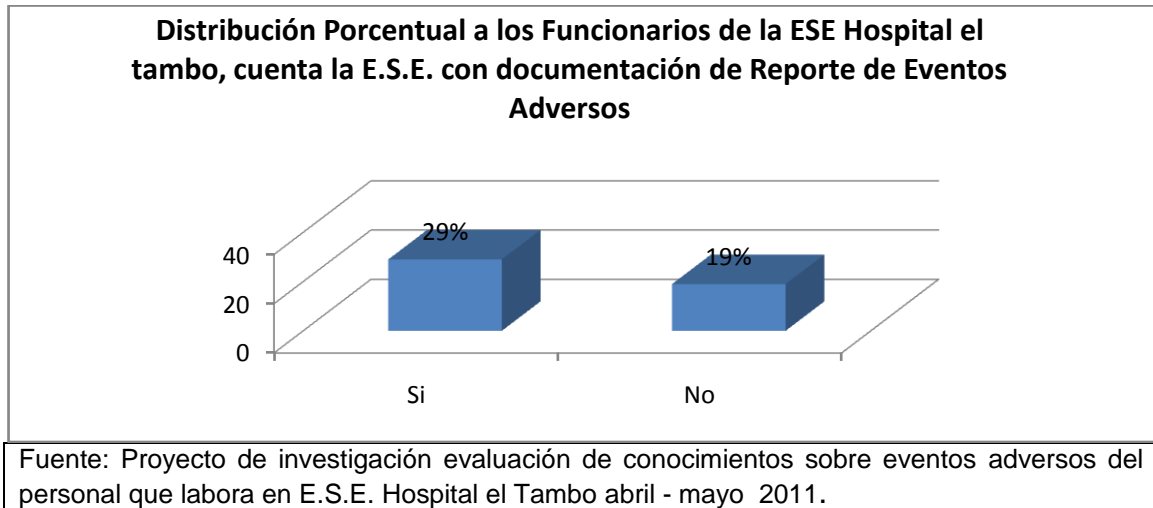
**Figura 6.**



Fuente: Proyecto de investigación evaluación de conocimientos sobre eventos adversos del personal que labora en E.S.E. Hospital el Tambo abril - mayo 2011.

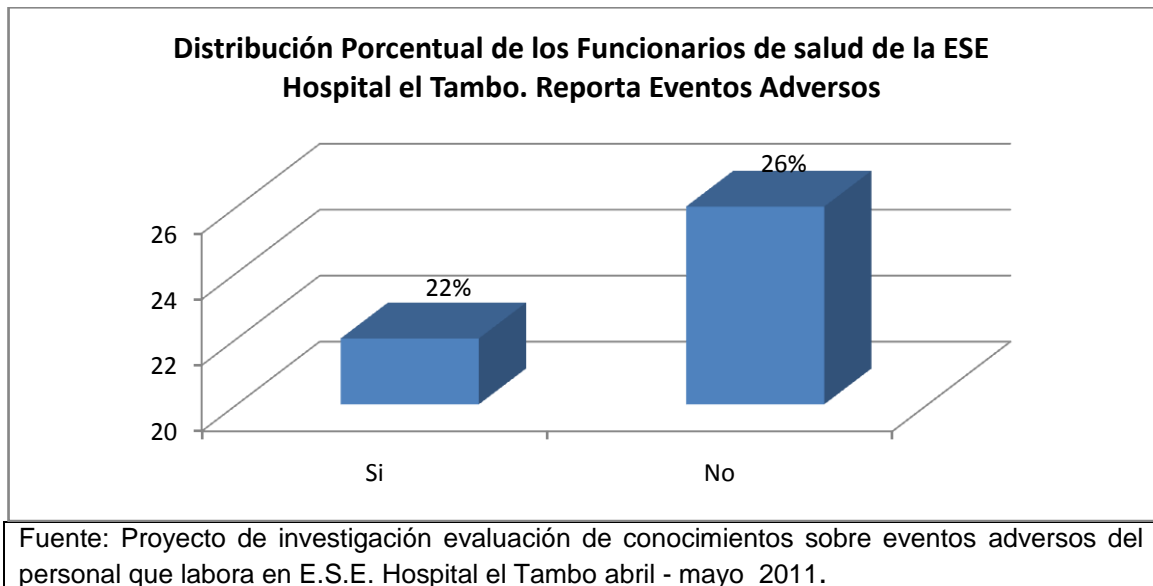
Grafica No 6 De acuerdo a la pregunta que se realiza en la encuesta, Ha recibido capacitaciones en cuanto a reporte de eventos adversos, el 31 % de los Funcionarios asistenciales, responden que si han recibido capacitación, el 17% no han recibido capacitación en eventos adversos, como funcionarios de la ESE Hospital del tambo. Distribución porcentual sobre conocimientos de los eventos trazadores de la calidad según la res. 1446 de 2006.

**Figura 7.**



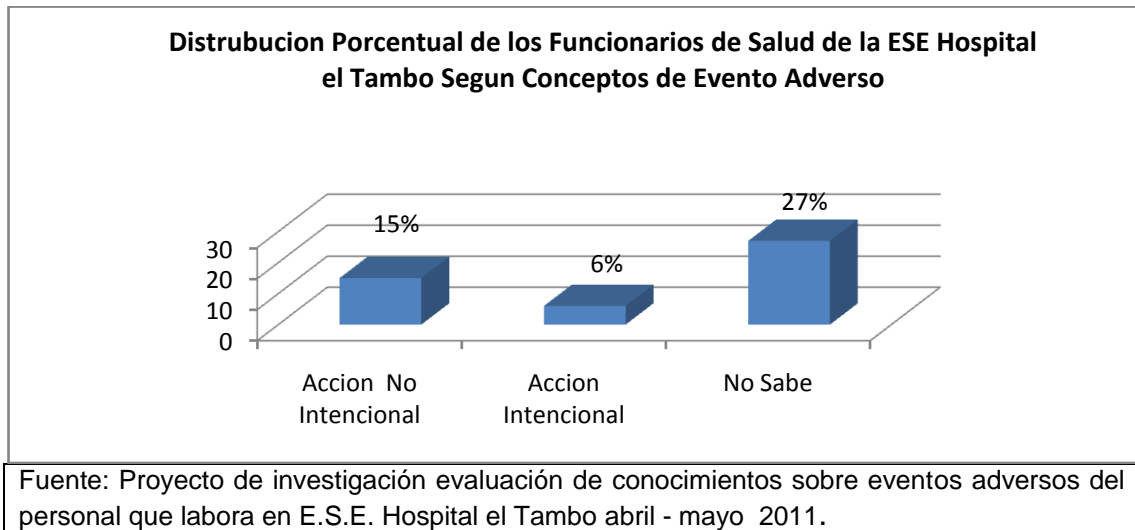
De acuerdo a la distribución porcentual de la calificación de conocimientos sobre eventos adversos en los trabajadores que laboran en la E.S.E. Hospital el Tambo tenemos que un 29% afirma que en la E.S.E. si cuenta con documentación de Reporte de Eventos Adversos.

**Figura 8.**



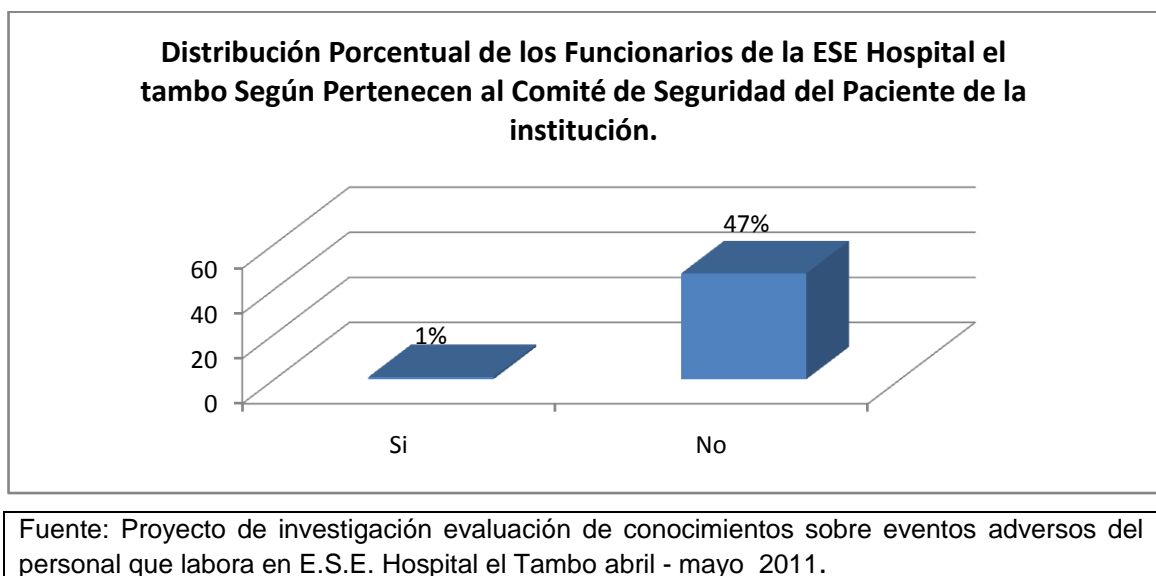
De acuerdo la distribución porcentual el 26% del personal que labora en la E.S.E. Hospital el Tambo no reporta los eventos adversos y el 22% afirma que si reporta, sin embargo de esto no se encuentra evidencia en los registros de reporte.

**Figura 9.**



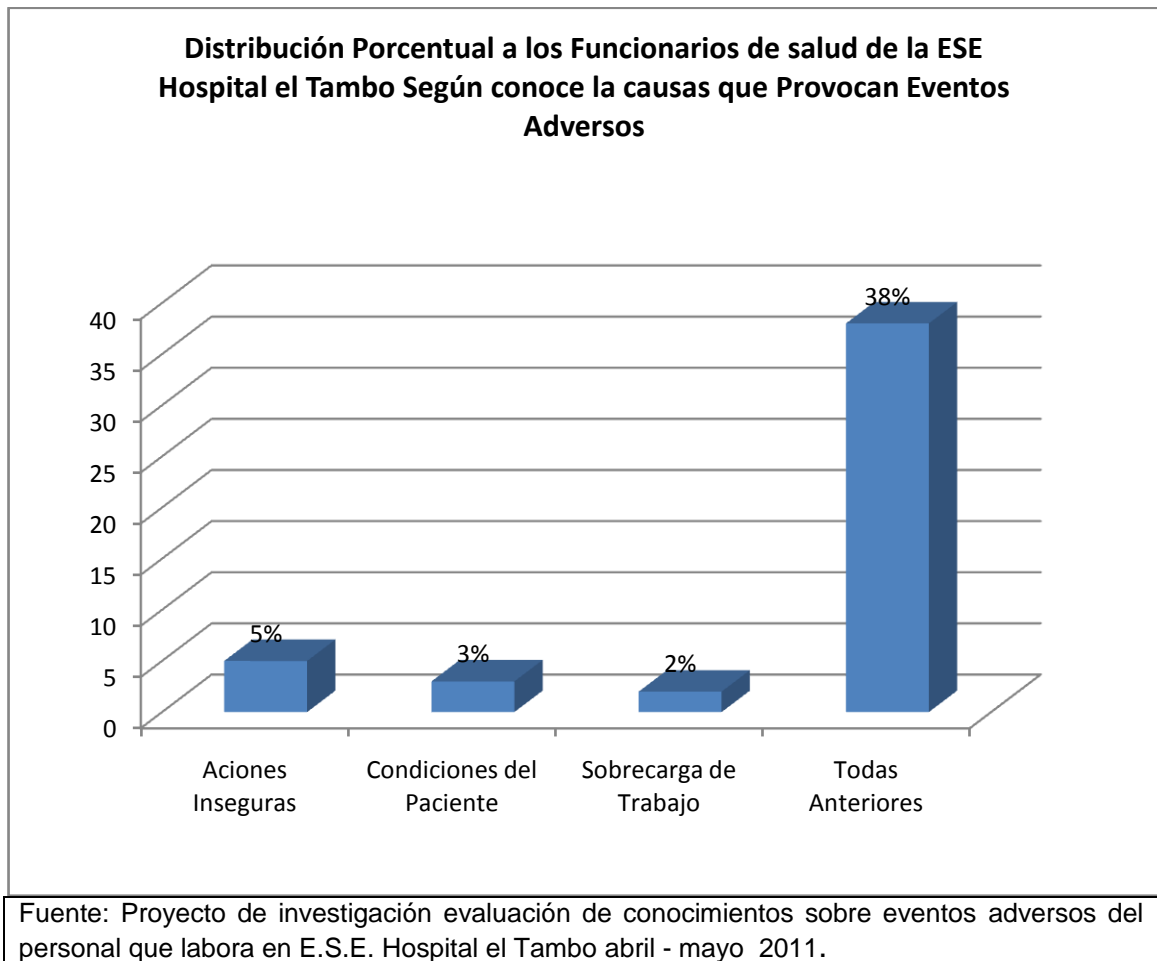
En La distribución porcentual, el 15% responde correctamente y el 27% del personal no sabe la definición de eventos adversos.

**Figura 10.**



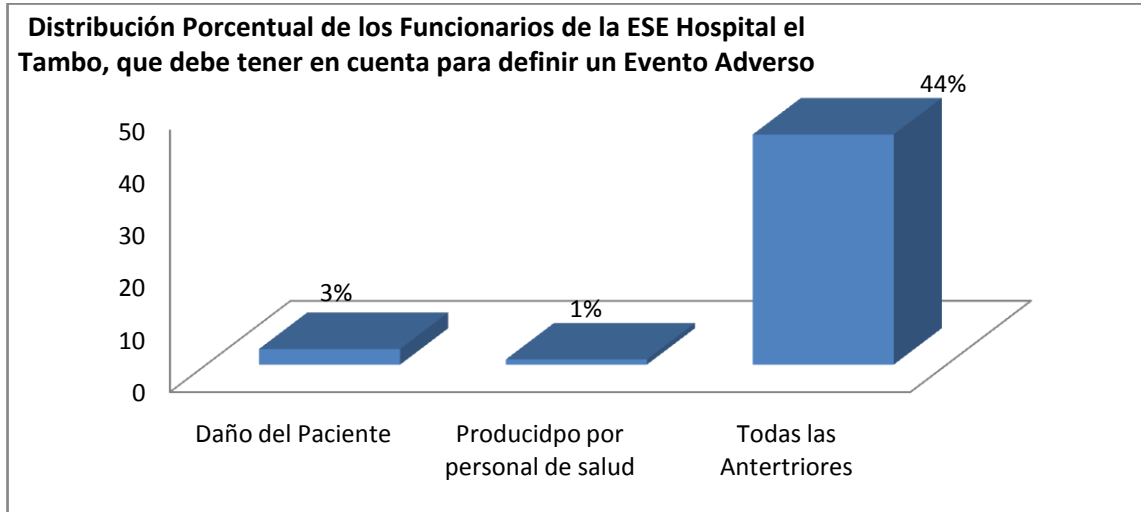
El 1% del personal encuestado que labora en la E.S.E. Hospital el Tambo pertenece al comité de seguridad del paciente.

**Figura 11.**



De acuerdo a la distribución porcentual de la calificación de conocimientos sobre eventos adversos en los trabajadores que laboran en la E.S.E. Hospital el Tambo, tenemos que el 5% responde que es una acción insegura, el 3% condiciones del paciente, el 2% sobrecarga de trabajo y el 38% consideran todas como causas que provocan Eventos Adversos.

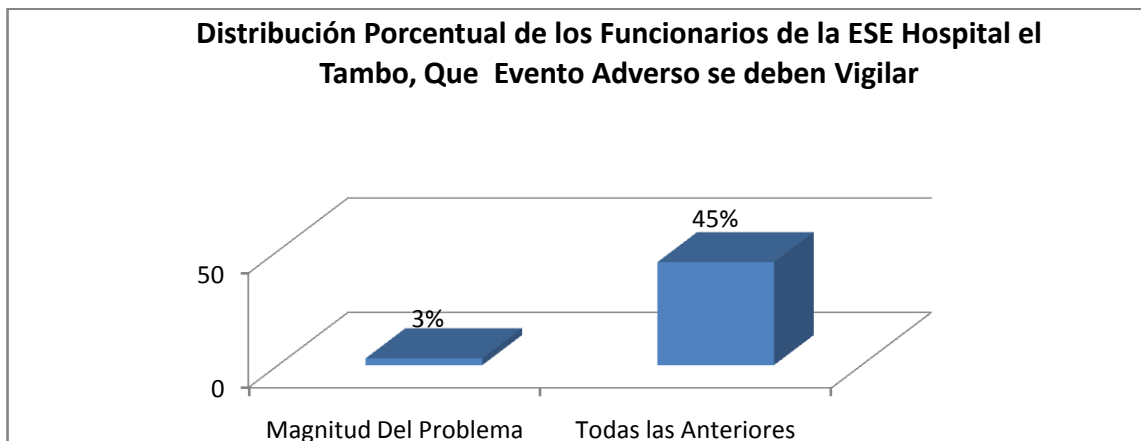
**Figura 12.**



Fuente: Proyecto de investigación evaluación de conocimientos sobre eventos adversos del personal que labora en E.S.E. Hospital el Tambo abril - mayo 2011.

De acuerdo a la distribución porcentual de la calificación de conocimientos sobre eventos adversos en los trabajadores que laboran en la E.S.E. Hospital el Tambo, respondieron, el 3% que se produzca daño al paciente, el 1% producido por el personal de salud y el 44% responde que todos son factores que se deben tener en cuenta para definir un Evento Adverso.

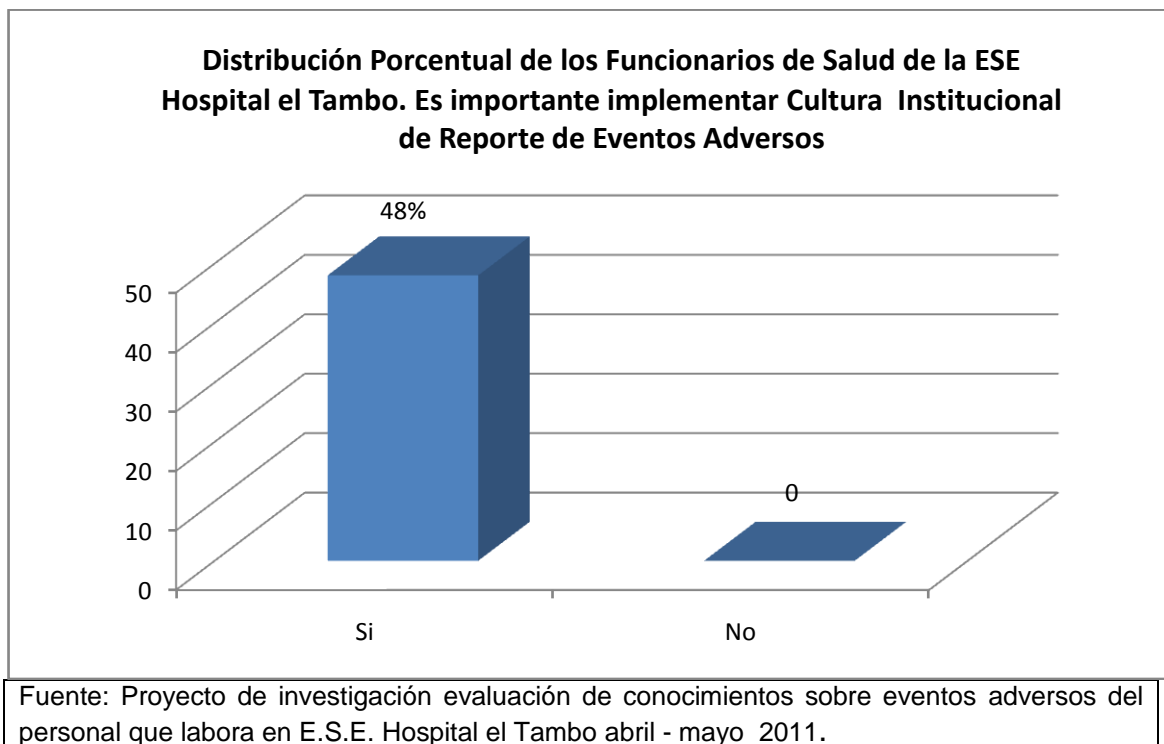
**Figura 13.**



Fuente: Proyecto de investigación evaluación de conocimientos sobre eventos adversos del personal que labora en E.S.E. Hospital el Tambo abril - mayo 2011.

De acuerdo a la distribución porcentual de la calificación de conocimientos sobre Eventos Adversos los trabajadores que laboran en la E.S.E. Hospital el Tambo, tenemos, el 3% dice que se debe tener en cuenta la magnitud del problema y el 45% responde, que tanto la mmagnitud y trascendencia del problema, disponibilidad de la información, vulnerabilidad y factibilidad de prevención y control y la participación activa del personal de salud en el análisis de los problemas son factores que se deben tener en cuenta para vigilar un Evento Adverso.

**Figura 14.**



De acuerdo a la distribución porcentual de la calificación de conocimientos sobre eventos adversos en los trabajadores que laboran en la E.S.E. Hospital el Tambo, tenemos que el 100% del personal encuestado opina que es importante implementar una cultura institucional de reporte de Eventos Adversos.



## 10. DISCUSIÓN

El género predominante en el área asistencial encuestada fue el femenino en con unos porcentajes de 56% y 44%, el rango de edad relevante es de 27 a 32 años, siendo el género femenino y el personal de enfermería los que poseen mayores conocimientos sobre Eventos Adversos. Sin embargo no se evidencia la cultura de reporte de Incidentes y/o eventos Adversos. En el estudio<sup>14</sup> realizado en castilla, la mancha contestaron 281 profesionales, con una edad media de 41,27 años. La proporción de hombres fue del 37,7%, y del total de la muestra fueron los varones quienes refirieron haber cometido más E.A (57,8% varones vs 39,4% mujeres).

En cuanto la antigüedad laboral de la E.S.E. Hospital el Tambo la mayoría de personal lleva trabajando entre 27 y 47 meses en la Institucion, que corresponden de dos a cuatro años. El personal con mas antigüedad laboral tiene mayor conocimiento sobre Eventos Adversos, es decir que la experiencia laboral o la cantidad de años al servicio de la E.S.E. es favorable para el paciente y para la Institucion ya que un buen conocimiento sobre Eventos Adversos, disminuiria costos, efectos desfavorables en los pacientes, demandas entre otros. Hallazgos similares fueron encontrados por Mag. María Teresa Peña, Mag. Berta Guevara y colaboradores en el estudio llamado "Conocimiento que poseen las enfermeras intensivistas en cuidados al paciente politraumatizado soporte ventilatorio".en el cual se pudo determinar que el 62.2% tenían entre 2-5 años laborando y tenían un nivel de conocimiento bajo y para los que tenían 16 años o más el 18.8% con un nivel de conocimientos bueno. Señalando así que la antigüedad profesional está relacionada con el grado de conocimientos ayudando o contribuyendo a la prestación de un mejor servicio de salud.

---

<sup>14</sup> La Calidad del Sueño en los Profesionales Sanitarios de dos Áreas de Salud de Castilla-La Mancha. Op.Cit. P 8

La E.S.E. Hospital el Tambo no cuentan con un programa de Seguridad del Paciente, los funcionarios contestaron en un 25% que no existe y el 22% no sabe. Al ingresar a una institución de salud los pacientes buscan mejorar su salud y no empeorar o morir como consecuencia de errores en la atención. Siguiendo el principio Hipocrático *Primum Non Nocere*, Primero no hacer daño, el trabajador de la salud brinda la atención con responsabilidad y ética, sin la intención de causar daño, tema que se creía implícito en el proceso de atención, a pesar de que se reconoce que los procesos de la atención de salud son de los más complejos que enfrenta el ser humano.

Con el objeto de contribuir al mejor desarrollo de la Sanidad Española, favoreciendo el avance de la Seguridad en la Asistencia Sanitaria y, en especial, todo lo relacionado con la mejora en la seguridad de la medicación, Roche Farma España convoca la II Edición de los Premios Roche a las mejores iniciativas en Seguridad del Paciente<sup>15</sup>.

La Seguridad del Paciente, también llamada Seguridad Clínica, es un componente transversal crítico de la calidad asistencial. La razón de la necesidad de la seguridad reconoce el hecho de que las intervenciones médicas pueden producir daños y, por lo tanto, la calidad es la resultante de dos fuerzas opuestas, siempre presentes: los beneficios y los riesgos.

Tanto el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad como todas las Consejerías de Sanidad de las Comunidades Autónomas, y el resto de los agentes del sector sanitario, tienen integrado dentro de sus prioridades la mejora de la Seguridad del Paciente como un elemento estratégico de sus organizaciones. Por este motivo Roche ha decidido apoyar las diferentes iniciativas enfocadas a mejorar la Seguridad del Paciente, en colaboración con los responsables de las organizaciones sanitarias.

---

<sup>15</sup>ROCHE Farma S.A., mejores iniciativas en Seguridad del Paciente, convocatoria 2011

Es importante resaltar que las capacitaciones al personal influyen para evitar que se produzca incidentes y eventos adversos, en la E.S.E. Hospital el Tambo el 35% del personal ha recibido capacitaciones, quedando un 17% sin capacitar.

Siguiendo en esta línea Ishikame, G. (2006)<sup>16</sup>. realizo una investigación titulado: "*Intervención de la Enfermería en la Educación para la Salud de sobre la Prevención de Situaciones Adversa en la Comunidad de Shiracmaca, Población de Huamachuco, el Perú*", auspiciado la Escuela de Enfermería, de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Trujillo del Perú, se fundamentó en el gravísimo problema de la contaminación ambiental causado por la explotación de la minería informal o artesanal, donde se detectó, un alto grado de vulnerabilidad, riesgo y daños a la salud, producto de la contaminación de las aguas para consumo humano y animal, por el uso de químicos utilizados en esta práctica, por la emanación de gases tóxicos y por la debilitación del terreno por las constantes excavaciones.

El tipo de estudio fue descriptivo con diseño de campo experimental en una población de 3000 habitantes y la escogencia de una muestra calculada utilizando la ecuación de Gauss y Azorín que correspondió en 150 habitantes del sector indicado, se utilizó un cuestionario con una escala de Likert con 5 alternativas de respuestas y 35 ítems, validado por 5 expertos en el área y con un índices de confiabilidad de 0,89 mediante la aplicación del coeficiente de alfhacrombach, el cual ha de ser considera como una confiabilidad muy alta.

Las conclusiones de la investigación señala que es necesario realizar un conjunto de intervenciones que permitan la gestión de riesgo comunitario y que sirvan para aminorar las pérdidas materiales y humanas, con la planificación local, mapas de riesgo y participación comunitaria, conjuntamente con instituciones y autoridades

---

<sup>16</sup>Programa para la capacitación en eventos adversos, dirigidos a los profesionales de enfermería.  
<http://www.monografias.com/trabajos82/capacitacion-eventos-adversos-enfermeria/capacitacion-eventos-adversos-enfermeria2.shtml>

para hacer un trabajo permanente, sostenido y conjunto en cuanto a la educación y promoción de la salud.

El Ministerio de Protección Social brindar los lineamientos para el diligenciamiento del Formato de Reporte de Eventos Adversos en Protocolos de Investigación para ser diligenciados por los reportantes Investigadores, Patrocinadores y y/o Organizaciones de Investigación por Contrato (CRO). En la E.S.E. Hospital el Tambo se conoce la documentación para diligenciar el reporte de EA, verificando en la Institución se evidencia que no se encuentran reportes.

En cuanto a los conocimientos de Eventos Adversos del personal de la E.S.E. Hospital el Tambo, en un gran porcentaje de 48 personas encuestadas (27%), no saben la definición de Evento Adverso. Las experiencias<sup>17</sup> de Florence Nigthingale, en las cuales se disminuyeron las tasas de mortalidad de los pacientes atendidos en el Barrack Hospital del 32% al 2%, ó las experiencias de Semmelweis en Viena con similares resultados. Aunque en ambos casos las altas tasas de mortalidad eran atribuibles a la atención en salud brindada, no encarnaban ninguna intención de hacer daño sino el desconocimiento de la existencia de unos factores de riesgo, una vez detectados e intervenidos, permitieron incrementar la efectividad de la atención en salud. A nivel de Colombia, el Centro Médico Imbanaco encontró un porcentaje de E.A en la UCI en el año 2001 de 38.8% de los pacientes ingresados a esta unidad, cuyo resultado fue muy diferente en el año 2006 en donde el porcentaje encontrado fue del 8,3%. Es decir que falta todavía más capacitación sobre el tema de los E.A para poner todo lo aprendido en práctica a través de las habilidades y destrezas que se desarrollan para beneficio de las personas a su cuidado disminuyendo y/o evitando así la ocurrencia de eventos adversos, mostrando de ésta forma que el conocimiento debe estar basado no solo en la práctica, sino que debe existir un fundamento teórico basado en la evidencia y estudios realizados, lo cual permite

---

<sup>17</sup> Ministerio de la protección social. Op. Cit. P 10

que este conocimiento se desarrolle en forma gradual, logrado por la interacción de lo científico con las actividades realizadas cotidianamente, es decir que la práctica sin los conocimientos es como un barco a la deriva.

Para el conocimiento desglosado por el tipo de ocupación. El centro médico imbanaco en el estudio realizado en 2006 afirma que se producen más E.A en enfermería con 39 E.A, seguidos por fisioterapia con 5, y medicina con 4. El presente proyecto arrojó un predominio de auxiliares de enfermería con un porcentaje de 47.90% seguido de enfermeras con un 30.43%, 13.04% médicos y 8.07% terapeutas en los cuales el nivel de conocimientos sobre eventos adversos fue mayor en los terapeutas respiratorios con un 50% excelente, seguido de los auxiliares de enfermería, los médicos y finalmente los enfermeros. Lo anterior es una cifra preocupante ya que los enfermeros son quienes más cometen ea y esto sumado a los conocimientos regulares sobre el tema puede poner en peligro la salud e integridad del paciente porque son ellos quienes prestan cuidado directo como tal y estaría en contravía de la esencia de enfermería la cual se ejecuta a través de una serie de acciones dirigidas a otro ser humano o grupos con afecciones físicas reales o potenciales, con el fin de mejorar o aliviar las molestias y/o dolencias generadas por el proceso de enfermedad o a mantener la salud, por esto las personas que ejercen esta profesión deben poseer el conocimiento y la capacidad intelectual que le permita resolver problemas, comunicarse y reflexionar críticamente, sobre los problemas inherentes o que alteren la salud de las personas que cuidan .

En este sentido, Arcos, P (2005), señala que "durante la década de 1990 al 2000 los eventos adversos catastróficos, causaron a nivel mundial, una media por año de 75.000 muertos, afectando a una media anual de 256 millones de personas, con pérdidas económicas por un valor de 650.000 millones de Euros" (p.123), en efectos estas cifras han de hacernos reflexionar sobre ¿cuál ha de ser la intervención del profesional de la salud?, la cual no aparece reflejada en ninguna

bibliografía relacionada con el tema, por lo cual es necesario detenerse a pensar de forma positiva, ¿cómo hubiera influido sí su participación hubiera sido de forma más activa a la hora de enfrentar tales sucesos?, sobre todo en lo que se refiera a la preparación de las comunidades en autoprotección, preparación del personal a nivel intrahospitalario y pre hospitalario.

Por consiguiente, es importante conocer la información que poseen los profesionales de la salud en cuanto a su participación en el antes de estos eventos adversos, con la intención de diseñar una propuesta de programa de capacitación de los eventos adversos con la convicción que una mejor capacitación permitiría afianzar los planes de emergencias y/o contingencias y sobre todo a trabajar en formas no convencionales, y es seguros que las estadísticas pudieran haber disminuido en un 50 % de las aquí referidas y el panorama para reducir los efectos lográndose la mitigación del o de los eventos adversos, como se le conoce en la literatura moderna, arrojaría sin duda resultados positivos y elevaría la profesión de enfermería, y la colocarían por encima de las demás profesiones, inclusive, de los otros profesionales de salud.

Con respecto a la causalidad del Evento Adverso se encontró que el personal de salud tomado en la muestra, la conoce en gran medida (38%), y esto es muy importante ya el objetivo no es medir el Evento Adverso únicamente, sino identificar las causas y trabajar en ellas para evitar que se vuelva al error. Por otro lado se encuentra como definir y que evento adverso se debe vigilar, evidenciando un conocimiento favorable en el 45% de la muestra. La OMS<sup>18</sup> estima que, a escala mundial, cada año, decenas de millones de pacientes sufren lesiones discapacitantes o mueren como consecuencia de eventos adversos o atención insegura. Cada año, las inyecciones administradas sin las suficientes precauciones de seguridad causan 1,3 millones de defunciones y la pérdida de aproximadamente 26 millones de años de vida, principalmente debido a la

---

<sup>18</sup>Ibid., p 2

transmisión por vía sanguínea de virus tales como los de las hepatitis b y c y el VIH. Teniendo en cuenta lo anterior es posible afirmar que éstas personas tienen claro que el Evento Adverso implica un daño involuntario, es decir que nadie en el equipo de salud ni en la institución tiene la intención de hacerle daño al paciente, ya que su propósito es mantener, recuperar o mejorar las condiciones de salud de los pacientes bajo el principio hipocrático de no hacer daño .el conocimiento de las lesiones que pueden provocar en los pacientes los eventos adversos, indica que es posible disminuir el daño provocado, identificando a tiempo el error, para de ésta manera trabajar en pro de remediar los daños causados al paciente, la familia y la comunidad.

Las “barreras Culturales” delimitadas por la lengua, las tradiciones y el contexto que en el caso de la atención a la salud, se manifiestan en la organización de los servicios, en las actitudes del personal de los servicios de salud y en la de los usuarios<sup>19</sup>.

Se señala a la medicina actual, con el hecho de que no se valora la importancia de la dimensión cultural del proceso salud-enfermedad-atención, enfocando los mayores esfuerzos a brindar al personal del sistema de atención, una visión más orientada a la esfera biológica y tecnológica, en detrimento de una visión más integral del ser humano. Por ello, proponemos eliminar las barreras culturales presentes en la organización de los servicios, en la estructura, en la percepción y las actitudes de los servidores y finalmente, respecto a las necesidades y expectativas de la población usuaria.

El propósito de este documento es fortalecer la oferta y cultura de servicios y servidores de la salud.

Impulsar la transformación de los Servicios de Salud para mejorar el acceso efectivo a la población, que la atención médica sea de calidad y además lograr

---

<sup>19</sup>Dr. Jose Alejandro Almaguer Gonzales, dirección de medicina tradicional y desarrollo intercultural.  
[www.dgplades.salud.gob.mx/.../Politica\\_Intercultural\\_Salud.pdf](http://www.dgplades.salud.gob.mx/.../Politica_Intercultural_Salud.pdf)

servicios y personal de salud culturalmente competente, satisfaciendo las necesidades y expectativas de la población.

Finalmente el personal de la salud de la E.S.E. Hospital el Tambo, considera importante implementar la cultura Institucional para el reporte de Eventos Adversos.



## 11. CONCLUSIONES

- La característica socio-demográfica de los trabajadores de la E.S.E. Hospital el Tambo en cuanto al tiempo de servicio el personal tiene estabilidad laboral, aumentando su experiencia profesional, lo cual favorece tanto a la institución como a los pacientes, ya que adquirir conocimiento disminuye costos, efectos desfavorables en los pacientes, demandas entre otros.
- El conocimiento en cuanto a eventos adversos del personal de salud que labora en la E.S.E. Hospital el Tambo fue regular por la falta de capacitaciones y socialización sobre el tema de los eventos adversos, ya que debe existir un fundamento teórico basado en la evidencia para ponerlos en práctica a través de las habilidades y destrezas que se desarrollan para beneficio de las personas, disminuyendo y/o evitando así la ocurrencia de eventos adversos.
- Se comprobó que el personal de la E.S.E. Hospital el Tambo en su mayoría conocen las causas, como definir y que evento adverso se debe vigilar, lo cual es importante para la implementación de medidas de protección antes de su aparición con el fin de mitigar los efectos causados al paciente, la familia y la comunidad.
- En la E.S.E. Hospital el Tambo se evidenció que el personal asistencial no tiene cultura de reporte de Eventos Adversos, para realizar su debido análisis, plan de acción y seguimiento a las prácticas seguras.

## 12. RECOMENDACIONES

La E.S.E. Hospital el Tambo, debe realizar capacitaciones y evaluaciones periódicas al personal de la salud en cuanto a Seguridad del Paciente y Eventos Adversos.

Algunas estrategias que pueden emplearse para disminuir la aparición de eventos adversos son prevenir la aparición del error, hacer menos y más visibles los riesgos que pueden propiciar la ejecución o la aparición del error y si pese a esto aparece el error mitigar sus efectos.

La mayoría de los esfuerzos para investigar los errores en la medicina se han centrado en la culpa: en concreto, sobre la persona que efectúa el error, este enfoque debe en lo posible cambiar pues propicia comportamientos como el secreto y el pasar inadvertido el evento.

Reconocer los errores es el primer paso para cambiar y organizar sistemas de atención más seguros. La mayor oportunidad para el mejoramiento se encuentra en centrarse en la organización del sistema de salud en vez de las características de los individuos pues la responsabilidad es de todos.

Se deben promover diferentes estrategias y actividades internas para abordar el tema de la seguridad del paciente. Estas incluyen diseño de políticas, implementación de rondas de seguridad, estrategias de reporte y análisis de eventos adversos e intervenciones en riesgos específicos.

Implementa cultura de autorreporte y notificación de Eventos Adversos al personal de la Institución, todo grupo humano, independientemente de que su organización sea formal o informal, tiene valores y creencias colectivas que determinan el comportamiento individual de quienes lo integran y del grupo como tal. Dichos valores y creencias pueden ser implícitas o explícitas, pero siempre producto de la conducta, deliberada o no, de los líderes. En una organización en la que los

líderes demuestran mediante acciones puntuales y concretas que decir la verdad, no ocultar los errores.

“Sergio Luengas, plantea que sin cultura de seguridad difícilmente puede haber procesos seguros, y por ello se refiere al Modelo de gestión de Seguridad del Paciente propuesto para las instituciones de salud. En este, la cultura deseada se describe como un ambiente en que se habla libremente y sin prevención de los errores, se aprende de ellos, nunca se personalizan y se castiga el ocultamiento.”

## BIBLIOGRAFÍA

ALIANZA MUNDIAL PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE. Op. Cit. P

ALONSO P., Luz Marina. Coeditora de la revista Salud Uninorte, MSC, MPH.  
Docente del Departamento de Salud Pública.  
Universidad del Norte. Imalonso@uninorte.edu.co

DÍAZ Yolanda, DÍAZ Cristina, PUERMA CASTILLO Carmen, VIEDMA Lloreda M<sup>a</sup> Nieves, AULET RUIZ Alberto, LÁZARO MERINO Eloisa, FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ Olga María. RevClínMed Fam. La Calidad del Sueño en los Profesionales Sanitarios de dos Áreas de Salud de Castilla-La Mancha. 2008. Vol. 2 (4). P 156-161.

HERRAMIENTAS PARA PROMOVER LA ESTRATEGIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD. Op. Cit. P 31-33

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Observatorio de la calidad. Política de seguridad del paciente.  
[http://201.234.78.38/ocs/public/seg\\_paciente/Default.aspx?pageNum=0](http://201.234.78.38/ocs/public/seg_paciente/Default.aspx?pageNum=0)

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL Paquetes institucionales.  
[ocsav.info/paquetes/CANSANCIO.pps](http://ocsav.info/paquetes/CANSANCIO.pps)

MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL DE ESPAÑA. Estudio IBEAS. Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica. Organización mundial de la salud. 2009. 168 p.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD., Prevención de las infecciones nosocomiales, 2a ed. Malta: ONU; 2003. URL disponible en: <http://www.who.int/csr/resources/publications/drugresist/PISpanish3.pdf>

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Resolución WHA55.18. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2002

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. POR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE. [En línea] [http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/ahora03\\_nov04.htm](http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/ahora03_nov04.htm)

RESOLUCIÓN 008430. MINISTERIO DE SALUD 1993

RUELAS Barajas Enrique, SARABIA GONZALES Odet, TOBAR VERA Walter. Seguridad del paciente hospitalizado. México DF: Editorial médica panamericana, 2007. 122p. ISBN 978-968-9874-26

# **ANEXOS**

## Anexo A. ENCUESTA

### ENCUESTA DE CONOCIMIENTOS GENERALES SOBRE EVENTOS ADVERSOS. E.S.E. HOSPITAL EL TAMBO CAUCA

El objetivo de la presente encuesta es determinar el grado de conocimiento sobre eventos adversos al personal de salud que labora en la E.S.E Hospital del Tambo. Toda esta investigación solo se tendrá encuesta para efectos de este trabajo. Solicitamos leer estas preguntas que tiene única respuesta, señale con una X la que considere verdadera.

#### Caracterización de la población:

1. Edad \_\_\_\_\_ Sexo F\_\_ M \_\_

Ocupación \_\_\_\_\_ Posgrado Si \_\_ No \_\_ Especifique \_\_\_\_\_  
Tipo de Contratación: Contrato Indefinido \_\_\_\_\_ contrato Definido \_\_\_\_ de planta  
\_\_\_\_\_

Cuanto tiempo lleva trabajando en la institución \_\_\_\_\_

#### 2. Conocimientos de eventos adversos:

a) ¿La institución cuenta con un programa de Seguridad del Paciente, para obtener procesos de atención seguros? Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_ No sabe \_\_\_\_

3. ¿Ha recibido capacitaciones en cuanto a reporte de eventos adversos?  
Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

#### 4. ¿Qué es para usted evento adverso?

a) Es el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño.

b) Es el resultado de una atención en salud que de manera intencional produjo daño.

5. ¿Pertenece al comité de seguridad del paciente de la institución? Si  
\_\_\_\_\_ No \_\_\_\_

6. ¿Usted realiza auto-reporte de los incidentes y/o eventos adversos de su área de trabajo? Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

7. ¿Su área de trabajo cuenta con la documentación para el reporte de eventos adversos? Si\_\_ No\_\_\_\_

**8.** ¿Cuáles son las causas que provocan el evento adverso?

- a)  Acciones inseguras
- b)  Factores contributivos
- c)  Condiciones del paciente
- d)  Decisiones y directrices organizacionales
- e)  Sobrecarga de trabajo
- f)  Sobrecarga de pacientes
- g)  Desempeño en soledad en la práctica de sus funciones
- h)  Todas las anteriores
- i)  Ninguna de las anteriores

**9.** Que se debe tener en cuenta para definir que es un evento adverso

- a)  Que sea producido por el personal de salud
- b)  Que sedé dentro de una institución de salud
- c)  Que produzca daño al paciente
- d)  Todas las anteriores
- e)  Ninguna de las anteriores

**10.** Que se debe tener en cuenta para definir que eventos adversos se deben vigilar:

- a)  Magnitud y trascendencia del problema
- b)  Disponibilidad de la información
- c)  Vulnerabilidad y factibilidad de prevención y control
- d)  Participación activa del personal de salud en el análisis de los problemas
- e)  Solo A y B son correctas
- f)  Todas la anteriores son correctas

La cultura de la seguridad del paciente, es el resultado de un conjunto de valores, actitudes, percepciones, competencias, patrones de comportamiento individual y grupal que determinan el compromiso, el estilo y desempeño de una Institución.

**11** ¿Cree usted que es importante implementar una cultura institucional para el Reporte de Eventos Adversos? Si  No

Por su generosa colaboración Muchas Gracias



## Anexo B. VARIABLE

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES					
VARIABLE	DEFINICION VARIABLE	CRITERIOS DE VARIABLE	DEFINICION	MEDICION	OPERACIONALIZACION O PREGUNTAS
Características socio demográficas	Datos de una población, análisis de la población por edades, actividades económicas, situación familiar, etc.	Edad	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo.	Rango	Cuántos años tiene -----
		Sexo	El sexo es un proceso de combinación y mezcla de rasgos genéticos a menudo dando por resultado la especialización de organismos en variedades femenina y masculina.	Nominal	Femenino _____ Masculino _____
		Disciplina	Disciplina es la capacidad de enfocar los propios esfuerzos en conseguir un fin	Nominal	Que profesión tiene usted: Medico _____ Odontólogo _____ Bacteriólogo _____ Enfermero _____ Auxiliar de enfermería _____ Auxiliar extramural _____ Promotores de salud _____ Fisioterapeuta _____ Psicólogo _____ Fonoaudiólogo _____
		Tiempo de trabajo	Periodo que un individuo ha laborado en un determinado trabajo.	Numérica	Cuántos tiempo lleva trabajando en la institución _____

## Anexo C. CARTA DE APROBACIÓN

Popayán, 22 de junio de 2011

Doctor  
**JORGE ERNESTO OCHOA MONTES**  
Director Posgrados en Salud  
Universidad EAN  
Ciudad.

Apreciado Doctor:

Comedidamente me permito informarle que una vez hecho el acompañamiento y revisado el Informe Final de Investigación –IFI-, elaborado por **DIANA CAROLINA IMBAMCUAN MUÑOZ Y MARIA YUBELY ANACONA CRUZ**, estudiantes de la especialización “AUDITORIA Y GARANTIA DE LA CALIDAD DE LA SALUD CON ENFASIS EN EPIDEMIOLOGIA” desarrollado por la Universidad EAN en la ciudad de **Popayán** titulado: “**CONOCIMIENTO DE LOS TRABAJADORES DE LA SALUD SOBRE EVENTOS ADVERSOS COMO PROCESO DE MEJORAMIENTO DE CALIDAD, HOSPITAL DEL TAMBO CAUCA, ABRIL – MAYO 2011**”, cumple con los requisitos técnicos, metodológicos y de rigor Investigativo establecidos en la norma ICONTEC y la “Guía estandarizada de Investigación de la EAN” y por lo tanto dicho Informe es **APROBADO**.

Cordialmente,

**DORA ZAMORA VARGAS**  
Asesor del Informe Final de Investigación  
C.C. 34.526.144