

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ

Colegio de Posgrados

"Proceso de implementación de los protocolos de seguridad del paciente en el Hospital San Luis de Otavalo, durante el año 2018 para mejorar la calidad de atención de la población del distrito de salud 10D02, año 2019"

Alejandra Elizabeth Olmedo Acuña

Sandra Salazar O, MD, MPH.

Director de Trabajo de Titulación

Trabajo de titulación de posgrado presentado como requisito para la obtención del título de Especialista en Gerencia en Salud

Quito, 30 de noviembre de 2018

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ

COLEGIO DE POSGRADOS

HOJA DE APROBACIÓN DE TRABAJO DE TITULACIÓN

"Proceso implementación de los protocolos de seguridad del paciente en el Hospital San Luis de Otavalo, durante el año 2018 para mejorar la calidad de atención de la población del distrito de salud 10D02, año 2019"

Alejandra Elizabeth Olmedo Acuña

Firmas

Sandra Salazar O, MD, MPH.

Director del Trabajo de Titulación

Ramiro Echeverría, MD, DSP.

Director del Programa de Gerencia en Salud.

Jaime Ocampo, MD, MA, Ph.D

Decano de la Escuela de Salud Pública.

Hugo Burgos Ph.D

Decano del Colegio de Posgrados.

Quito, noviembre del 2018

© Derechos de Autor

Por medio del presente documento certifico que he leído todas las Políticas y Manuales de la Universidad San Francisco de Quito USFQ, incluyendo la Política de Propiedad Intelectual USFQ, y estoy de acuerdo con su contenido, por lo que los derechos de propiedad intelectual del presente trabajo quedan sujetos a lo dispuesto en esas Políticas.

Asimismo, autorizo a la USFQ para que realice la digitalización y publicación de este trabajo en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Firma del estudiante:

Nombre:

Alejandra Elizabeth Olmedo Acuña

Código de estudiante:

00203975

C. I.:

1003155981

Lugar, Fecha

Quito, 30 de noviembre del 2018

DEDICATORIA

Mis esfuerzos, mis triunfos y este trabajo están dedicados a mi familia y amigos quienes han sido las personas que han aportado de una u otra forma, para convertirme en el ser humano que soy; siempre contando con su apoyo incondicional, su cariño y motivación constante.

Alejandra Elizabeth Olmedo Acuña.

AGRADECIMIENTOS

“Jamás olvides que tu vida es más grande que tus miedos, que tus fuerzas son mayores que tus dudas, que, aunque tu mente este confundida tu corazón siempre sabrá la respuesta. Con el tiempo lo que hoy es difícil, mañana será un tesoro. Pelea por lo que realmente te llene el alma, y ten la virtud de saber esperar, porque todo lo que tiene que ser será”

Agradezco a Dios por permitirme llegar a este momento y por la maravillosa vida que me ha dado, también la Universidad San Francisco de Quito con su Escuela de Salud Pública, que, con su compromiso con la excelencia, me dio las herramientas necesarias para formarme como gerente en salud.

A mis profesores de la Especialidad de Gerencia en Salud de la USFQ: Jaime, Ramiro, Sebastián, Iván, Pablo, Jorge, Elena, Carmen, Marco, Vladimir, Bernardo, Enrique, Margarita y en especial a Sandra Salazar quien con sus conocimientos y consejos me ayudo a culminar este gran sueño.

A todos mis compañeros y amigos de curso que son extraordinarias personas y grandes profesionales.

A mis compañeros de trabajo y a mis jefes que siempre me apoyaron para asistir puntualmente a clases.

A mis amigos sobre todo a quien me dijo las palabras que cito en el inicio del texto, por su apoyo incondicional desde el inicio de esta gran cruzada y un agradecimiento especial a mi familia que siempre ha permanecido unida apoyándome a pesar de la distancia.

RESUMEN

En el área de la salud la cultura de la seguridad es una manifestación relativamente nueva, definida por Thomson K, (23 de enero 2018) *La psicología está cambiando la cara de la Cultura de Seguridad*, Recuperado de (<https://blog.ferrovial.com/es/2018/01/la-cultura-de-seguridad/>) como: “el producto de valores, actitudes, percepciones, competencias y patrones de comportamiento individuales y de grupo susceptibles de determinar el compromiso hacia el sistema de gestión de la salud y la seguridad de una organización, así como el estilo y desempeño de dicho sistema”. Una cultura de seguridad bien encaminada disminuye en gran dimensión las eventualidades hacia los pacientes y los trabajadores, además presenta cambios positivos en el trabajo operativo.

Parte de la cultura de seguridad son Los Protocolos de Seguridad del Paciente los cuales son una serie de instrucciones y normas a seguir en ciertos procedimientos, definiendo así; “conductas, acciones y técnicas que se consideran adecuadas” ante situaciones específicas en el ámbito médico. Rocco Cristián, Garrido Alejandro (2017). Revista médica clínica Las Condes. *Seguridad del paciente y cultura*.28 (5), 785-795. Recuperado de <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-seguridad-del-paciente-y-cultura-S0716864017301268>

En consecuencia, es imperativo para el hospital garantizar el menor peligro posible a sus usuarios internos y externos a través de la adecuación e implementación de protocolos de seguridad del paciente, sabiendo que al aplicarlos se obtiene “un modelo mental compartido que posiciona la seguridad como un propósito común a perseguir”. Rocco Cristián, Garrido Alejandro (2017). Revista médica clínica Las Condes. *Seguridad del paciente y cultura*.28 (5), 785-795. Recuperado de <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-seguridad-del-paciente-y-cultura-S0716864017301268>

Palabras clave: protocolos de seguridad, eventos adversos, cultura organizacional, seguridad, paciente.

ABSTRACT

In the area of health the culture of security is relatively a new manifestation, defined by Thomson K, (January 23, 2018) Psychology is changing the face of the Safety Culture, Retrieved from (<https://blog.ferrovial.com/en/2018/01/la-cultura-de-seguridad>) as: "the product of values, attitudes, perceptions, competences like individual or in a group behavior patterns that can determine the commitment to the management system of the health and safety of an organization, as well as the style and performance of that system. " A well-directed safety culture greatly diminishes the eventualities towards patients and workers, and also presents positive changes in the operative work.

Part of the safety culture are the Patient Safety Protocols which are a series of instructions and rules to be followed in certain procedures, thus defining; "Behaviors, actions and techniques considered appropriate" in specific situations in the medical field. Rocco Cristian, Garrido Alejandro (2017). Las Condes clinical medical journal. Patient safety and culture.28 (5), 785-795. Recovered from <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-seguridad-del-paciente-y-cultura-S0716864017301268>

Consequently, it is imperative for the hospital to guarantee the least possible danger to its internal and external users through the adaptation and implementation of patient safety protocols, knowing that when applied, "a shared mental model that positions safety as a common purpose to pursue. " Rocco Cristian, Garrido Alejandro (2017). Las Condes clinical medical journal. Patient safety and culture.28 (5), 785-795. Recovered from <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-seguridad-del-paciente-y-cultura-S0716864017301268>

Key words: safety protocols, adverse events, organizational culture, safety, patient

ÍNDICE GENERAL

Resumen	6
Abstract	7
1. Planteamiento del Problema.....	12
1.1 Antecedentes	12
1.1.1 Marco Legal.....	14
1.1.2 Ámbito y beneficiarios del proyecto.	16
1.1.3 Análisis de Involucrados.....	17
1.1.4 Justificación.	17
1.2 Descripción y análisis del problema	19
1.2.1 Descripción general, historia y evolución.....	19
1.2.2 Magnitud del problema.	25
1.2.3 Causas y efectos del problema.	30
1.2.4 Árbol de Objetivos	32
1.2.5 Análisis de Alternativas y soluciones.....	33
1.2.6 Análisis de Factibilidad y Viabilidad.....	34
2. Objetivos del proyecto	36
2.1 Objetivo general	36
2.2 Objetivos específicos	36
3. Matriz del Marco Lógico (MML)	36
4. Estrategias Generales para la Implementación	39

5. Plan de Actividades	40
6. Organización para la gestión del proyecto.....	42
7. Monitoreo y evaluación.....	45
8. Presupuesto y financiamiento.....	47
9. Conclusiones	49
10. Bibliografía.....	50
11. Anexos.....	52

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N° 1.- Tabla comparativa de estudios epidemiológicos del porcentaje de efectos adversos.....	22
Tabla N° 2.- Porcentaje de cumplimiento del protocolo de Identificación de Paciente.....	27
Tabla N° 3.- Porcentaje de cumplimiento de protocolo de Administración Correcta de Medicamentos.....	28
Tabla N° 4.- Porcentaje de cumplimiento de Protocolo de Inserción, mantenimiento y retiro de catéter periférico endovenoso	28
Tabla N° 5. Análisis de alternativas de actividades para objetivo específico N°1.....	33
Tabla N° 6.- Análisis de alternativas de actividades para objetivo específico N°2.....	33

Tabla N° 7.- Análisis de alternativas de actividades para objetivo N° 3.....	34
Tabla N° 8.- Matriz de Marco Lógico	36
Tabla N° 9.- Plan de Actividades. Diagrama de Gantt	40
Tabla N° 10.- Organización del proyecto	43
Tabla N° 11.- Notificación de Eventos Adversos	45
Tabla N° 12.- Incremento de prácticas seguras en el HSLO	45
Tabla N° 13.- Adapatación de protocolos de seguridad del paciente	46
Tabla N° 14.- Incremento de capacitaciones al personal operativo	46
Tabla N° 15.- Monitoreo y evaluación. Responsables	46
Tabla N° 16.- Presupuesto y financiamiento.....	47

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1.- Causas y efectos del problema	31
Gráfico 2.- Árbol de objetivos.....	32
Gráfico 3.- Organización para la gestión del proyecto	42

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

- **1.1 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA.**

Ecuador ha efectuado en los últimos años profundas transformaciones institucionales, con el objetivo de cumplir con el compromiso constitucional, de garantizar la salud con calidad a toda la población del país.

La Constitución de la República del Ecuador en su Capítulo II Sección 7 Art. 32 refiere "Derechos del Buen Vivir indica: "La salud es un derecho que garantiza el estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional".

Mejorar la calidad de vida de la población demanda la universalización de derechos mediante la garantía de servicios de calidad. No se puede hablar de universalización sin tener como eje transversal a la calidad en los servicios de atención en salud.

El Modelo de Atención Integral de Salud Familiar (MAIS), que es el conjunto de estrategias, normas, procedimientos, herramientas y recursos que al complementarse, organiza el Sistema Nacional de Salud para responder a las necesidades de salud de las personas, las familias y la comunidad, menciona en uno de sus objetivos estratégicos la "implementación de un sistema de control de la garantía de la calidad de los servicios que incorpore la percepción de los usuarios" estando entre sus principios la eficiencia, eficacia y calidad.

Todo esto nos habla de la imperiosa necesidad de incorporar en la prestación de servicios un mecanismo funcional de garantía de calidad que nos permita cumplir y hacer cumplir los derechos de los ciudadanos de recibir una atención acorde con sus necesidades, basada en la mejor evidencia científica disponible, sustentada con normas y procedimientos protocolizados y consensuados, con procesos de atención médica provistos por profesionales con conocimientos, habilidades y destrezas que salven vidas, coordinados de manera descentralizada por funcionarios con visión estratégica y de alta administración pero sobre todo con un enfoque social equitativo e inclusivo y con metodologías de Mejoramiento Continuo de la Calidad prácticas, que produzcan resultados tangibles y resulten en un aumento de la confianza del usuario hacia los servicios de la Red Pública Integral de Salud (RPIS).

Desde el 2002 el Ministerio de Salud Pública del Ecuador arrancó con la iniciativa de mejorar la calidad de la atención con la implementación de estándares de calidad de la atención materna para disminuir la muerte materna.

En el 2008 esta propuesta paso a ser un programa y política oficial del país con el lanzamiento del Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Muerte Materna y Neonatal cuyo objetivo específico No. 4: “Organizar las Redes de Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales” (CONE) posee como una característica indispensable la utilización de la evidencia científica para mejorar la calidad y ampliar la cobertura de la atención materna y neonatal.

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador, en el 2011 establece como política nacional la implementación de una estructura orgánica funcional exclusivamente para poner en marcha un Sistema Nacional de Garantía de la Calidad a través de la emisión del Estatuto Orgánico Sustitutivo de Gestión Organizacional por Procesos el mismo que consta la creación de la Subsecretaría Nacional de Garantía de la Calidad y la Dirección Nacional de Calidad de los Servicios de Salud, la misma que es responsable de una gama de acciones inherentes al funcionamiento del Sistema Nacional de Garantía de Calidad.

El 17 de mayo del 2013, el Ministerio de Salud Pública, suscribe el contrato No.

0000067, “Contratación de una empresa que realice la preparación y acreditación de 44 Hospitales del Ministerio de Salud Pública del Ecuador”, en base al modelo canadiense con la ONG Acreditación Canadá Internacional. Lo cual es el preludeo formal para que las instituciones de salud en el país tomen seriamente el brindar una atención con calidad.

- **1.1.1 MARCO LEGAL.**

Artículo 361 de la citada Constitución de la República del Ecuador establece que: “El Estado ejercerá la rectoría del sistema a través de la autoridad sanitaria nacional, será responsable de formular la política nacional de salud, normará, regulará y controlará todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector”.

Art. 4 de la Ley Orgánica de Salud ordena: “La Autoridad Nacional es el Ministerio de Salud Pública, entidad a la que corresponde el ejercicio de las funciones de rectoría en salud: así como la responsabilidad de la aplicación, control y vigilancia del cumplimiento de esta ley; y, las normas que dicte para su plena vigencia serán obligatorias”.

Objetivo 3 del Plan Nacional de Desarrollo “Plan Nacional para el Buen Vivir 2013-2017”, establece: “Mejorar la calidad de vida de la población es un reto amplio que demanda la consolidación de los logros alcanzados en los últimos seis años y medio, mediante el fortalecimiento de políticas intersectoriales y la consolidación del Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social”.

Conforme el artículo 17 del Estatuto Orgánico Sustitutivo de Gestión Organizacional por Procesos del Ministerio de Salud Pública, la Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud tiene como misión: “Garantizar la calidad y mejora continua de los servicios de salud que presta el Ministerio de Salud Pública, mediante la definición de estándares de calidad, infraestructura y equipamiento sanitario, para contribuir a mejorar la salud de la población; en concordancia con las políticas sectoriales, normativa vigente y modelos de atención aprobados”.

Conforme el artículo 17 del Estatuto Orgánico Sustitutivo de Gestión Organizacional por Procesos del Ministerio de Salud Pública, la Dirección Nacional de Calidad de los Servicios de Salud tiene como misión: “Garantizar la calidad, eficiencia y efectividad en la prestación de los servicios de salud que brinda el Ministerio de Salud Pública, en el marco de los derechos de las personas, con el propósito de lograr la excelencia en los servicios; conforme a las políticas sectoriales, modelos de calidad, normativas y lineamientos estratégicos establecidos”.

Conforme al Capítulo III, literal 3.4 de los Procesos habilitantes de Asesoría, del Estatuto Orgánico de Gestión Organizacional por Procesos de los Hospitales del Ministerio de Salud Pública, la Unidad de Calidad tiene como misión: “Velar por la implementación y el cumplimiento del sistema integral de gestión de calidad y de los procedimientos e indicadores de calidad de cada uno de los servicios provistos por el hospital para satisfacer las necesidades de la demanda y la interacción con otros sistemas en su contexto”.

Conforme el Capítulo II de los Derechos del paciente, en su Art.2.- Derecho a una atención digna. “Todo paciente tiene derecho a ser atendido oportunamente en el servicio de salud de acuerdo a la dignidad que merece todo ser humano y tratado con respeto, esmero y cortesía”.

Art. 3.- Derecho a no ser discriminado. - “Todo paciente tiene derecho a no ser discriminado por razones de sexo, raza, edad, religión o condición social y económica”.

Art. 4.- Derecho a la confidencialidad. - “Todo paciente tiene derecho a que la consulta, examen, diagnóstico, discusión, tratamiento y cualquier tipo de información relacionada con el procedimiento médico a aplicarse, tenga el carácter de confidencial”.

Art. 5.-Derecho a la información- “Se reconoce el derecho de todo paciente a que, antes y en las diversas etapas de atención al paciente, reciba del servicio de salud a

través de sus miembros responsables, la información concerniente al diagnóstico de su estado de salud, al pronóstico, al tratamiento, a los riesgos a los que médicamente está expuesto, a la duración probable de incapacidad y a las alternativas para el cuidado y tratamientos existentes, en términos que el paciente pueda razonablemente entender y estar habilitado para tomar una decisión sobre el procedimiento a seguirse. Exceptuando las situaciones de emergencia”. El paciente tiene derecho a que el servicio de salud le informe quién es el médico responsable de su tratamiento”.

Art. 6.-Derecho a decidir. - “Todo paciente tiene derecho a elegir si acepta o declina el tratamiento médico. En ambas circunstancias el servicio de salud deberá informarle sobre las consecuencias de su decisión”.

- **1.1.2 ÁMBITO Y BENEFICIARIOS DEL PROYECTO.**

Este proyecto se aplicará en todos los Servicios del Hospital San Luis de Otavalo (HSLO), como son: emergencia, consulta externa, hospitalización, apoyo diagnóstico y el área administrativa inmersa en procesos de calidad.

Está dirigido a médicos coordinadores, enfermeras líderes y responsables de cada componente. Abarca una población de más de treinta mil pacientes anuales atendidos en los diferentes servicios del hospital tomando como referencia las cifras registradas en el Departamento de Estadística del Hospital San Luis de Otavalo durante el año 2017, siendo clasificados de la siguiente manera:

- ✓ Consulta Externa: 30330
- ✓ Intervenciones Quirúrgicas: 1702
- ✓ Partos y cesáreas: 1613
- ✓ Hospitalización: 4680
- ✓ Emergencia: 20662

- **1.1.3 ANALISIS DE INVOLUCRADOS.**

Según los datos presentados por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (Censo de Población y Vivienda 2010) el Cantón Otavalo tiene 10 parroquias y representa el 10.9% del territorio de la provincia de Imbabura. Cuenta con 46.820 habitantes siendo el 26.3% de la población respecto a la provincia. El porcentaje de personas pobres por necesidades básicas insatisfechas por reporte del Censo de Población y Vivienda del 2010 es de 67.4%.

Los involucrados en el proyecto serán todos los pacientes que acudan al Hospital San Luis de Otavalo, cabe mencionar que el hospital recibe también la afluencia de gente de otros cantones como Cotacachi, Atuntaqui, e incluso de otras provincias como Pichincha siendo el único hospital básico del cantón Otavalo.

De igual manera, los profesionales de salud que laboran en el hospital se verán involucrados y serán beneficiados pues tendrán la oportunidad de aprender y permanecer actualizados en temas de salud y calidad lo que garantizará menos efectos adversos en la atención de salud, mayor seguridad en las acciones de personal y por ende menos riesgo de demandas por mala atención.

Se designará como responsables de este proceso a:

- ✓ Dirección del Hospital
- ✓ Médicos coordinadores
- ✓ Líderes de enfermería
- ✓ Apoyo técnico: Unidad de Calidad.

- **1.1.4 JUSTIFICACIÓN.**

La seguridad del paciente es un reto para los gobiernos y sus sistemas de salud, y debe ser planteada abarcando todas sus esferas tal como la gestión en salud, así como en la calidad de atención.

En octubre del 2004 la Organización Mundial de la Salud (OMS) realizó el lanzamiento de la Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente en respuesta a la

resolución de la Asamblea Mundial de la Salud del 2002.

A la iniciativa de la OMS se sumó en el 2005 la Comisión Europea y Consejo de Europa. En España, el Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la hospitalización, evidenció la “incidencia de eventos adversos relacionados con la asistencia hospitalaria en un 8,4% similares a los encontrados en otros estudios realizados en países americanos y europeos con similar metodología” Ministerio de Salud Pública. *Seguridad del Paciente - Usuario*. Manual. Primera edición; 2016. Dirección Nacional de Normatización, Dirección Nacional de Calidad de los Servicios de Salud - MSP. Quito 2016. Recuperado de: <http://salud.gob.ec>

En Latinoamérica, el estudio Iberoamericano de Eventos Adversos (IBEAS) realizado en el año 2007 con 11379 pacientes en los países de Argentina, Colombia, Costa Rica, México y Perú, demostró que 10 de cada 100 pacientes ingresados en un día en los hospitales estudiados habían sufrido daño producido por los cuidados intrahospitalarios, este riesgo se duplica si el paciente permanece hospitalizado, por tanto 20 de cada 100 pacientes ingresados presentaron al menos un tipo de evento a lo largo de su estancia en el hospital.

En respuesta a esta observación, el Ministerio de Salud Pública del Ecuador abordó este impasse desde la perspectiva de la calidad de los servicios de salud, para lo cual en el año 2013 optó por el proyecto de Acreditación Hospitalaria en base al Modelo Canadiense, enseñanza provechosa que indujo la mejora de las herramientas para gestión de riesgos, además de fomentar un análisis minucioso de la prestación de servicios. El cual también motiva la potencialización del proceso de aprendizaje, fortaleciendo las capacidades de todo el personal para mejorar la calidad de los servicios sanitarios; produciendo así un incremento de la credibilidad y responsabilidad institucional, mediante el afianzamiento del compromiso de brindar atención efectiva permanentemente.

En este contexto los Protocolos de Seguridad del Paciente permiten ofrecer una asistencia para el seguimiento y evaluación dentro de algunas prácticas reconocidas universalmente como seguras y que son producto de buenos programas

institucionales de seguridad implementados en los últimos años. Entre ellas podemos mencionar el uso de listas de chequeo pre quirúrgico y pre anestésico para prevenir eventos no deseados operatorios y post operatorios, la higiene de manos, el no usar abreviaturas peligrosas en la historia clínica, las acciones para reducir las úlceras por presión, el uso de precauciones de barreras para prevenir las infecciones asociadas al cuidado de la salud y las intervenciones para mejorar la profilaxis contra el trombo – embolismo venoso. Sin embargo, la evidencia clínica reciente indica que pese a todos los esfuerzos realizados el daño prevenible que ocurre en los hospitales aún es alto, por este motivo se justifica la implementación de los protocolos de Seguridad del Paciente, adaptados a la realidad del Hospital San Luis de Otavalo, situación que ayudará a la disminución de probabilidad de error en esta casa de salud.

1.2 DESCRIPCION Y ANALISIS DEL PROBLEMA.

➤ Descripción General

A continuación se presenta una descripción general de los términos importantes para la realización de este proyecto, tomado de los lineamientos para la implementación de la política de Seguridad del Paciente en la República de Colombia 2018. *Guía Técnica Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente en la Atención en Salud Seguridad del paciente y la atención segura 2.0*. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia-buenas-practicas-seguridad-paciente.pdf>.

- 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.
- Atención en Salud: servicios recibidos por los individuos o las poblaciones para promover, mantener, monitorizar o restaurar la salud.

- Indicio de atención insegura: un acontecimiento o una circunstancia que pueden alertar acerca del incremento del riesgo de ocurrencia de un incidente o evento adverso.
- Falla de la atención en salud: una deficiencia para realizar una acción prevista según lo programado o la utilización de un plan incorrecto, lo cual se puede manifestar mediante la ejecución de procesos incorrectos (falla de acción) o mediante la no ejecución de procesos correctos (falla de omisión) en las fases de planeación o de ejecución. Las fallas son por definición, no intencionales.
- Fallas activas o acciones inseguras: son acciones u omisiones que tiene el potencial de generar daño o evento adverso. Es una conducta que ocurre durante el proceso de atención en salud por miembros del equipo misional de salud.
- Fallas Latentes: son acciones u omisiones que se dan durante el proceso de atención en salud por miembros de los procesos de apoyo (personal administrativo)
- Evento adverso: es el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño. Los eventos adversos pueden ser prevenibles y no prevenibles.
- Evento adverso prevenible: resultado no deseado, no intencional, que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado.
- Evento adverso no prevenible: resultado no deseado, no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial.
- Factores contributivos: son las condiciones que predisponen una acción insegura (falla activa).

Los factores contributivos considerados en el Protocolo de Londres son:

- Paciente: un paciente que contribuyó al error. Ejemplo: paciente angustiado, complejidad, inconsciente.
- Tarea y tecnología: toda la documentación ausente, poco clara, no socializada, que contribuye al error. La tecnología o insumos ausentes, deteriorados, sin mantenimiento, sin capacitación al personal que la usa,

contribuyen al error. Ejemplo: ausencia de procedimientos documentados sobre actividades a realizar, tecnología con fallas.

- Individuo: el equipo de salud (enfermeras, médicos, regente de farmacia, fisioterapeuta, bacteriólogos, auxiliares de laboratorio, auxiliar de enfermería, odontólogos, etc.) que contribuyen a la generación del error. Ejemplo: ausencia o deficiencia de habilidades y competencias, estado de salud (estrés, enfermedad), no adherencia y aplicación de los procedimientos y protocolos, no cumple con sus funciones como diligenciamiento adecuado de historia clínica.
- Equipo de trabajo: todas las conductas de equipo de salud (enfermeras, médicos, regente de farmacia, fisioterapeuta, bacteriólogos, auxiliares de laboratorio, auxiliar de enfermería, odontólogos, etc.) que contribuyen al error. Ejemplo: comunicación ausente o deficiente entre el equipo de trabajo (por ejemplo, en entrega de turno), falta de supervisión, disponibilidad de soporte (esto se refiere a interconsulta, entre otros).
- Ambiente: referente al ambiente físico que contribuye al error. Ejemplo: deficiente iluminación, hacinamiento, clima laboral (físico), deficiencias en infraestructura.
- Organización y gerencia: referente a las decisiones de la gerencia que contribuyen al error. Ejemplo: políticas, recursos, carga de trabajo.
- Contexto institucional: referente a las situaciones externas a la institución que contribuyen a la generación del error. Ejemplo: demora o ausencia de autorizaciones, leyes o normatividad etc.
- Incidente: es un evento o circunstancia que sucede en la atención clínica de un paciente que no le genera daño, pero que en su ocurrencia se incorporan fallas en los procesos de atención.

Una vez definidos estos términos podemos decir que el riesgo de tener un daño como consecuencia a una atención de salud es muy alto debido a la falta de sistematización apoyada en la informática, por la poca inversión en tecnología en el sector, falla en equipos, y la misma condición humana limitada a las habilidades del individuo, la interacción personal, procesos patológicos, el cansancio, las extensas jornadas laborales, la falta de personal operativo ante la gran demanda de pacientes

y el continuo cambio de personal ocasionando así que la perfección en una atención de salud sea prácticamente una utopía, propiciando con esto el apareamiento del error.

Según una comparativa de estudios epidemiológicos del porcentaje de eventos adversos ocurridos presentado por Aranaz JM, Aibar C, Gea MT, Leon MT. Los efectos adversos en la asistencia hospitalaria. Una revisión crítica. Med Clin (Barc), 2004; 123 (1): 21-5 Recuperado de http://www.mscbs.gob.es/en/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/1_Jesus_Aranaz_ppt.pdf. Se puede observar:

Tabla 1.- Descripción y análisis del problema. Tabla comparativa de estudios epidemiológicos del porcentaje de eventos adversos.

ESTUDIO	AUTOR Y AÑO DE REALIZACION	Nº HOSPITALES IMPLICADOS	PACIENTES	% EVENTOS ADVERSOS
EE.UU (Estudio de Nueva York) (Estudio de la Práctica Médica de Harvard)	Brennan 1984	51	30195	3.8
EE.UU(Estudio de UTAH-COLORADO) (UTCOS)	Thomas 1992	28	14565	2.9
Australia (Estudio Calidad Atención Sanitaria) (QAHCS)	Wilson 1992	28	14179	16.6
Reino Unido	Vicent 1999	2	1014	11.7

Dinamarca	Schioler 2002	17	1097	9
Nueva Zelanda	Davis 1998	13	6579	11.3
Canadá	Baker 2002	20	3720	7.5
Francia	Michel 2005	71	8754	5.1

El reporte “Errar es humano” el cual fue realizado a principios del año 2000 por el Instituto de Medicina de Estados Unidos en el cual se concluyó que aproximadamente entre 44000 a 98000 personas mueren al año como resultado de errores que suceden mientras se encuentran hospitalizados, estas cifras situaron a la mortalidad por errores sobre accidentes de tránsito, cáncer de mama o SIDA.

En el 2004 la encuesta realizada por la Agencia para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud, evidenció que el 55% de los encuestados se sentían insatisfechos con la calidad de atención en salud en su país (11% más que la encuesta realizada 4 años atrás) y, de hecho, 40% creían que la calidad de atención había empeorado.

Cinco años más tarde (diez años después de la publicación) en un nuevo reporte de la misma agencia menciona que la percepción en el 2009 es igual, de hecho refiere que uno de cada siete pacientes hospitalizados del Medicare en Estados Unidos experimenta uno o más Eventos Adversos y que miles de pacientes desarrollan cada año infecciones asociadas al cuidado de la salud.

Esta investigación es considerada la pionera del movimiento mundial por la seguridad del paciente, ya que este problema está siendo afrontado en la actualidad por las autoridades sanitarias muchos países incluidos Ecuador.

Los eventos adversos ocasionados por atenciones asistenciales son alarmantes, situación comprobada por el Dr. Treviño Montes y colaboradores en su trabajo titulado Acontecimientos adversos por medicamentos en pacientes médicos hospitalizados ya que señala que los errores de medicación son más frecuentes de lo que pudiera suponerse. Presentándose en 70% de los pacientes de una cohorte de 266 adultos hospitalizados, observando los autores que 9% requirieron de una intervención correctiva y prolongaron la hospitalización en 8% de ellos y aún más

trascendente fue la información que estos se asociaron con la defunción en 3% de los casos, señalando los autores además que en 99% de los errores, estos pudieron ser evitables.

Como se menciona en Villarreal J, Gómez D, Bosques F. (2011). Medicina Universitaria. *Errar es humano* 51 (13), 69 – 71. Recuperado de <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-universitaria-304-articulo-errar-es-humano-X1665579611240505>

La condición humana está ligada al error en cualquier actividad y el ejercicio práctico de la medicina no es la excepción. De igual manera, la respuesta primaria del ser humano cuando sucede un error, es a buscar al culpable y castigarlo. Sin embargo, tal acción no asegura que el mismo error no se vaya a repetir, incluso en un futuro cercano en la misma institución. Encontrar culpables, lejos de beneficiar a una organización, le perjudica. La culpa supone un castigo y el mismo genera miedo en las personas. Este sentimiento produce la necesidad de ocultar sus errores para no verse perjudicados en lo personal y en lo laboral. Con este comportamiento, se pierde la posibilidad de encontrar el error, analizarlo y aprender de él para evitar su repetición.

Es por este motivo que resulta primordial ver al error como una oportunidad de buscar los desencadenantes y actuar en ellos, mas no buscar la oportunidad de castigar a un culpable, de tal forma nuestro país en su constitución y en varias políticas públicas busca priorizar a la calidad en la atención reafirmando así que la salud más que una prestación publica es un derecho dentro del país, cuya disposición es ofertar instituciones que cuenten con técnicas para una correcta operatividad de prácticas seguras además solicita la implementación de dichos lineamientos en diversos procesos asistenciales.

Tal como se menciona en el artículo 4 de la Ley Orgánica de Salud en el literal a) del artículo 7, dispone que toda persona, sin discriminación por motivo alguno, tiene en relación a la salud, acceso universal, equitativo, permanente, oportuno y de calidad a todas las acciones y servicios de salud.

Ley Orgánica de Salud, en su artículo 10 dispone que quienes forman parte del Sistema Nacional de Salud aplicarán las políticas, programas y normas de atención integral y de calidad, que incluyen acciones de promoción, prevención,

recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos de la salud individual y colectiva, con sujeción a los principios y enfoques establecidos

Por tanto el Ministerio de Salud Pública como ente rector ha abordado la problemática desde la perspectiva de la calidad de los servicios de salud, convirtiendo a la seguridad del paciente como un eje transversal de la excelencia en la atención sanitaria, y transformando la cultura punitiva por una cultura proactiva; y, En ejercicio de la atribución conferida por el artículo 154, numeral 1, de la Constitución de la República, Acuerda en el registro oficial 760 : Art. 1.- Aprobar el “Manual Seguridad del Paciente - Usuario”. Art. 2.- Disponer que el “Manual Seguridad del Paciente - Usuario”, se aplique con el carácter obligatorio para el Sistema Nacional de Salud.

En base a lo antes mencionado se puede decir que debido a la complejidad de las atenciones en salud resulta casi imposible prevenir el error en la totalidad de las asistencias médicas, siendo los eventos adversos un indicador esencial de la calidad de atención brindada, permitiéndonos así investigar los desencadenantes y una vez identificados nos permita desarrollar medidas para evitar la reincidencia de los mismos. Teniendo siempre como objetivo proponer acciones para evitar reincidir en eventos adversos, tratando así de garantizar la seguridad del paciente.

➤ **Magnitud del problema.**

En el Hospital San Luis de Otavalo durante el mes de mayo del presente año se estableció una línea base sobre el cumplimiento de una serie de requisitos previamente establecidos para una revisión cualitativa de las Historias Clínicas tales como el uso de Abreviaturas Peligrosas, orden lógico, normatización documental y legibilidad, para establecer si las historias clínicas realizadas por el equipo de profesionales que usualmente las maneja son completas. Se tomó una muestra aleatoria de 49 historias clínicas de hospitalización, consulta externa y emergencia, las cuales fueron evaluadas por parte del departamento de auditoría médica del Hospital San Luis de Otavalo con plantillas adaptadas a la realidad de esta casa de salud en base al modelo presentado por J. Renau, I Pérez – Salinas, et. al.

Evaluación de la Calidad de las Historias Clínicas. Papeles Médicos 2001; 10 (1): 32 – 40.

Se evaluaron 31 aspectos de la historia clínica habitual de un hospital básico, la cual no se encuentra en formato digital; sobre una puntuación máxima de 3 puntos cada ítem, obteniendo así un resultado de 42%, lo que nos indica que la calidad de las mismas esta con un nivel muy por debajo de lo aceptable, debido a que este porcentaje refleja la información sobre la atención que se brinda al paciente, su evolución, tratamiento y en fin la gestión de seguridad por la cual el paciente atravesó en la casa de salud..

Es por este motivo que además se realizó un monitoreo de protocolos de seguridad del paciente en agosto del presente año, el cual tuvo como objetivo determinar la línea base de la aplicación y el cumplimiento de los protocolos de seguridad del paciente correspondientes a la atención de enfermería.

Metodología: La Coordinación de Enfermería realizó la monitorización dos veces en el mes de agosto, debido a que no se cuenta personal de enfermería que realice turnos diarios como líderes de servicios, sino líderes que trabajan solo en turnos rotativos. Para la muestra se tomó al azar una historia clínica de cada servicio y se comprobó datos reportados in situ aplicando los formularios de monitorización de los protocolos, los cuales se detallan a continuación.

Protocolo de Identificación de Paciente.

- El brazalete de identificación contiene los datos verificadores establecidos según protocolo.
- El brazalete de identificación está en buenas condiciones, limpio e integro.
- Se registró la instalación del brazalete o cambio de este en la historia clínica.
- Se registró la instalación del brazalete o cambio de este en la historia clínica.
- El personal de salud realiza la verificación cruzada de los datos de identificación del paciente frente al ingreso, traslado y/o procedimientos.

Protocolo de Administración Correcta de medicamentos.

- Realiza desinfección y limpieza del área de preparación de medicamentos (solución jabonosa una vez al día y con alcohol al 70% al cambio de turno y por razones necesarias)
- Reúne el equipo y material necesario
- Colocación de mascarilla
- Prepara el medicamento con el procedimiento correcto.
- Se identifica al presentarse frente al paciente.

Protocolo Inserción, mantenimiento y retiro de catéter periférico.

- Reúne el equipo y material necesario y lo transporta en el coche o kit de canalización
- Comprueba la identificación del paciente a través del brazalete de identificación
- Se identifica al presentarse frente al paciente.
- Fijar el catéter periférico con el apósito adhesivo transparente estéril utilizando la técnica de una sola mano y la del dedo pulgar, de tal manera que permita la visualización directa del sitio de inserción.
- Los dispositivos intravenosos equipos de venoclisis, microgoteros, equipos de bombas de infusión y catéteres periféricos se encuentran limpios.

Para realizar un cálculo cuantitativo se asignó un valor numérico obteniendo los siguientes datos:

Porcentaje de cumplimiento del protocolo de Identificación de Paciente.

Tabla 2.- Porcentaje de cumplimiento del protocolo de Identificación de Paciente.

N°	Servicio	Porcentaje de cumplimiento
1	Centro Obstétrico	66,60%
2	Centro Quirúrgico	94,40%

3	Cirugía	88,80%
4	Emergencia	83,30%
5	Ginecología	66,60%
6	Medicina Interna	88,90%
7	Pediatría/Neonatología	49,90%
Total		76,90%

Fuente: Coordinación de Enfermería

Porcentaje de cumplimiento de protocolo de Administración Correcta de Medicamentos.

Tabla 3.- Porcentaje de cumplimiento de protocolo de Administración Correcta de Medicamentos.

N°	Servicio	Porcentaje de cumplimiento
1	Centro Obstétrico	85,00%
2	Centro Quirúrgico	80,00%
3	Cirugía	90,00%
4	Emergencia	80,00%
5	Ginecología	75,00%
6	Medicina Interna	65,00%
7	Pediatría/ Neonatología	85,00%
Total		80,00%

Fuente: Coordinación de Enfermería

Porcentaje de cumplimiento de Protocolo de Inserción, mantenimiento y retiro de catéter periférico endovenoso.

Tabla 4.- Porcentaje de cumplimiento de Protocolo de Inserción, mantenimiento y retiro de catéter periférico endovenoso.

N°	Servicio	Porcentaje de cumplimiento
1	Centro Obstétrico	80,00%

2	Centro Quirúrgico	85,00%
3	Cirugía	80,00%
4	Emergencia	85,00%
5	Ginecología	85,00%
6	Medicina Interna	80,00%
7	Pediatría/ Neonatología	85,00%
Total		82,80%

Fuente: Coordinación de Enfermería

Al revisar las cifras obtenidas podemos darnos cuenta que el porcentaje de cumplimiento del protocolo de Identificación de Paciente es de 76.90%, al ubicar a los servicios con los porcentajes más bajos de cumplimiento observamos a Pediatría/ Neonatología con 49.90%, Ginecología 66.60% y Centro Obstétrico con 66.60% lo cual es preocupante pues son servicios críticos dedicados en su mayoría a la atención de madres y niños, población que se encuentra protegida por las políticas nacionales e internacionales.

Al inspeccionar el desempeño en base al protocolo de Administración Correcta de Medicamentos se observa un cumplimiento de 80%, pero llama la atención el bajo cumplimiento en el servicio de Medicina Interna con 65% y en Ginecología con 75% siendo cifras preocupantes pues son servicios donde la medicación prescrita debe ser administrada de forma impecable.

Y finalmente se puede ver que el porcentaje de cumplimiento de Protocolo de Inserción, mantenimiento y retiro de catéter periférico endovenoso es de 82.80% lo cual es una cifra aceptable para el hospital, ya que ningún presenta cifras por debajo de 80% de aplicación del protocolo.

Cabe recalcar que en este análisis comparativo solo se señalan los protocolos de Abreviaturas peligrosas, Protocolo de Inserción, mantenimiento y retiro de catéter periférico endovenoso, protocolo de Administración Correcta de Medicamentos y el protocolo de Identificación de Paciente, debido a que el personal solo tenía conocimiento de la existencia de esos protocolos de seguridad del paciente, pero aun así no contaban con los mismos en los respectivos servicios.

Por tal motivo en búsqueda de disminuir los efectos adversos en esta casa de salud, se consideró imperativa la adaptación de los protocolos de seguridad del paciente a la realidad del Hospital San Luis de Otavalo, así como su implementación, a continuación, se presenta una lista con los protocolos considerados a implementarse en el Hospital San Luis de Otavalo

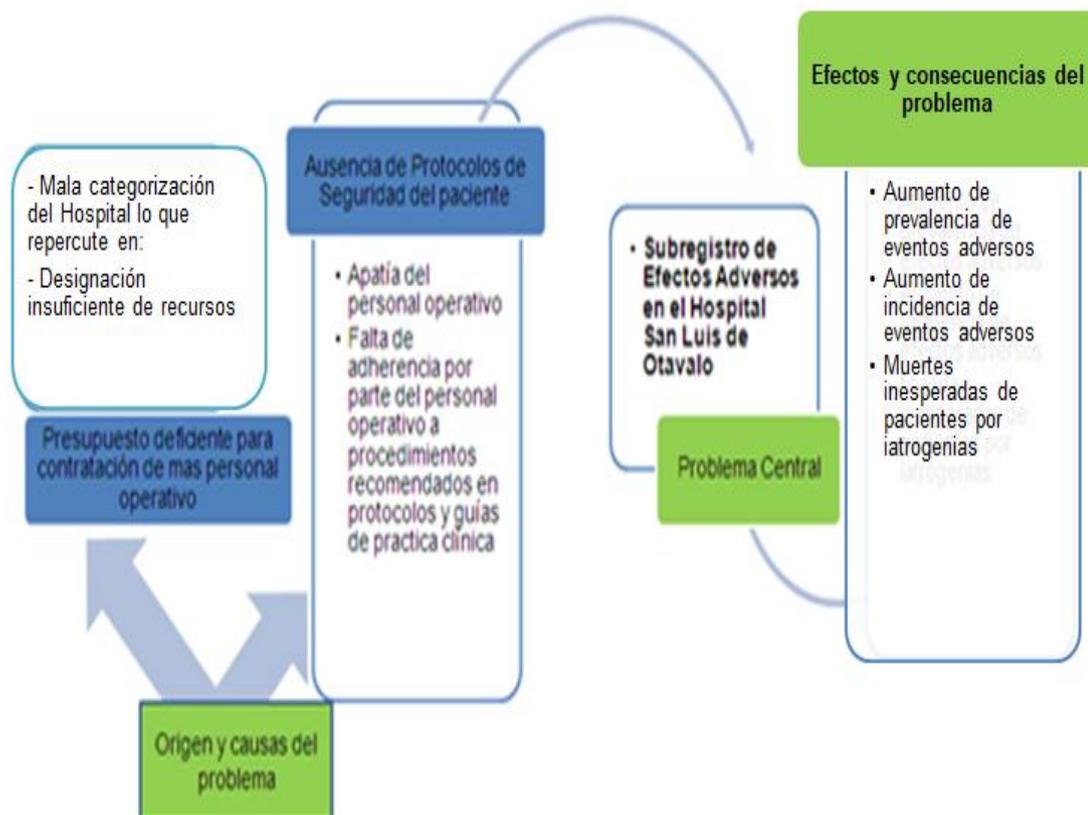
1. Identificación correcta del paciente
2. Programa de mantenimiento preventivo de equipos biomédicos
3. Control de abreviaturas peligrosas
4. Manejo adecuado de medicamentos de alto riesgo
5. Control de electrolitos concentrados
6. Conciliación de medicamentos
7. Administración correcta de medicamentos
8. Administración de antibióticos profilácticos en procedimientos quirúrgicos
9. Profilaxis de trombo embolismo venoso
10. Prevención de úlceras por presión
11. Notificación de eventos relacionados con la seguridad del paciente
12. Prácticas quirúrgicas seguras
13. Transferencia correcta de información de los pacientes en puntos de transición
14. Manejo correcto de las bombas de infusión
15. Higiene de manos
16. Prevención de caídas
17. Educación en seguridad del paciente

➤ **Causas y Efectos del Problema.**

El éxito de la cultura de reporte de eventos adversos radica en que de cada 300 incidentes ocurridos, 30 se convierten en eventos adversos leves o moderados y 1 puede convertirse en un evento adverso grave. La OMS considera que dentro del concepto de calidad en servicios de salud, deben estar presentes los siguientes atributos: alto nivel de excelencia profesional, uso eficiente de los recursos, mínimo riesgo para el paciente y alto grado de satisfacción por parte del paciente, lo que repercute en un impacto final de la salud; tomado de Lineamientos para la

implementación de la política de Seguridad del Paciente en la República de Colombia. Guía Técnica: Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia-buenas-practicas-seguridad-paciente.pdf>

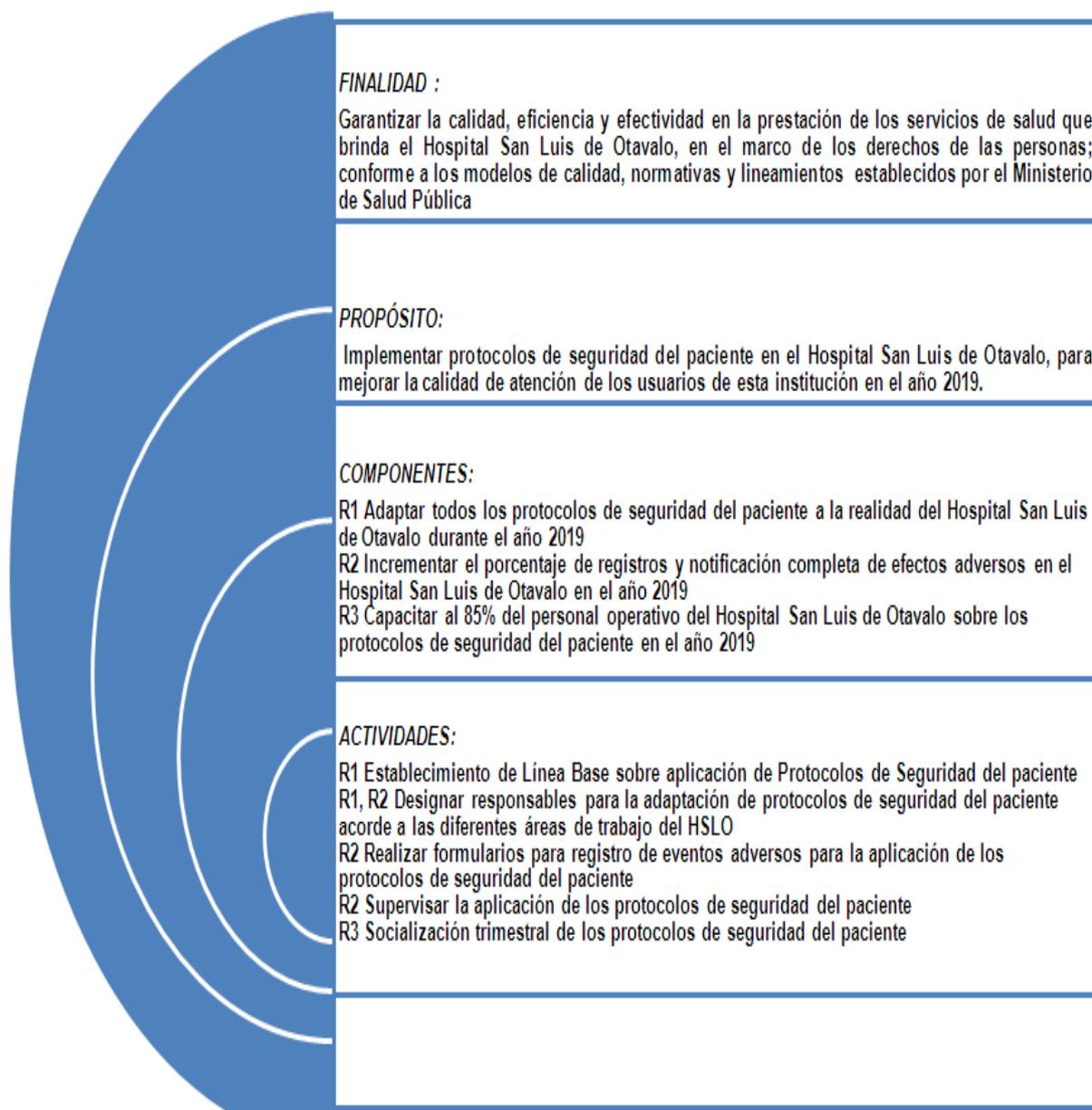
Gráfico 1.- Causas y efectos del problema.



Fuente: Elaborado por el autor

➤ **Árbol de Objetivos.**

Gráfico 2.- Árbol de objetivos.



Fuente: Elaborado por el autor

1.3 ANALISIS DE ALTERNATIVAS DE SOLUCION.

En las tablas que se presentan a continuación se observa cómo las distintas opciones se sitúan en el eje vertical, mientras que los criterios están identificados en el eje horizontal, el límite de la ponderación está marcado en cada criterio. Dependiendo del total, podremos saber cuál de las distintas acciones es la más atinada porque tiene un mayor acatamiento de los criterios

Tabla 5.- Análisis de alternativas de actividades para objetivo específico N°1.

Componentes	Alternativa de Actividades	Cuenta con apoyo de los actores relevantes	Viabilidad Financiera	Efecto a corto plazo	Costo/beneficio	Sostenibilidad	Efecto a largo plazo	Viabilidad técnica	Total
		Hasta 20	Hasta 20	Hata 15	Hasta 15	Hasta 10	Hasta 10	Hasta 10	Hasta 100
R1 Adaptar todos los protocolos de seguridad del paciente a la realidad del Hospital San Luis de Otavalo durante el año 2019	R1 Establecimiento de Línea Base sobre aplicación de Protocolos de Seguridad del paciente	20	18	14	15	9	9	10	95
	R1 Designar responsables para la adaptación de protocolos de seguridad del paciente acorde a las diferentes áreas de trabajo del HSLO	18	18	15	15	9	10	10	95

Tabla 6.- Análisis de alternativas de actividades para objetivo específico N°2.

Componentes	Alternativa de Actividades	Cuenta con apoyo de los actores relevantes	Viabilidad Financiera	Efecto a corto plazo	Costo/beneficio	Sostenibilidad	Efecto a largo plazo	Viabilidad técnica	Total
		Hasta 20	Hasta 20	Hata 15	Hasta 15	Hasta 10	Hasta 10	Hasta 10	Hasta 100
R2 Incrementar el porcentaje de registros y notificación completa de efectos adversos en el Hospital San Luis de Otavalo en el año 2019	R2 Supervisar la aplicación de los protocolos de seguridad del paciente	19	20	15	15	10	10	10	99
	R2 Creación formularios para registro de eventos adversos y de descargo de implementos en la aplicación de los protocolos de seguridad del paciente	18	17	15	15	8	10	10	93

Tabla 7.- Análisis de alternativas de actividades para objetivo N° 3.

Componentes	Alternativa de Actividades	Cuenta con apoyo de los actores relevantes	Viabilidad Financiera	Efecto a corto plazo	Costo/beneficio	Sostenibilidad	Efecto a largo plazo	Viabilidad técnica	Total
		Hasta 20	Hasta 20	Hata 15	Hasta 15	Hasta 10	Hasta 10	Hasta 10	Hasta 100
R3 Capacitar al 85% del personal operativo del Hospital San Luis de Otavalo sobre los protocolos de seguridad del paciente en el año 2019	R3 Socialización trimestral de los protocolos de seguridad del paciente	18	19	14	15	10	8	10	94
	R3 Realización de pasantías del personal operativo a un hospital de mayor complejidad donde yase encuentren implementados los protocolos de seguridad del paciente	11	10	12	9	5	6	5	58

Tablas 5,6 y 7 Fuente: elaborado por el autor en base a las matrices de priorización existentes en Blog de Gestión de Proyectos SINNAPS (2018) *Matriz de Priorización de Problemas*. Recuperado de <https://www.sinnaps.com/blog-gestion-proyectos/matriz-de-priorizacion>

➤ Análisis de Factibilidad y Viabilidad.

Los parámetros que se tomaron en cuenta para realizar la matriz de priorización de actividades respecto a los objetivos específicos son:

- Cuenta con apoyo de los actores relevantes
- Viabilidad Financiera
- Efecto a corto plazo
- Costo / beneficio
- Sostenibilidad
- Efecto a largo plazo
- Viabilidad técnica

Asignando puntajes a cada variable lo cual al final de la suma permitió dar un porcentaje de factibilidad para la aplicación de la actividad teniendo así que:

Para el primer objetivo específico que es: Adaptar todos los protocolos de seguridad del paciente a la realidad del Hospital San Luis de Otavalo durante el año 2019

Se tuvieron en cuenta dos actividades:

- R1 Establecimiento de Línea Base sobre aplicación de Protocolos de Seguridad del paciente con 95% de factibilidad
- R1 Designar responsables para la adaptación de los protocolos de seguridad del paciente con 95% de factibilidad

Por tanto, se puede concluir que las dos actividades son altamente ejecutables.

Respecto al segundo objetivo específico: Aumentar el porcentaje de registros y notificación completa de eventos adversos en el Hospital San Luis de Otavalo en el año 2019

Las actividades consideradas para cumplir con el objetivo antes mencionado son:

- R2 Supervisar la aplicación de protocolos de seguridad del paciente acorde a las diferentes áreas de trabajo con un 99% de factibilidad
- R2 Creación formularios para registro de eventos adversos y de descargo de implementos en la aplicación de los protocolos de seguridad del paciente con un 93% de factibilidad

De igual manera las actividades previamente mencionadas sobre pasan el 90% de factibilidad, por tanto, pueden ser consideradas como primordiales para el cumplimiento del objetivo mencionado.

Y finalmente con el objetivo específico final: Capacitar al 85% del personal operativo del Hospital San Luis de Otavalo sobre los protocolos de seguridad del paciente en el año 2019, se plantearon dos actividades:

- R3 Socialización trimestral de los protocolos de seguridad del paciente con 94% de factibilidad
- R3 Realización de pasantías del personal operativo a un hospital de mayor complejidad donde ya se encuentren implementados los protocolos de seguridad del paciente con 53% de factibilidad.

Por lo tanto, en base a los porcentajes obtenidos queda descartada la actividad de pasantías ya que no es viable

2. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

2.1 Objetivo General.

Implementar protocolos de seguridad del paciente en el Hospital San Luis de Otavalo, para mejorar la calidad de atención de los usuarios de esta institución en el año 2019.

2.2 Objetivos Específicos:

- Adaptar todos los protocolos de seguridad del paciente a la realidad del Hospital San Luis de Otavalo durante el año 2019
- Aumentar el porcentaje de registros y notificación completa de eventos adversos en el Hospital San Luis de Otavalo en el año 2019
- Capacitar al 85% del personal operativo del Hospital San Luis de Otavalo sobre los protocolos de seguridad del paciente en el año 2019

3. MATRIZ DEL MARCO LÓGICO

Tabla 8.- Matriz de Marco Lógico.

Resumen Narrativo	Indicadores	Medios de Verificación	Supuestos
<p><u>FINALIDAD</u></p> <p>Garantizar la calidad, eficiencia y efectividad en la prestación de los servicios de salud que brinda el Hospital San Luis de Otavalo, en el marco de los derechos de las personas; conforme a los modelos de calidad,</p>	<p>Porcentaje de notificaciones de efectos adversos en el Hospital San Luis de Otavalo durante el año 2019.</p>	<p>Número de efectos adversos reportados durante el año 2019</p>	<p>Continuar con los modelos de calidad, normativas y lineamientos establecidos por la Dirección Nacional de Calidad de los</p>

normativas y lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud Pública			Servicios de Salud
<u>PROPÓSITO</u>			
Implementar protocolos de seguridad del paciente en el Hospital San Luis de Otavalo, para mejorar la calidad de atención de los usuarios de esta institución en el año 2019.	Incrementar las prácticas seguras en el HSLO durante el año 2019.	Número de monitoreo con puntaje sobre el 80% de cumplimiento en los diferentes servicios del HSLO	Contar con la continuidad de la gestión de las autoridades y su apoyo respectivo
<u>COMPONENTES</u>			
R1 Adaptar todos los protocolos de seguridad del paciente a la realidad del Hospital San Luis de Otavalo durante el año 2019	R1 Aumentar las prácticas seguras en el Hospital San Luis de Otavalo	R1 Número de protocolos legalmente impresos y sociabilizados en cada servicio del Hospital en el año 2019	Cumplimiento de procedimientos normados
R2 Incrementar el porcentaje de registros y notificación completa de eventos adversos en el Hospital San Luis de Otavalo en el año 2019	R2 Porcentaje de notificaciones de eventos adversos en el Hospital San Luis de Otavalo durante el año 2019.	R2 N° de reportes de eventos adversos realizados por los diferentes servicios del Hospital	
R3 Capacitar al 85% del personal operativo del Hospital San Luis de Otavalo sobre los protocolos de seguridad del paciente en el año	R3 Aumentar el número de capacitaciones al personal operativo en el	R2 Informes de ciclos de mejora	

2019	año 2019.	continua presentados a la Unidad de Calidad durante el año 2019 R3 Lista de personal que asiste a las capacitaciones durante el año 2019	
<u>ACTIVIDADES</u>			
R1 Establecimiento de Línea Base sobre aplicación de Protocolos de Seguridad del paciente R1, R2 Designar responsables para la adaptación de protocolos de seguridad del paciente acorde a las diferentes áreas de trabajo del HSLO R2 Realizar formularios para registro de eventos adversos para la aplicación de los protocolos de seguridad del paciente R2 Supervisar la aplicación de los protocolos de seguridad	Materiales Necesarios 1.- Impresiones y copias de protocolos 2.- Creación de formularios y listas de verificación 3.- Presupuesto para compra de dispositivos necesarios para la implementación de los protocolos de seguridad del paciente.	R1 Informe del establecimiento de línea base sobre la aplicación de Protocolos de Seguridad del paciente. R2, R3 Check list de aplicación de los protocolos de seguridad del paciente R2, R3 Formularios para registro de eventos adversos R3 Porcentaje de aprobación	Contar con personal supervisor en cada servicio del Hospital

<p>del paciente R3 Socialización trimestral de los protocolos de seguridad del paciente</p>		<p>en los exámenes post capacitación sobre protocolos de seguridad del paciente</p>	
--	--	--	--

Fuente: elaborado por el autor

4. ESTRATEGIAS GENERALES.

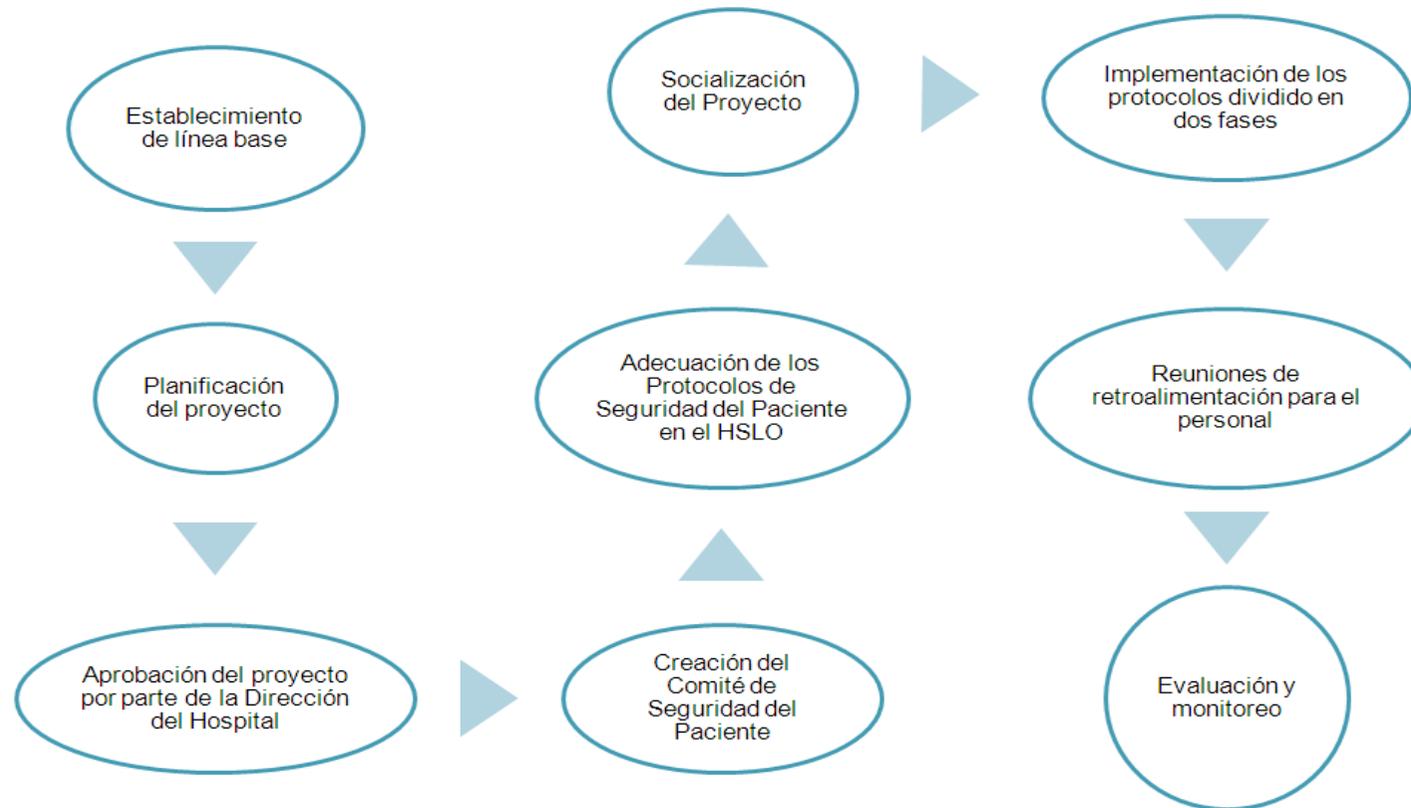
Uno de los ejes conductores del programa de Seguridad del Paciente tanto en la adaptación como en la implementación de los protocolos de seguridad del paciente es contar con el apoyo de la dirección del Hospital San Luis de Otavalo, porque implica el apoyo administrativo y financiero lo que repercutirá en el diseño e implementación de los procesos y procedimientos institucionales necesarios.

Líneas estratégicas a cursar en el Hospital San Luis de Otavalo:

- El logro de una asistencia segura, ágil, resolutive y eficiente, mediante la adaptación de los protocolos de seguridad del paciente a la realidad del HSLO
- El involucramiento activo de los profesionales del Hospital San Luis de Otavalo mediante la adaptación de los protocolos de seguridad del paciente
- El trato adecuado y respetuoso a los usuarios internos y externos, a través de la implementación y monitoreo continuo de los protocolos antes mencionados.
- La política de excelencia hacia los usuarios como expresión del compromiso del hospital con sus profesionales, mediante capacitaciones y evaluaciones continuas al personal operativo.

6. ORGANIZACIÓN PARA LA GESTIÓN DEL PROYECTO

Gráfico 3.- Organización para la gestión del proyecto.



Fuente: elaborado por el autor

➤ **Organización del proyecto, responsables y acciones**

Tabla 10.- Organización del proyecto.

Responsables		Acciones
Adaptación de Protocolos	Dirección, Planificación, Coordinación de Enfermería, Líder de Bodega, Unidad de Calidad	Apoyo Administrativo
	Líderes de Servicios	Adaptación de Protocolos de Seguridad del paciente en el Hospital San Luis de Otavalo
	Unidad de Calidad	Reactivar los comités de mejora continua de la calidad de los servicios, para el apoyo en las acciones de mejora
	Dirección, Talento Humano	Contrato de Personal de Enfermería a fin de reactivar Los Liderazgos de en los Servicios a diario
Implementación de Protocolos	Líderes de Servicios, Unidad de Calidad	Socialización de protocolos en 2 etapas Primera: diciembre 2018 Segunda: enero – febrero 2019
	Coordinación de Enfermería, Enfermeras Líderes	Insistir en el estudio exhaustivo de los Protocolos

	Coordinación de Enfermería.	Continuar con el monitoreo de Protocolos
	Coordinación de Enfermería, Enfermeras Líderes	Reforzar técnicas de ejecución de los protocolos
	Coordinación de Enfermería, Enfermeras Líderes	Retro alimentación del monitoreo

Fuente: Elaborado por el autor

7. MONITOREO Y EVALUACIÓN

Los indicadores que emplearán para evaluar el proyecto de implementación de protocolos de seguridad del paciente serán los siguientes:

Tabla 11.- Notificación de Eventos Adversos.

Monitoreo:	Notificación de Eventos Adversos
Justificación:	Disminuir eventos adversos
Fórmula:	<ul style="list-style-type: none"> - (Eventos adversos reportados / Eventos adversos hallados) x 100 - Ciclos de mejora continua presentados/ Eventos Adversos reportados
Muestra:	Dos mensuales de acuerdo a las actas realizadas en el comité de Seguridad del Paciente

Fuente: Elaborado por el autor

Tabla 12.- Incremento de prácticas seguras en el HSLO.

Monitoreo:	Incremento de prácticas seguras en el HSLO
Justificación:	Disminuir eventos adversos
Fórmula:	(Monitoreos con nota superior al 80% / Monitoreos realizados) x 100
Periodicidad.	Bimensual

Fuente: Elaborado por el autor

Tabla 13.- Adaptación de Protocolos de Seguridad del Paciente.

Monitoreo:	Adaptación de Protocolos de Seguridad del Paciente
Justificación:	Incrementar las practicas seguras en el Hospital San Luis de Otavalo
Fórmula:	$(\text{N}^\circ \text{ de protocolos presentados y sociabilizados} / \text{N}^\circ \text{ de protocolos solicitados}) \times 100$
Periodicidad:	Trimestral

Fuente: Elaborado por el autor

Tabla 14.- Incremento de capacitaciones al personal operativo.

Monitoreo:	Incremento de capacitaciones al personal operativo
Justificación:	Incrementar las practicas seguras en el Hospital San Luis de Otavalo
Fórmula:	$(\text{N}^\circ \text{ de capacitaciones realizadas 2019} / \text{N}^\circ \text{ de capacitaciones realizadas 2018}) \times 100$
Periodicidad:	Trimestral

Fuente: Elaborado por el autor

Tabla 15.- Monitoreo y evaluación. Responsables.

Fuente de Información:	Hojas de registro. Cada protocolo se valorará mediante la aplicación de un check-list específico para cada protocolo.
Responsable Ejecución:	Personal operativo y no operativo.
Requisitos de Calidad:	Actas con letra clara y legible

Fuente: Elaborado por el autor

8. PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO.

En la tabla que se presenta a continuación se puede observar una aproximación de los gastos anuales que implica la implementación de los protocolos de salud en el hospital San Luis de Otavalo, cabe recalcar que para este proceso se cuenta con tres grandes partidas presupuestarias según refiere el departamento financiero del hospital, como son la partida 51 (sueldos y salarios), 530826 (Insumos médicos) y la 530804 (Materiales de Oficina).

Tabla 16.- Presupuesto y financiamiento.

PROCESO	ACTIVIDAD	DETALLE	VALOR MENSUAL \$	VALOR ANUAL \$
Establecimiento de línea base	Contratación de equipo de Auditoria	1 Médico	1600	19200
Planificación del proyecto	Oficina		0	0
	Material didáctico	Hojas, impresiones, copias	20	20
Aprobación del proyecto	Contratación del Director	Director del Hospital	3000	36000
Creación del Comité de Seguridad	Contratación de 5 miembros	2 Médicos, 3 Enfermeras	3200+ 3600	81600
Adecuación de Protocolos de Seguridad del Paciente	Material didáctico	Hojas, impresiones, anillados, copias	300	600
Socialización del Proyecto	Sala de Reunión		0	0
	Material didáctico	Hojas, impresiones,	50	200

		copias		
Implementación de protocolos	Contratación de Líderes coordinadoras de servicios	6 Enfermeras	7200	86400
Reuniones de retroalimentación para el personal	Sala de Reunión		0	0
	Material didáctico	Hojas, impresiones, copias	50	200
Evaluación y monitoreo	Material didáctico	Hojas, impresiones, copias	100	400
Insumos médicos necesarios para implementación de protocolos	Partida presupuestaria 530826	\$ 197.534	A determinar	
TOTAL				\$ 224.620

Fuente: Elaborado por el autor

9. CONCLUSIONES

- La implementación de los protocolos de seguridad del paciente ayudará a mejorar la calidad de atención hacia los usuarios del Hospital San Luis de Otavalo en el año 2019
- Es necesario adaptar los protocolos de seguridad del paciente a la realidad del Hospital San Luis de Otavalo, puesto que pese a ser un Hospital Básico, en ciertas áreas trabaja como un hospital general.
- La capacitación para el 85% del personal operativo del Hospital sobre los protocolos de seguridad del paciente, deberá efectuarse en dos etapas, para así garantizar el entendimiento y aplicación de los mismos
- Debido a que el Hospital no cuenta con registros previos sobre eventos adversos, con la implementación de los protocolos se logrará la notificación de los mismos lo cual será indispensable para realizar las modificaciones y correcciones necesarias para lograr una atención de calidad en los diferentes servicios del Hospital.

4. BIBLIOGRAFIA

- Aranaz JM, A. C. (2004). *Los efectos adversos en la asistencia hospitalaria*. .
Obtenido de Una revisión crítica. Med Clin (Barc); 123 (1): 21-5 :
http://www.mscbs.gob.es/en/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/1_Jesus_Aranaz_pp
- Censos, I. N. (2010). *Censo de Población y Vivienda*. Obtenido de
http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Bibliotecas/Fasciculos_Censales/Fasc_Cantoniales/Imbabura/Fasciculo_Otavalo.pdf
- Departamento de Estadística. (2017). *Hospital San Luis de Otavalo*. Otavalo.
- Estatuto Orgánico Sustitutivo de Gestión Organizacional por Procesos del Ministerio de Salud Pública. (2011). Obtenido de <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/09/ESTATUTO-SUSTITUTIVO-MSP-ALCANCE-REFORMA-ABRIL17.pdf>
- IBEAS. (2018). *Red pionera en la seguridad del paciente en Latinoamérica. Hacia una atención hospitalaria más segura*. . Obtenido de
http://www.who.int/patientsafety/research/ibeas_report_es.pdf
- K, T. (2018). *La Psicología esta cambiando la cara de la Cultura de Seguridad*.
Obtenido de <https://blog.ferrovial.com/es/2018/01/la-cultura-de-seguridad>)
- La Constitución de la República del Ecuador. (2008).
- Ley Orgánica de Salud, Artículos 4,7 y 10. (s.f.).
- Manual del Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud Familiar Comunitario e Intercultural. (2012).
- Ministerio de Salud de Colombia. (2018). *Lineamientos para la implementación de la política de Seguridad del Paciente en la República de Colombia*. Obtenido de Guía Técnica Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente en la Atención en Salud Seguridad del paciente y la atención segura 2.0:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDiital/RIDE/DE/CA/guia-buenas-practicas-seguridad-paciente.pdf>
- Ministerio de Salud Pública. (2016). *Seguridad del Paciente - Usuario. Manual. Primera edición*. Obtenido de Dirección Nacional de Normatización, Dirección Nacional de Calidad de los Servicios de Salud - MSP: <http://salud.gob.ec>
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Registro Oficial 760, 2012. (s.f.).
- Otavalo, D. d. (2017).

- Organización Mundial de la Salud. (2008). *La investigación en seguridad del paciente*. Obtenido de http://www.who.int/patientsafety/information_centre/documents/ps_research_brochure_es.pdf
- Plan Nacional de Desarrollo “Plan Nacional para el Buen Vivir 2013- 2017”. (2013). Obtenido de https://www.unicef.org/ecuador/Plan_Nacional_Buen_Vivir_2013-2017.pdf
- Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Muerte Materna y Neonatal*. (2008). Obtenido de http://www.maternoinfantil.org/archivos/smi_D589.pdf
- Rocco Cristian, G. A. (2017). *Seguridad del Paciente y cultura*. Obtenido de Revista Médica Clínica Las Condes: <http://www.elsevier.es/es-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-seguridad-del-paciente-y-cultura-s0716864017301268>
- Villarreal J, G. D. (2011). *Medicina Universitaria. Errar es humano* 51 (13), 69 – 71. Obtenido de <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-universitaria-304-articulo-errar-es-humano-X1665579611240505>

5. ANEXOS

Plantillas de auditoría

 Ministerio de Salud Pública	Hospital San Luis de Otavalo
	PROGRAMA DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD.

ANEXO 1: Plantilla de Auditoría Interna de Historias Clínicas

HOSPITAL SAN LUIS DE OTAVALO		
EVALUACIÓN DE CALIDAD DE LA HISTORIA CLÍNICA DE HOSPITALIZACIÓN Y CONSULTA EXTERNA		
HISTORIA N.º		
MEDICO:		
SERVICIO:		
FECHA DE EVALUACIÓN:		
DE ACUERDO A LA HISTORIA CLÍNICA CALIFIQUE LO QUE CORRESPONDA	HISTORIA CLÍNICA N.º	
	FECHA DE REVISIÓN:	
DATOS DE FILIACIÓN	CALIFICACIÓN	OBSERVACIONES
NOMBRE Y APELLIDO		
NUMERO DE CEDULA		
NUMERO DE HISTORIA CLÍNICA		
EDAD		
SEXO		
ETNIA		
LUGAR DE NACIMIENTO		
EVOLUCIÓN MÉDICA		
SE ANOTA FECHA		
SE ANOTA LA HORA		
SECUENCIA DE NOTAS ENTRE SÍ, ANOTANDO FECHA Y HORA		
FIRMA Y SELLO DEL MEDICO ESPECIALISTA		
FIRMA Y SELLO DEL MEDICO RESIDENTE		
LLENADO DE HISTORIA CLÍNICA CON ESFERO AZUL MÉDICOS		
SIN USO DE CORRECTOR O TACHONES		
LETRA CLARA Y LEGIBLE		
USO DE ABREVIATURAS PERMITIDAS		
EVOLUCIÓN DE ACUERDO AL SOAP		
INDICACIONES DE EVOLUCIÓN: ALCAVANDIMELCO		
INDICACIONES DE ALTA: MADETRO		
DIAGNÓSTICO DE INGRESO Y EGRESO CON CODIGO CIE 10		
NOTAS DE ENFERMERÍA		
SE ANOTA FECHA		
SE ANOTA HORA		
SECUENCIA DE NOTAS ENTRE SÍ, ANOTANDO FECHA Y HORA		
LLENADO DE HISTORIA CLÍNICA CON ESFERO AZUL TURNO DÍA		
LLENADO DE HISTORIA CLÍNICA CON ESFERO ROJO NOCHE		
FIRMA Y SELLO DE ENFERMERA		
USO DE CORRECTOR O TACHONES		
LETRA CLARA Y LEGIBLE		
USO DE ABREVIATURAS PERMITIDAS		
REGISTRO DE SIGNOS VITALES		

Fuente: Elaborado por el autor

 Ministerio de Salud Pública	Hospital San Luis de Otavalo
	PROGRAMA DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD.

DE ACUERDO A LA HISTORIA CLÍNICA MARQUE CON X LO QUE CORRESPONDA.	
FORMULARIOS	
008 Emergencia	
006 Epicrisis	
024 Autorizaciones y Consentimiento Informado	
001 Admisión -- alta, egreso	
002 Consulta externa	
003 Anamnesis	
005 Evolución y prescripciones	
007 Interconsulta	
010 Laboratorio Clínico, incluir impresión diagnóstica	
012 Imagenología	
013 Histopatología	
020 Signos Vitales	
022 Administración de Medicamentos	
033 Odontología	
038 Trabajo Social	
053 Referencia y Contrarreferencia	
054 Concentrado de Laboratorio	
055 Concentrado de Exámenes Especiales	
Anexo 001: Ficha Familiar	
Anexo 002: Atención Prehospitalaria	
TOTAL	

OBSERVACIONES	

Puntuación de 0 a 3

Bien: 3

Regular: 2

Mal: 1

No cumplimiento: 0

No aplicable: NA

SUMA TOTAL DE VALORES:	
-------------------------------	--

Fuente: Elaborado por el autor