CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LOS TRABAJADORES DE LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD VIVA 1 A.

Autores:
Alejandra Arango

Karime Castro

Simón Diaz

Carolina Sanchez

Lina Maria Isaza

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE MANIZALES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ADMINISTRACION EN SALUD
MANIZALES

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a Dios por darnos la oportunidad de cursar la especialización en Administración de Salud en la Universidad Católica de Manizales, por darnos fuerza, constancia y perseverancia para hoy concluir la especialización exitosamente, por ser nuestro guía permanente y permitir que hoy gocemos de este gran triunfo.

Agradecemos a nuestras familias y allegados, por su gran colaboración para el cumplimiento de un sueño profesional más en nuestras vidas.

A Viva 1 A IPS y a su grupo de trabajo por su colaboración, por abrirnos las puertas de su empresa, facilitarnos la información y todo lo necesario para el desarrollo de nuestro trabajo de investigación.

Infinitas gracias damos a nuestros Docentes por compartir con nosotros sus conocimientos y vivencias, por motivarnos a crecer como profesionales integrales, mediante su dedicación continua, guía y apoyo constante.

TABLA DE CONTENIDO

Agradecimientos ... 2

2. Información general del proyecto ... 5

3. Introducción ... 6

4. Objetivos ... 8

4.1. Objetivo general ... 8

4.2. Objetivos específicos ... 8

5. Referente teórico ... 9

5.1. Marco teórico ... 9

6. Metodología ... 19

7. Resultados o discusión ... 25

8. Conclusiones y recomendaciones ... 31

8.1. Conclusiones ... 31

8.2. Recomendaciones ... 33

9. Referencias bibliográficas ... 34

10. Anexo ... 37

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Encuesta de Cultura de Seguridad del Paciente… … … … … … … … .… … … … ..20

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Trabajo en equipo… .… … … … .26

Figura 2. Ambiente laboral y distribución del trabajo… … … … … … … … … … … … … … … 27

Figura 3. Cultura del reporte.…… .… .28

Figura 4. Comunicación e información … 29

Figura 5. Participación activa de líderes… … … … … … … … … … … … … … ..… … … … … … … ..30

VICERRECTORÍA ACADÉMICA

CENTRO INSTITUCIONAL DE INVESTIGACIÓN, PROYECCIÓN Y DESARROLLO

2. INFORMACIÓN GENERAL DEL PROYECTO	
Título: Cultura de seguridad del paciente en los trabajadores de la Institución promotora de salud Viva 1 A.	
Investigador Principal: Alejandra Arango	
Coinvestigador Simon Diaz Rengifo	Dedicación: TC TP MT X
Coinvestigador Karime Castro Díaz	Dedicación: TC TP MT X
Coinvestigador Lina Maria Isaza	Dedicación: TC TP MT X
Coinvestigador Carolina Sánchez	Trabajo de Grado
Línea de Investigación: Sector Salud	
Área de conocimiento a la que aplica: Salud	
Programa de Posgrado al que se articula: Administración en Salud	
Lugar de Ejecución del Proyecto: Ciudad: **Bogotá - Cali** Departamento: **Cundinamarca – Valle del Cauca.**	
Duración del Proyecto (periodos académicos): 2 semestres	

3. INTRODUCCIÓN

La cultura es el conjunto de valores, ideas, actitudes y conocimientos que dan forma al comportamiento humano y son transmitidos de generación en generación, debido a esto es posible entender por qué se incluye en todas las políticas dirigidas a mejorar la seguridad del paciente. Promover una cultura de la seguridad en el seno de las organizaciones hospitalarias, es uno de los pilares de la política de seguridad del paciente.

La OMS desde su comienzo en 2002, concretada posteriormente en la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente y en el mismo sentido que el Consejo de Europa son organizaciones que dirigen sus estrategias apostándole al mejoramiento en salud, a través del desarrollo de una cultura de la seguridad del paciente, además del establecimiento de sistemas de comunicación y en la implicación de los pacientes y ciudadanos, promoviendo la cultura para informar, sensibilizar y dar Formación a profesionales y pacientes siendo esta la primera línea de trabajo de la estrategia de Seguridad de Pacientes que despliega desde el año 2005 la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud (21).

Lo anterior es tan solo uno de los acontecimientos por los cuales las instituciones prestadoras de servicios de salud en Colombia han promovido una política de Seguridad del Paciente, la cual se hace posible a través del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud SOGC, planteando la manera de prevenir cualquier situación de riesgo y evitando los incidentes y eventos adversos.

Los hallazgos arrojados por diversos estudios evidencian que a diario se cometen errores en los hospitales en el manejo de la seguridad de los pacientes, tanto en el campo profesional como en el administrativo; es así como se generan eventos adversos con consecuencias letales o de daño permanente, siendo este el interés actual de encontrar la forma de minimizarlos. La evidencia existente y las conclusiones de los investigadores que han estudiado organizaciones con tradición en una cultura de seguridad (aviación, industria química, eléctrica, etc.) señalan que el nivel de cultura es uno de los rasgos críticos para sus logros en cada una de las áreas. (21).

Los sistemas de prestación de servicios de salud son complejos; por lo mismo, son sistemas de alto riesgo: el ejercicio de la medicina ha pasado de ser simple, poco efectivo y relativamente seguro, a ser una acción dispendiosa, efectiva y potencialmente peligrosa, si no existen los adecuados controles. (1).

Una cultura positiva sobre seguridad del paciente en las instituciones hospitalarias se perfila como uno de los requisitos esenciales para evitar en lo posible la aparición de efectos adversos, y poder aprender de los errores de forma proactiva, para rediseñar los procesos de manera que los errores no se vuelvan a producir. En este sentido, la consecución de una adecuada cultura sobre la seguridad del paciente ha sido señalada como la primera de las buenas prácticas o recomendaciones para mejorar la seguridad del paciente en el informe publicado en 2003 por el National Quality Forum de Estados Unidos. (21)

Los procesos de atención en salud han llegado a ser altamente complejos, incorporando tecnologías y técnicas cada vez más elaboradas. Sucede entonces, que en una atención en salud sencilla, pueden concurrir múltiples y variados procesos. Para obtener un resultado efectivo en el mejoramiento de la salud del enfermo, se hace necesario que cada proceso que interviene se realice en forma adecuada y coordinada con los demás.

"Es necesario el compromiso y la cooperación de los diferentes actores para sensibilizar, promover, concertar, y coordinar acciones que realmente alcancen logros efectivos". (1)

Los problemas de seguridad del paciente son inherentes a la atención en salud. Por lo tanto, los profesionales de la salud están llamados a ser parte a nivel personal e institucional, de las iniciativas que buscan estudiar y disminuir el impacto negativo de esta problemática en los sistemas de Salud.

4. OBJETIVOS

4.1. OBJETIVO GENERAL

Evaluar la cultura de seguridad del paciente en los trabajadores de la institución prestadora de salud Viva 1 A en sus sedes de Cambulos en la ciudad de Cali y en la sede de Toberin en la ciudad de Bogotá, durante el II semestre del año 2014 y I semestre del año 2015

4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Describir las debilidades y fortalezas en la cultura de seguridad del paciente de los trabajadores de la IPS Viva 1 A en la sedes de Cambulos y Toberin en las ciudades de Cali y Bogotá respectivamente.

Evaluar los factores de la cultura de seguridad del paciente como lo son el nivel de comunicación e información, ambiente laboral, trabajo en equipo, distribución del trabajo, cultura del reporte, participación activa de los líderes de cada uno de los servicios y condiciones de la IPS.

Brindar una evaluación del estado de apropiación e implementación del programa de seguridad del paciente desarrollado por el departamento de calidad de la IPS Viva 1 A.

5. REFERENTE TEÓRICO

5.1 MARCO TEÓRICO

HISTORIA

Los primeros trabajos sobre la seguridad del paciente datan de 1950, pero el verdadero interés sobre este problema se expuso a principios de la década de los 90´s mediante la publicación de un estudio de la universidad de Harvard. Este reporte reveló que el 4% de los pacientes sufre algún tipo de daño en el hospital. Con el correr de los años la cuestión ha adquirido una dimensión universal dada su complejidad porque si bien el sistema moderno de atención de salud aporta grandes beneficios a los pacientes no evita que a veces tengan lugar eventos adversos no deseados. (2).

La seguridad del paciente promueve el registro, estudio y prevención de los errores médicos como método de perfeccionamiento de los sistemas de salud, sus principios no son novedosos. Reafirman aquellos que desde la antigüedad han sido postulados por el Juramento Hipocrático cuidar de la salud del paciente y velar con el máximo respeto por la vida humana. Sin embargo y aquí radica su importancia, esta disciplina añade al compromiso personal, la visión de una cultura que implique a la comunidad íntegra (gobiernos instituciones de salud, profesionales y pacientes) en el mantenimiento de un sistema de prevención, construcción y cuidado de la salud. El gran desarrollo científico tecnológico de los últimos 50 años ha convertido a las ciencias médicas en una materia sumamente compleja que ya no puede sostener su eficacia en base a las responsabilidades individuales de los profesionales, y que consecuentemente, requiere de un avanzado sistema de estandarización de procedimientos y verificación en tiempo real de las acciones y los resultados. Velar por la seguridad del paciente se ha convertido en una tarea frente a la que ningún profesional puede mostrarse indiferente. (3)

QUE ES SEGURIDAD DEL PACIENTE

La **seguridad del Paciente** También denominada como seguridad clínica del paciente, implica practicar una atención a la salud libre de daños evitables. Ello supone desarrollar sistemas y procesos encaminados a reducir la probabilidad de aparición de fallos del sistema y errores de las personas y aumentar la probabilidad de detectarlos cuando ocurren y mitigar sus consecuencias. (11)

Scott-Cawiezell y colaboradores definieron una cultura *justa de la seguridad* como un entorno favorable al diálogo abierto con el fin de facilitar prácticas más seguras. En el ámbito académico, también se utiliza el término de *seguridad psicológica* (*Tucker* y

colaboradores), el cual se define como una unidad de apoyo al trabajo en el que, los miembros pueden cuestionar las prácticas existentes, expresar sus preocupaciones o sus diferencias, y admitir los errores sin sufrir el ridículo o el castigo.

Más recientemente, *Khatri* y colaboradores afirman que "desde una perspectiva organizacional, una **cultura de seguridad** sólo se puede definir como la capacidad de una organización para identificar, informar e investigar los incidentes y tomar las medidas correctivas que mejoren el sistema de atención al paciente y reducir el riesgo de recurrencia". (4)

PROPOSITO DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Con el objetivo de mejorar la atención médica la seguridad del paciente, como disciplina promueve la elaboración de documentos, guías de práctica clínica, estudios científicos, controles estrictos de las nuevas prácticas asistenciales, tecnológicas, y farmacológicas y métodos de aprendizaje diversos, que ayuden a las instituciones y a los médicos en los procesos de notificación de incidentes, investigación de los factores de riesgo , análisis de los resultados y creación de medidas preventivas en base a prácticas de eficacia comprobada. Propone también un viraje en el enfoque de la atención en salud en el que el testimonio del paciente y su familia sean reconocidos como principales fuentes de información en el proceso de aprendizaje en base a la experiencia, priorizando la comunicación entre el médico o la institución de salud a la cual pertenece, y el paciente como usuario de la misma, aún en los casos en que exista eventos adversos , mediante la creación de espacios de contención y apoyo mutuo que propicien el intercambio, la identificación de los errores y su análisis en conjunto.(5)

CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

El Objetivo de la Seguridad del paciente es lograr que los sistemas, especialmente de gran tamaño y complejidad funcionen de forma más segura. Su desarrollo se basa en el conocimiento acumulado mediante el análisis de errores, incidentes y eventos adversos. Esta cultura se debe extender a todos los profesionales de la salud y para ello se deben implementar políticas y procedimientos basados en el análisis de errores que tiene la organización, de modo que cuando se produzca un evento el personal sepa que lo debe informar.

La problemática del error se puede abordar desde dos perspectivas desde un modelo centrado en la persona y desde un modelo centrado en el sistema.
El modelo centrado en la persona, el incidente se atribuye directamente al error humano, se asume que los individuos se equivocan porque no prestan atención, tienen olvidos descuidos y falta de motivación sus errores es la causa de los eventos adversos.

En el modelo centrado en el sistema en lugar de buscar el culpable, se busca deficiencias en el diseño, en la organización y en el funcionamiento del sistema.

La estrategia de prevención se centraría en analizar los errores, aprender de ellos y establecer medidas de mejora. Por tanto es necesario tener una actitud proactiva y poner en marcha iniciativas dirigidas a monitorizar e implementar medidas para la disminución de eventos. Así mismo debe fomentarse la comunicación y el trabajo en equipo de las diferentes fases fundamentalmente en las que intervienen diferentes profesionales y diferentes ámbitos. Es prioritario establecer una estrategia de calidad en toda la institución de salud orientada a identificar los riesgos. Garantizar la seguridad del paciente debe ser el eje sobre el que nos movamos al prestar servicios de salud. (6)

La existencia de una cultura de seguridad del paciente contribuye a la prevención y control de infecciones. El término cultura se define como aquellas creencias, valores y normas profundamente arraigadas en una organización y que guían las interacciones entre sus miembros a través de actitudes, costumbres y comportamientos. Podemos decir que existe una cultura de seguridad cuando hay un esfuerzo organizacional centrado en salvaguardar el bienestar de los pacientes, que cuenta con el compromiso del personal y la jefatura. Todos los involucrados asumen la responsabilidad de la seguridad del paciente y su familia, y el personal de salud se siente seguro al comunicar instancias que comprometen el cuidado de un paciente o la ocurrencia de situaciones adversas. Para poder realizar un trabajo eficaz, los profesionales de PCI deben comprender la cultura de su organización. Se trata de una fuerza poderosa que debe ser considerada al momento de implementar o cambiar prácticas orientadas a la disminución del riesgo de infección. (7)

La Asamblea de la Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce que las infecciones asociadas a la atención en salud son un problema serio y, en consecuencia, en 2004 aprobó la creación de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, a fin de coordinar, difundir y promover mejoras en seguridad del paciente en todo el mundo. Su primer desafío, lanzado en 2005, fue “Una Atención Limpia es una Atención más Segura”. Diseñado para enfrentar el problema de las infecciones asociadas a la atención en salud, este desafío mejoró la higiene de manos a escala global. (7)

El concepto de cultura de la seguridad se mencionó por primera vez en 1988, en un informe que sobre el desastre nuclear de *Chernobyl*, en la antigua URSS., que preparó el Grupo Asesor Internacional de Seguridad Nuclear. El concepto ha ganado el reconocimiento mundial en varias industrias, especialmente en industrias de alto riesgo, como la energía nuclear y la aviación. La característica clave de la cultura de la seguridad es "la percepción compartida entre los administradores y el personal

sobre la importancia de la seguridad"(4).

El desarrollo de la "cultura positiva de la seguridad" ha sido declarado como un medio para reducir el potencial de las grandes catástrofes y accidentes relacionados con las tareas de rutina. Cuando la cultura de la seguridad se aplica al cuidado de la salud tiene una importancia aún mayor, ya que la seguridad no sólo se aplica a la fuerza de trabajo, sino también a los pacientes que puedan ser perjudicados por la actuación del personal.

La cultura tradicional de seguridad del paciente de "culpa y vergüenza" en las organizaciones de salud, ha sido criticada por obstruir la posibilidad de "aprender de los errores", y en gran parte, es responsable de los errores cometidos.

Por fortuna, actualmente existe un creciente reconocimiento sobre la necesidad de transformar la cultura organizacional de la salud. La participación de enfermería es uno de los ejes fundamentales en el proceso de atención en salud, ya que son las profesionales que pasan más tiempo en contacto directo con los pacientes; lo que les permite conocer de primera mano sus expectativas, así como las dificultades que puede generarles el tratamiento. De ahí la importancia de establecer los mecanismos en que enfermería puede contribuir de una forma singular al éxito en el desarrollo de una Cultura de Seguridad del Paciente. (4)

COMUNICACIÓN EFECTIVA

La comunicación es un aspecto vital de la seguridad del paciente. Un sistema de comunicación abierta favorece el intercambio de información tecnológica, ambiental y acerca de los pacientes. Las organizaciones con una fuerte cultura de cuidado del paciente se caracterizan por una comunicación basada en la confianza mutua, desde la planificación a la entrega de atención, y en la definición de metas para lograr los mejores resultados para los pacientes. (7)

Las estrategias de comunicación incluyen el uso de mensajes escritos, verbales o electrónicos para capacitar al personal y compartir información relativa a PCI derivada de vigilancia clínica, nuevas políticas, procedimientos y estudios publicados en la literatura especializada. La comunicación relativa a la seguridad del paciente debe incorporar un sistema de información que permita al personal comunicar errores o problemas de procedimiento, sin temor a represalias. (7).

COMO CONSTRUIR UNA CULTURA DE SEGURIDAD

REFERENCIA DE OTROS ÁMBITOS: «Cuando la cultura de una organización
Hace conciencia de la seguridad y se habla de los fallos / errores, la seguridad

mejora». (8)

BENEFICIOS DE UNA CULTURA DE LA SEGURIDAD

- Impacto positivo en el funcionamiento de la organización.
- Transición desde Análisis de Fallos, Mejora Continua.
- El personal está informado de que puede ir mal y que ha ido mal (8).

Seguridad del paciente en el modelo de atención Primaria en salud.

En el desarrollo de un modelo de Atención Primaria en Salud es importante involucrar el componente de seguridad del paciente, como estrategia que garantice una prestación de servicios de salud con calidad. La seguridad es un atributo de la calidad en la atención en salud, que asegura modelos de atención que satisfagan las necesidades y expectativas del paciente. El problema actual es que no hay información efectiva que garantice que los cuidados en salud que reciben los pacientes no están generando lesiones o complicaciones más allá de la historia natural de la enfermedad que padecen; además, que el manejo integral brindado es el adecuado para el proceso de enfermedad que sufren los pacientes. La literatura muestra que la prevalencia de eventos adversos en el ámbito primario es baja, pero este ámbito tiene una alta frecuencia de consumo de atenciones lo que hace que el número de eventos adversos en comparación con el ámbito hospitalario puede ser significativo. Para concluir, proponemos que es necesario mejorar el conocimiento de la seguridad del paciente en la Atención Primaria en Salud en Colombia, haciendo partícipes a los responsables del diseño, implementación y desarrollo de la atención en salud y a la comunidad en general, lo que contribuirá en forma directa con el mejoramiento de los servicios de salud en nuestro país.(19)

La detección, la intervención oportuna del evento adverso y sobre todo su prevención son, desde luego, los asuntos más relevantes en este enfoque que incluye medidas múltiples que van desde la intervención del espacio físico para prevenir el riesgo de caída de un paciente, hasta la revisión de los protocolos para el suministro de medicamentos, pasando por las medidas tomadas para prevenir errores en el diagnóstico o en las intervenciones, por ejemplo, en el sitio equivocado. En 2006, con la expedición de la resolución 1446, se dio otro paso importante en el tema, pues se definieron elementos mínimos para el desarrollo de un sistema de vigilancia y gestión de los eventos y su reporte, que según cifras del Ministerio, hoy cuenta con el reporte de cerca de 700 instituciones en todo el país. Es evidente la necesidad de estudiar con mayor profundidad el tema, aprovechar las experiencias mundiales, reconocer las oportunidades de mejora, advertir riesgos adicionales para los pacientes relacionados con aspectos particulares de nuestro sistema de salud y desarrollar, con todo ello, un marco de referencia teórico y práctico que permita a las instituciones abordar el tema con profundidad y generar resultados que impacten la

salud y la vida de los usuarios. El Estudio IBEAS (Prevalencia de eventos adversos en hospitales de Latinoamérica) es un proyecto desarrollado por Colombia en conjunto con México, Costa Rica, Perú y Argentina, con el patrocinio de la Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente (OMS, Ginebra), la Organización Panamericana de la Salud y el Soporte Técnico del Ministerio de Sanidad y Consumo (España).(20); en donde se seleccionaron doce instituciones, distribuidas en diferentes regiones del país, públicas y privadas, acreditadas, no acreditadas y en preparación para la acreditación, cuya participación permitirá tener una idea más clara del comportamiento de los eventos adversos en Colombia. Se parte de la necesidad de conocer en primer término la prevalencia de eventos adversos en los hospitales de los cinco países mencionados y del desarrollo de metodologías para definir, registrar, diagnosticar, clasificar, reportar los eventos, de tal forma que se facilite un lenguaje común frente al tema, que permita hacer comparaciones con lo que ocurre en otras regiones del mundo. Dado que otras regiones del mundo han desarrollado estudios similares de prevalencia de este tipo de eventos, el desarrollo del estudio permite articular nuestro país a las experiencias de nuestro continente y de todo el mundo. El estudio debe generar información valiosa para conocer la situación real del problema en nuestras instituciones y ofrecer propuestas de intervención que incluyan decisiones en el nivel político.

El liderazgo del Ministerio de la Protección Social es un indicador claro del compromiso del país y debe servir para el desarrollo de la política de seguridad de paciente, que es un reto urgente del sistema de salud de Colombia.

El estudio tiene entre otros los siguientes objetivos: 1. Mejorar el conocimiento en relación con la seguridad del paciente, por medio de la aproximación a la magnitud, trascendencia e impacto de los eventos adversos (EA), y el análisis de las características de los pacientes y de la asistencia que se asocian a la aparición de EA evitables. 2. Identificar áreas y problemas prioritarios de la seguridad del paciente para facilitar y dinamizar procesos de prevención para minimizar y mitigar los eventos adversos. 3. Incrementar la masa crítica de profesionales involucrados en la seguridad del paciente. 4. Incorporar a la agenda de todos los países, en los diferentes niveles organizativos y asistenciales, objetivos y actividades encaminadas a la mejora de la seguridad del paciente. (20)

SEGURIDAD DEL PACIENTE EN COLOMBIA

Colombia impulsa una Política de Seguridad del Paciente, liderada por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, cuyo objetivo es prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y de ser posible eliminar la ocurrencia de Eventos adversos para contar con instituciones seguras y competitivas internacionalmente. (12)

Según el Ministerio de la Protección Social de Colombia, constituye el ambiente de despliegue de las acciones de seguridad del paciente, los cuales deben darse en un entorno de confidencialidad y de confianza entre ellos y los profesionales y la comunidad. Para el sistema Nacional de Salud del Reino Unido, este despliegue parte de "la conciencia de que las cosas pueden ir mal," y el reconocimiento de que los errores en la prestación del servicio no están sólo ligados a la persona, sino también al sistema en que ella trabaja. Desde esta óptica, la "cultura de seguridad del paciente", además de implicar la capacidad de reconocer los errores, involucra la conciencia de que éstos deben ser reportados para que el análisis posterior redunde en mejorar las cosas. (9)

La Política de Seguridad del Paciente expedida en junio de 2008 es transversal a los cuatro componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad. La orientación hacia la prestación de servicios de salud más segura, requiere que la información sobre seguridad del paciente esté integrada para su difusión, despliegue y generación de conocimiento con el fin de estimular a los diferentes actores al desarrollo de las acciones definidas en las líneas de acción y el logro del objetivo propuesto. Por esto se crea los siguientes documentos:

- lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente en la república de Colombia. Bogotá, 11 de junio de 2008
- Herramientas para promover la seguridad del paciente, ministerio de protección social, 2007

- Buenas prácticas para la seguridad del paciente

  -Protocolo del estudio IBEAS para los Hospitales de Colombia, Ministerio de Protección Social, 2009.
  -Guía Técnica de Buenas Prácticas en Seguridad del Paciente, 2010.
  -Promoción de la Cultura de Seguridad del Paciente.
  -Protocolo de Londres. Traducción con modificaciones del documento System Analysis of clinical incidents: the London protocol. Autores: Sally Taylor-Adams y Charles Vincent (Clinical Safety Research Unit, Imperial College London, UK). (13)

Colombia trabaja de manera seria y metódica en el mejoramiento de la seguridad del paciente, pero para hacer efectiva la estrategia de seguridad del paciente se necesitan acciones concretas que materialicen los propósitos en resultados

tangibles que beneficien al paciente, algunas de las acciones han sido: • Desde el 2004, el Ministerio de la Protección Social tomó la decisión de impulsar el tema de los eventos adversos trazadores, como se le llamó en ese momento; se hicieron reuniones de consenso en diferentes partes del país y se promovieron los procesos de vigilancia de estos eventos en algunas instituciones • En ese mismo año, con la colaboración de ICONTEC, ente acreditador en salud, se estableció como prerrequisito necesario para aplicar a la acreditación en salud, que la institución demostrara que desarrollaba procesos de vigilancia de los mencionados eventos. • Dos años más tarde, en 2006, la evaluación del proceso mostró avances tangibles que llevaron a tomar la decisión de extender a todo el país la estrategia; lo cual se hizo mediante la expedición de la Resolución 1446 de 2006. (16).

La Unidad Sectorial de Normalización, organismo técnico 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. 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.

La Guía Técnica buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud luego de su discusión y aprobación en el Comité de Buenas Prácticas de la Unidad Sectorial de Normalización (USN), en donde participaron 291 profesionales de 111 instituciones, provenientes de 44 ciudades del país, fue entregada al Consejo Técnico de la USN el día 13 de noviembre de 2009, y luego de surtir el proceso de consulta pública fue aprobada como la Guía Técnica en Salud 001 el día 4 de marzo de 2010. (17)

Creación de una Cultura de la Calidad y la Seguridad

Calidad y seguridad han sido siempre las prioridades superiores en el ICDF, sin embargo, el trabajo para desarrollar una cultura de calidad y seguridad ha crecido notablemente durante la última década, simultáneamente con un aumento en el volumen de pacientes y en la actividad de ensayos clínicos

A pesar de su larga historia y participación en algunos de los más importantes ensayos clínicos sobre agentes quimioterapéuticos (en 2009 ocupó el quinto lugar como el mejor hospital para tratamiento del cáncer en EE.UU.), a principios del decenio de 1980 el ICDF, se encontró en el ojo del huracán ante la opinión pública de su país, debido a una sobredosis de quimioterapia que recibió una periodista del Boston Globe. Esto se convirtió en una oportunidad de mejoramiento para la organización, después de lo cual, ha lanzado y liderado una serie de iniciativas centradas en el mejoramiento de los sistemas de apoyo en la administración de medicamentos.

Algunos de los programas, iniciativas e innovaciones introducidas se basan en las mejores prácticas recomendadas por otras organizaciones, mientras que otras reflejan ideas originales y de los líderes y del recurso humano del propio ICDF. Así mismo, sus líderes han introducido cambios en la estructura organizacional para asegurar una práctica clínica interdisciplinaria fuerte; al tiempo que han comprometido a la Junta Directiva en la seguridad del paciente y en que todos sus esfuerzos asistenciales estén centrados en los pacientes y sus familias. (18)

"La calidad de la atención es un concepto con muchos elementos que pueden agruparse bajo siete títulos: eficacia, efectividad, eficiencia, optimización, aceptabilidad (accesibilidad, relación médico-paciente, confort, preferencias de los pacientes), legitimidad y equidad" (15)

Soluciones para la seguridad del paciente, Organización Mundial de la Salud - OMS- y Joint Commission International

Los errores y los efectos adversos pueden ser el resultado de distintas cuestiones a distintos niveles dentro de la atención sanitaria por ejemplo a nivel del apoyo gubernamental, a nivel de una institución o un sistema de atención sanitaria o en el punto de intervención entre pacientes y profesionales. Las soluciones de esta iniciativa no se ocuparan de las amplias causas subyacentes de los problemas de seguridad del paciente, sino que más bien se dirigirán al nivel especifico donde el buen diseño del proceso pueda evitar que los errores humanos alcancen de hecho al paciente. Por lo tanto, las soluciones pretenderán promover un entorno y sistemas de apoyo que minimicen el riesgo de daño pese a la complejidad y a la carencia de estandarización de la atención sanitaria moderna. (14)

AMBITO INTERNACIONAL

Este tema es liderado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que ha estimulado a los países a que "presten la mayor atención posible al problema de la seguridad del paciente, se establezcan y consoliden sistemas de base científica, necesarios para mejorar la seguridad del paciente y la calidad de la atención sanitaria". Además se ha encargado de proponer y socializar lineamientos de cuidado, principalmente a través de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, que comenzó a funcionar en octubre de 2004, como un método para generar interacciones e intercambio de conocimientos entre los países miembros, que les permitan facilitar el desarrollo de nuevas estrategias y políticas que generen una disminución en las estadísticas de eventos adversos derivados de la atención en salud globalmente, debido a que "la falta de seguridad del paciente es un problema mundial de salud pública que afecta a los países de todo nivel de desarrollo" (10)

IMPLICACIONES PARA LA PRACTICA

Las oportunidades de mejora que se perciben tienen que ver con la dotación de personal y las condiciones de trabajo que pueden afectar a la seguridad del paciente, con la necesidad de cambio de las condiciones de contratación y políticas de retención del personal de enfermería por parte de la gerencia, y la necesidad de mejorar la coordinación entre unidades y servicios.

Por otra parte, aunque el auge del desarrollo de protocolos y guías de atención en práctica clínica ha impulsado la cultura de seguridad del paciente, es necesario realizarlos cada vez más con un enfoque basado en la evidencia que responda a las necesidades de los actores que deben seguirlos en su práctica diaria, para que no sean percibidos como productos de la vigilancia y represión de otros profesionales sino como una estrategia cooperativa que busca el mayor beneficio y el menor riesgo para el paciente, pero también el mejor ambiente laboral para los trabajadores de la salud, quienes no deben sentirse acusados o excluidos por la institución a la que le dedican una gran porción de su vida y su capital humano. (10)

6. METODOLOGÍA

Para el desarrollo de la evaluación de la cultura de seguridad del paciente en los trabajadores de la institución prestadora de salud Viva 1 A en sus sedes de Cambulos en la ciudad de Cali y en la sede de Toberin en la ciudad de Bogotá, durante el II semestre del año 2014 y I semestre del año 2015, se realizó un estudio no experimental de tipo descriptivo exploratorio, de corte transversal, bajo la modalidad de encuesta dada por el Ministerio de la Protección Social de la república de Colombia denominada: Encuesta de Clima de Seguridad del Paciente; esta encuesta se ha empleado para desarrollar múltiples investigaciones y desarrollos literarios como por ejemplo el libro de: "La Seguridad Del Paciente, Un Reto De Ciudad", realizado por la secretaria de Salud Pública Municipal de Cali; en el cual se realiza un seguimiento de la política de seguridad del paciente en las Empresas sociales del estado (ESE) municipales.

La implementación de la encuesta se realizó en el I semestre del año 2015, la cual se aplicó a una población total de 70 trabajadores de la salud conformados por médicos, bacteriólogos, enfermeros, auxiliares de enfermería, odontólogos y personal administrativo, que cubren cada uno de los servicios de las 2 unidades o sedes objeto de estudio de esta investigación.

La recolección de la información, se desarrolló mediante la previa autorización de su aplicación en la IPS de Viva 1 A por parte del jefe nacional del departamento de calidad, el tiempo promedio que se destinó con cada uno de los empleados para su diligenciamiento fue de aproximadamente 20 minutos, con el fin de disponer del espacio y no interferir en las actividades de la institución e igualmente se expuso al jefe de calidad de la empresa, el modelo de consentimiento informado (Ver anexo 2) entregado a los trabajadores el cual está basado en la Resolución 8430 de 1993.

La encuesta fue impresa, en papelería suministrada por el grupo investigador para ser entregada a cada uno de los funcionarios seleccionados, la cual se diligenció con lapicero de tinta negra y codificada por el servicio al cual pertenece el encuestado; con el fin de indicar mediante el respectivo análisis de estas, las fortalezas y debilidades de la cultura en seguridad del paciente por servicio. Se expuso al funcionario inicialmente el consentimiento informado, en donde se dio a conocer al trabajador la justificación y los objetivos de la investigación, al igual que las molestias o riesgos y los beneficios que esta aportara para su institución, con lo cual se pretendía contextualizar y orientar al modelo con el fin de obtener respuestas claras frente a cada una de las preguntas, las cuales estuvieron guiadas por cada uno de los investigadores en acompañamiento total a los funcionarios en su realización.

Se aclaró a cada funcionario que su identidad estuvo totalmente protegida, con el fin de obtener respuestas sinceras y de valor e igualmente se dio a conocer su total libertad de dejar de participar en dicha investigación, en el momento que así lo considere pertinente.

Frente al análisis de la información, esta fue tabulada electrónicamente mediante el programa de Excel en donde por medio de tablas dinámicas fue manipulada y filtrada la información con el fin de clasificar por servicios cada uno de los resultados y cuantificar dichas respuestas para valorar su fortaleza o debilidad en cada uno de los ítems establecidos de la encuesta.

Las variables generadas por medio de la aplicación de la encuesta en el personal de Viva 1 A IPS, son de tipo cualitativas (categóricas) tanto nominales como ordinales las cuales serán presentadas mediante tortas y barras por proporciones como resumen estadístico de la información obtenida.

Tabla 1. Encuesta de Cultura de Seguridad del Paciente del Ministerio de la Protección Social de la república de Colombia

VARIABLE	NOMBRE	TIPO	NIVEL DE MEDICION	OPERACIONALIZACION
Unidad de trabajo	Apoyo en equipo	cualitativa	nominal	Muy desacuerdo En desacuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo De acuerdo Muy de acuerdo
	Suficiente personal	cualitativa	nominal	Muy desacuerdo En desacuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo De acuerdo Muy de acuerdo
	Respeto	cualitativa	Nominal	Muy desacuerdo En desacuerdo

					Ni de acuerdo nien desacuerdo De acuerdo Muy de acuerdo	
		Existencia de medidas preventivas	cualitativas	Nominal	Muy desacuerdo En desacuerdo Ni de acuerdo nien desacuerdo De acuerdo Muy de acuerdo	
		Procedimientos seguros para el paciente	cualitativas	Nominal	Muy desacuerdo En desacuerdo Ni de acuerdo nien desacuerdo De acuerdo Muy de acuerdo	
	Jefes Superiores	Reconocimiento laboral al personal	cualitativa	Nominal	Nunca Rara vez Algunas veces La mayoría del tiempo Siempre	
		Aceptación de sugerencias	cualitativa	Nominal	Nunca Rara vez Algunas veces La mayoría del tiempo Siempre	
		Presión Laboral	cualitativa	Nominal	Nunca Rara vez Algunas veces La mayoría del tiempo Siempre	
		Indiferencia hacia los problemas de seguridad del paciente	cualitativa	Nominal	Nunca Rara vez Algunas veces La mayoría del tiempo Siempre	

	Comunicación	Información de cambios de mejora	cualitativa	Nominal	Nunca Rara vez Algunas veces La mayoría del tiempo Siempre	
		Información de errores	cualitativa	Nominal	Nunca Rara vez Algunas veces La mayoría del tiempo Siempre	
		Se cuestionan las decisiones de la autoridad	cualitativa	Nominal	Nunca Rara vez Algunas veces La mayoría del tiempo Siempre	
		Se discute sobre la prevención de errores.	cualitativa	Nominal	Nunca Rara vez Algunas veces La mayoría del tiempo Siempre	
		Libertad de expresión para preguntas e inquietudes	cualitativa	Nominal	Nunca Rara vez Algunas veces La mayoría del tiempo Siempre	
	Frecuencia de sucesos notificados	Frecuencia de notificaciones de errores	cualitativa	Nominal	Nunca Rara vez Algunas veces La mayoría del tiempo Siempre	
	Grado de	Valorar la seguridad	Cualitativa	Nominal	Nunca	

	seguridad del paciente	del paciente en el área			Rara vez Algunas veces La mayoría del tiempo Siempre	
	Su IPS	Ambiente laboral por parte de la Directiva de la IPS	Cualitativa	Nominal	Nunca Rara vez Algunas veces La mayoría del tiempo Siempre	
		Coordinación entre las unidades de la IPS	Cualitativa	Nominal	Nunca Rara vez Algunas veces La mayoría del tiempo Siempre	
		Cooperación y colaboración entre las unidades de la IPS	Cualitativa	Nominal	Nunca Rara vez Algunas veces La mayoría del tiempo Siempre	
		Perdida de información entre los cambios de turno	Cualitativa	Nominal	Nunca Rara vez Algunas veces La mayoría del tiempo Siempre	
		Dificultades en el intercambio de información entre servicios de la IPS	Cualitativa	Nominal	Nunca Rara vez Algunas veces La mayoría del tiempo Siempre	
		Para la IPS hay prioridad en	Cualitativa	Nominal	Nunca Rara vez	

		seguridad del paciente			Algunas veces La mayoría del tiempo Siempre	
	Notificación de sucesos	Número de sucesos notificados	cuantitativo	Razón	Ninguna notificación De 1 a 2 notificaciones De 3 a 5 notificaciones De 6 a 10 notificaciones De 11 a 20 notificaciones 21 notificaciones o mas	
	Características de los encuestados	Tiempo laborados en la IPS	cuantitativo	Razón	Menos de 1 año De 1 a 5 años De 6 a 10 años De 11 a 15 años De 16 a 20 años 21 años o mas	
		Tiempo trabajado en el actual servicio	cuantitativo	Razón	Menos de 1 año De 1 a 5 años De 6 a 10 años De 11 a 15 años De 16 a 20 años 21 años o mas	
		Horas semanales laboradas en la IPS	cuantitativo	Razón	Menos de 20 horas a la semana De 20 a 30 horas en la semana De 40 a 59 horas a ala semana De 60 horas a la semana o mas	
		Profesión	cualitativo	Nominal	Enfermero/a Administrativo Medico Personal de Salud	
		Tiene contacto	cualitativo	Nominal	Si	

	directo con el paciente			No
	Tiempo trabajado en la actual profesión	cuantitativo	Razón	Menos de 1 año De 1 a 5 años De 6 a 10 años De 11 a 15 años De 16 a 20 años 21 años o mas

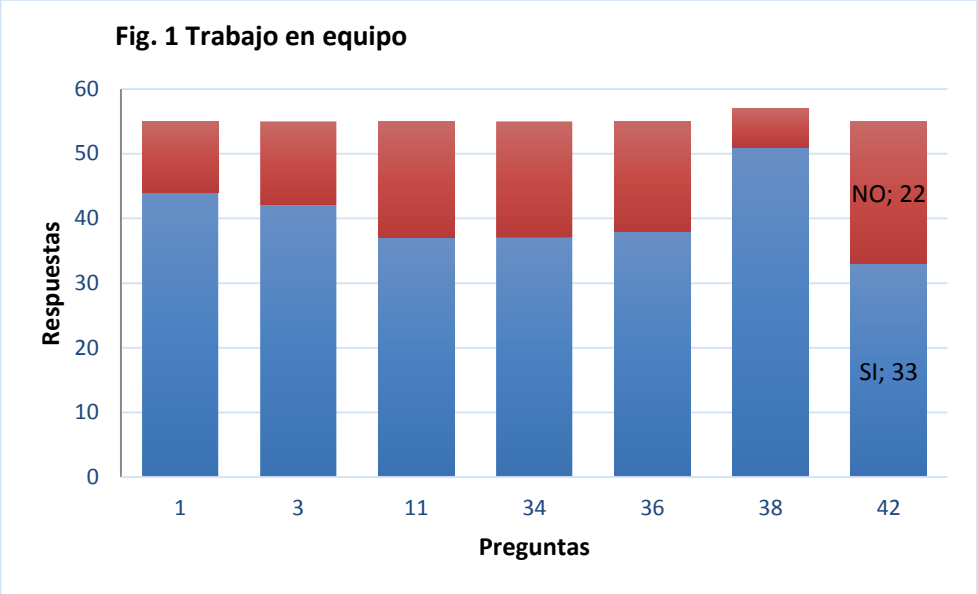
7. RESULTADOS O DISCUSIÓN

La atención en salud, marca la pauta en cuanto a la integración de diferentes actividades, provenientes de distintos profesionales, no solo del área de la salud, sino de un sin número de especialidades, generando así grandes grupos interdisciplinarios que en conjunto desarrollan y establecen una atención segura y eficiente para el paciente.

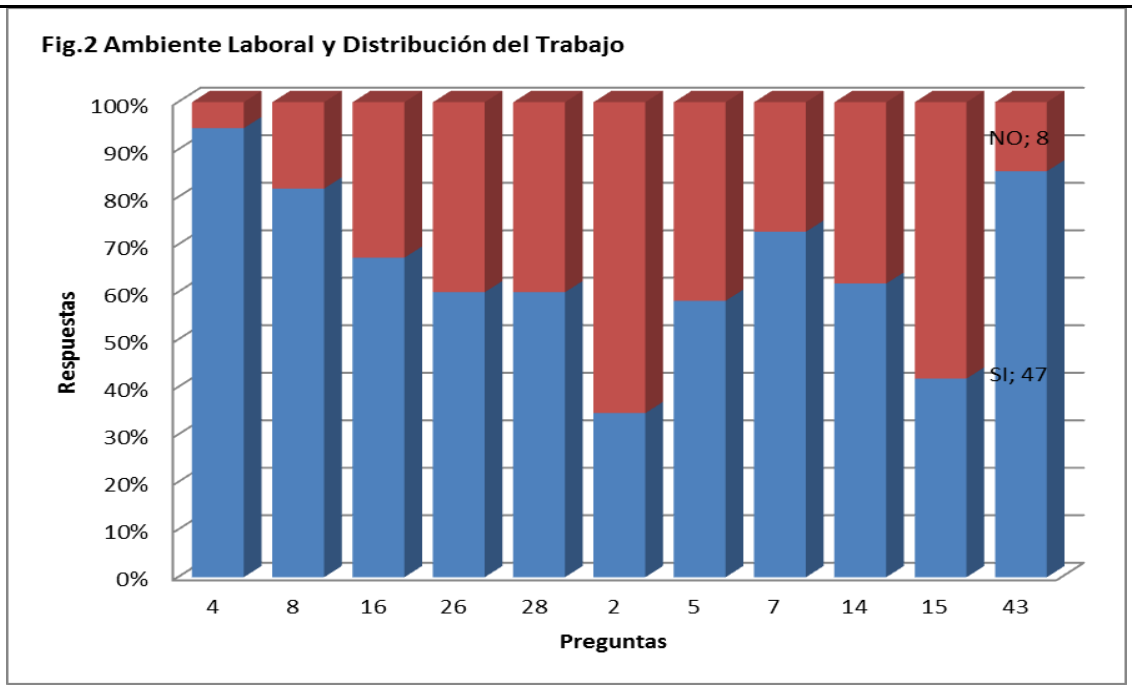
Lo anterior, indica la necesidad de generar dentro de cada institución, grupos con alto nivel de compromiso frente a la seguridad del paciente, que unifiquen fuerzas para fortalecer y perfeccionar sus actividades.

La evaluación de la cultura de seguridad del paciente en los trabajadores de la institución prestadora de salud Viva 1 A en sus sedes de Cambulos en la ciudad de Cali y en la sede de Toberin en la ciudad de Bogotá, se realizó bajo la modalidad de encuesta dada por el instrumento de autoría del Ministerio de la Protección Social de la república de Colombia denominada: Encuesta de Clima de Seguridad del Paciente.

Las preguntas de la encuesta fueron asociadas en cinco grupos, Trabajo en equipo, ambiente laboral y distribución del trabajo, cultura del reporte, comunicación e información y participación activa de líderes.



En la figura 1 logramos identificar para cada uno de los ítem aplicados en la encuesta y relacionados con el aspecto del trabajo en equipo, que en la IPS de Viva 1 A, se alcanza y percibe un nivel adecuado de este valioso trabajo que es reflejado en la satisfacción y seguridad de sus pacientes afiliados. Identificamos que este nivel de trabajo en equipo, se logra gracias a la voluntad de cada uno de los funcionarios de la institución y a su compromiso adquirido en ser garante de la salud de los pacientes de su institución.

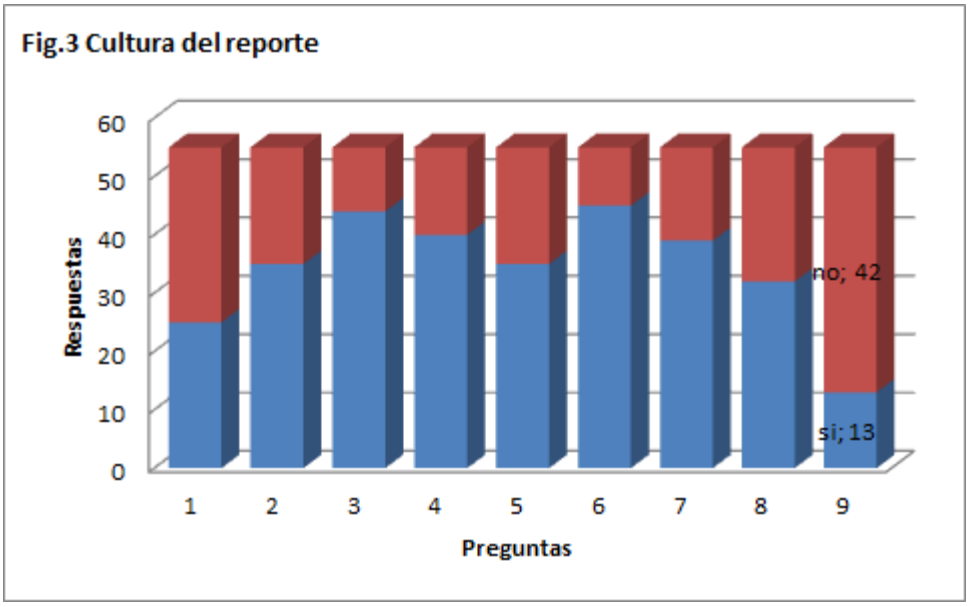


En la figura 2 se puede identificar el estado en que se encuentra el ambiente y carga laboral dentro de la institución ya que se relacionan diversos factores que afectan los objetivos de la institución en cuanto a la productividad y sentido de pertenencia.

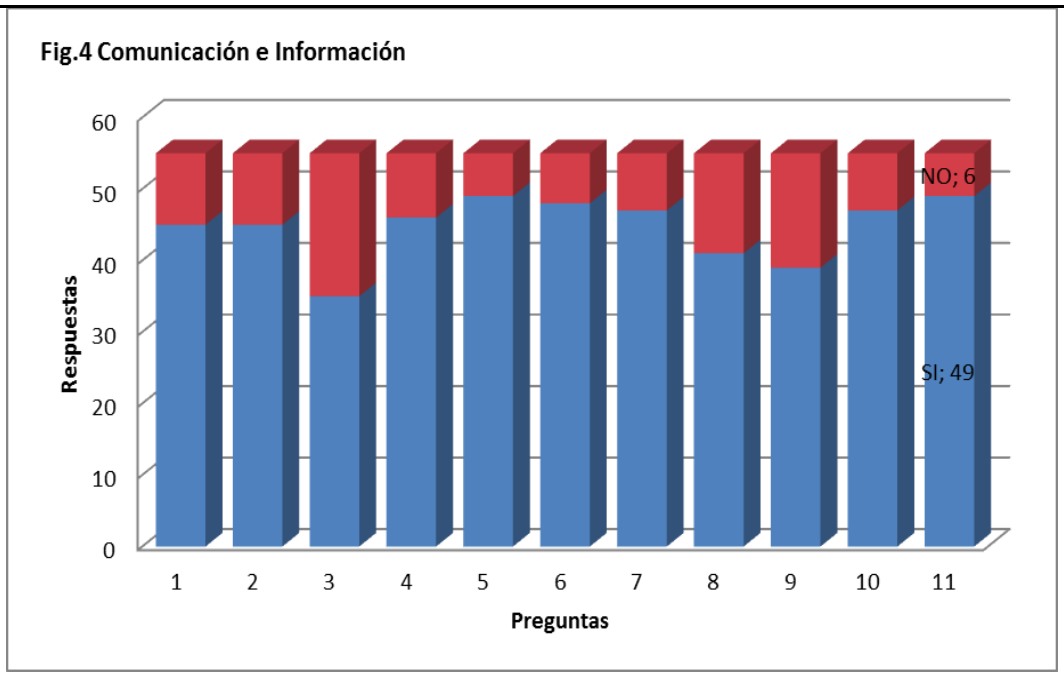
Para Viva 1 A IPS es de gran interés conocer que clima laboral se maneja en su entorno y reconocer también si las cargas laborales están bien distribuidas para lograr identificar cuáles serían los puntos a mejorar; es por esto que se analiza el resultado de las gráficas que arrojan dichas encuestas, en donde se evidencia que hay buen trato entre el personal, un trato con respeto que conlleva a buenas relaciones interpersonales entre los compañeros; logrando una muy buena comunicación y receptividad entre estos, sin presentar ninguna dificultad en el momento que requieran intercambiar información de sus pacientes, como por ejemplo en una entrega de turno, en donde estos cambios no afectarían la integridad del paciente, también se evidencia que no se siente temor de hacer preguntas si algo se encuentra mal, se sienten libres de poder opinar y dar a conocer sus puntos de vista a los altos mandos. Los colaboradores trabajan libremente sin ninguna clase de presión haciendo las cosas bien hechas y con la mejor disposición.

En cuanto a la cantidad de personal con que cuenta la IPS para afrontar las cargas laborales, se identifica que este es insuficiente y no se cuenta con el personal de apoyo suficiente para sobrellevar las cargas al momento de requerirlo

(contingencias, incapacidades, licencias). Los colaboradores comunican a través de las encuestas que se ve comprometida la seguridad del paciente por la sobrecarga laboral.

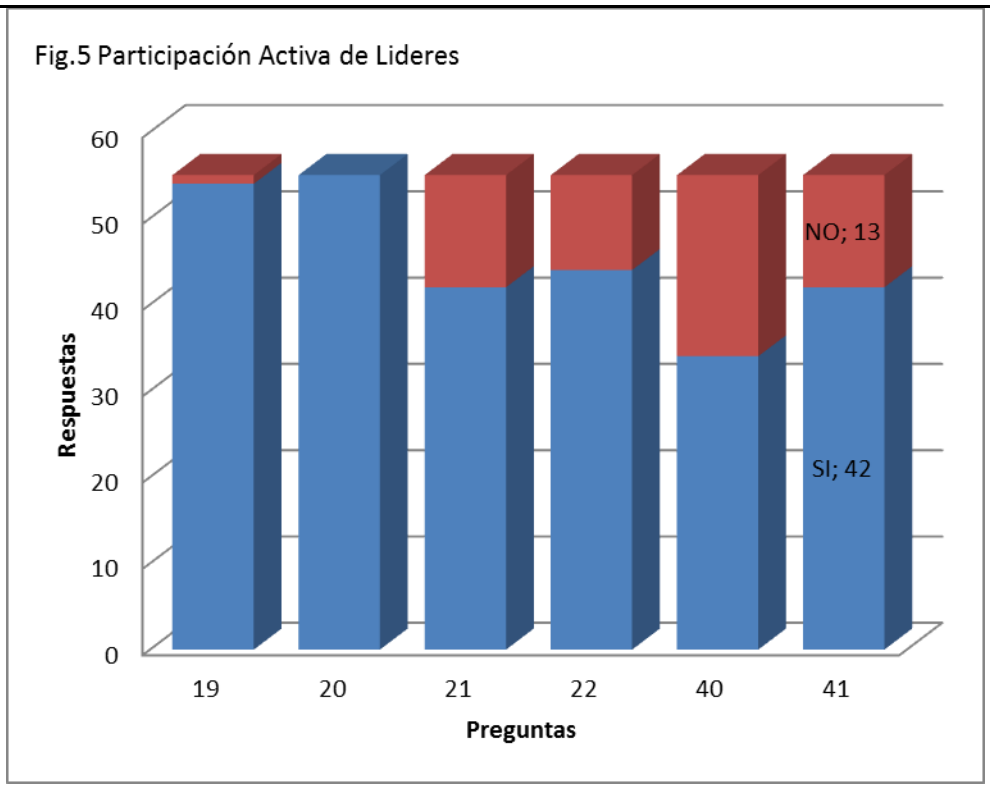


En la figura 3, podemos observar que los colaboradores tienen claro que su principal objetivo en su trabajo como profesionales de la salud es la seguridad del paciente tienen consciencia que es un punto fundamental realizan actividades para velar por la seguridad, hay trabajo en equipo y no se juzgan los errores, se notifican los eventos adversos independientemente que signifiquen o no daño al paciente, sin embargo se observa que no se realizan con la regularidad que se necesita para llevar a cabo un seguimiento exhaustivo y con periodicidad para realizar un análisis de los acontecimientos ocurridos.



A través de la figura 4 se puede analizar que la comunicación e información en las sedes escogidas para desarrollar esta investigación, cumple con las metas propuestas de Viva 1 A, ya que se evidencia que en un porcentaje mayor al 60% de las respuestas dadas por los colaboradores encuestados, manifiestan confianza y tranquilidad al momento de hacer un reporte de evento adverso o error que pueda afectar la seguridad del paciente, evaluando lo sucedido, tomando medidas de corrección y socializándolas en conjunto con el fin de evitar que se presenten estos sucesos nuevamente; el personal restante corresponde a colaboradores nuevos o en etapa de adaptación y adherencia a los protocolos de la organización.

En la mayoría de preguntas, los colaboradores manifiestan que no se presentan faltas, fallas o pérdidas de la información sobre los pacientes en los cambios de turno, en los cambios de áreas o unidades de servicio, siendo esto un punto positivo que favorece a la seguridad del paciente.



Es posible evidenciar a través de la figura 5 que en Viva 1 A según los colaboradores encuestados, existe una participación activa de líderes comprometidos a adoptar y comunicar estrategias que permitan mejorar la seguridad del paciente. Por su parte los líderes de esta institución dan reconocimiento al buen trabajo de los colaboradores, motivando así al personal a que participar en el aseguramiento de la calidad y mejorando el quehacer de los diferentes procesos, contribuyendo de esta manera a la seguridad del paciente.

8. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

8.1 CONCLUSIONES

Se puede concluir que Viva 1ª IPS en las sedes de Toberin en Bogotá y Cambulos en la ciudad de Cali está desarrollando estrategias que hagan parte del programa de mejoramiento para la seguridad del paciente, está preparando sus colaboradores para crear cultura dentro de la organización.

La empresa se encuentra en formación constante para el crecimiento y reconocimiento como una entidad prestadora de servicios de salud con calidad, calidez y oportunidad brindándole mayor seguridad al paciente, generándole confianza y satisfacción.

De acuerdo a los resultados obtenidos de la aplicación de la encuesta de cultura de seguridad del paciente, se logra identificar las fortalezas y las debilidades en cada una de las sedes investigadas; en donde podemos decir que para la sede de Cambulos en la ciudad de Cali, los siguientes factores: insuficiente personal para afrontar la carga laboral, sobrecarga laboral, disminución de actividades en pro de la seguridad del paciente y las falencias en la comunicación, son las debilidades identificadas por medio de las respuestas expresadas por sus trabajadores en las diferentes áreas. En la sede de Toberin en la ciudad de Bogotá, igualmente se identifican las siguientes debilidades: insuficiente personal para afrontar la carga laboral, sobrecarga laboral, el personal no siente libertad de cuestionar las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad y se evidencia falta de trabajo unificado y coordinado para proveer el mejor cuidado a los pacientes. Con la anterior información, se da la pauta a la empresa, para implementar acciones de mejora que transformen estas debilidades y las conviertan en futuras fortalezas.

Por otro lado, en cuanto a las fortalezas, se identifica que para la sede de Cambulos, se resaltan 23 de estas, de las cuales las más representativas son: la capacidad del jefe de considerar seriamente las urgencias del personal para mejorar la seguridad de los pacientes y la valoración general en seguridad del paciente por parte de los trabajadores a su área de trabajo con calificaciones de un 100%.

Los factores de la cultura de seguridad del paciente, fueron clasificados y analizados por medio de esta investigación, arrojando información valiosa respecto a su evaluación en donde se logró concluir que el nivel del trabajo en equipo dentro de la empresa Viva 1 A, es adecuado gracias a la voluntad de cada uno de los funcionarios de la empresa por brindar lo mejor de sí en cada uno de sus procesos realizados. En cuanto a la participación activa de líderes, estos están comprometidos en adoptar y comunicar estrategias que permitan mejorar la seguridad del paciente. Esto se ve representado como una de las fortalezas calificada dentro de la encuesta, pues el

reconocimiento de los líderes hacia los colaboradores por el buen trabajo, genera motivación y renueva el clima organizacional.

La cultura de reporte en esta organización, es un factor que se desarrolla adecuadamente en cuanto al no sesgar los tipos de eventos generados; sin embargo, se ve afectado por la regularidad o frecuencia con la cual se realizan dichos reportes. A diferencia del anterior factor, la comunicación e información en Viva 1 A, se puede considerar como una gran fortaleza por el buen direccionamiento de la información, confianza al momento de reportar un evento adverso y socialización de los mismos para contribuir con la seguridad del paciente.

El ambiente laboral que se evidencia por medio del instrumento de evaluación, es bueno, gracias al buen trato entre el personal, resaltando el valor del respeto como una de sus fortalezas. En cuanto a la carga laboral, se identifica que el personal es insuficiente y adicional, no se cuenta con el personal de apoyo suficiente para sobrellevar las cargas al momento de requerirlo frente a contingencias

El estado de apropiación e implementación del programa de seguridad del paciente desarrollado por el departamento de calidad de la IPS Viva 1 A, es de un buen nivel; al contar dentro de los ítems indagados por medio del instrumento y plasmados de forma general para ambas sedes investigadas con un porcentaje del 56% de fortalezas, un 66 % de cumplimiento y tan solo un 7% de debilidades en sus 44 factores analizados.

Viva 1 A IPS es una organización con objetivos claros, que se preocupa por sus colaborares, quienes reflejan en su trabajo la satisfacción de ser parte de la institución, por prepararlos, capacitarlos y mantenerlos actualizados en cada uno de sus cargos, para así desempeñar mejor su labor y ofrecerle a los usuarios una atención oportuna e integral. Se preocupa por estar a la vanguardia de la tecnología y de los servicios que faciliten la efectividad de los procesos.

8.2 RECOMENDACIONES

Mediante este trabajo, se desarrolló una investigación que permitió evaluar la cultura de seguridad del paciente en los trabajadores de la IPS a estudio, en las sedes de Cambulos en la ciudad de Cali y en la sede de Toberin en la ciudad de Bogotá; para las cuales, se recomienda fomentar día a día las fortalezas identificadas y que estas se sostengan a lo largo del tiempo con la finalidad de ser ejemplo y motor para los nuevos trabajadores que formen parte de la institución e igualmente generar planes de mejora para superar las debilidades encontradas mediante las respuestas dadas por cada uno de los colaboradores de la empresa y poder asegurar plenamente un alto nivel de seguridad del paciente en cada uno de los servicios ofertados.

Tanto para la sede de Toberin como la sede de Cambulos, se recomienda realizar una validación de cada uno de los procesos de sus servicios, con la finalidad de obtener indicadores medibles que determinen la productividad y eficiencia de su personal asignado y mediante estos, tomar decisiones para ajustar adecuadamente la carga laboral (actividades asignadas) y prever la sobrecarga laboral.

Se sugiere fomentar y valorar la herramienta de la comunicación en ambas sedes, vista como el camino para identificar lo bueno y lo malo dentro de los procesos, e igualmente se convierte en el canal para transmitir y sostener una cultura organizacional en pro de la seguridad del paciente.

Para conseguir una buena gestión de la cultura en seguridad del paciente, se requiere de la implementación de programas de auditoria que estén atentos al seguimiento, implementación y adherencia del programa de seguridad del paciente y evaluando si este realmente se convierte en un modelo cultural y no en una práctica impuesta que se ejecuta en discontinuidad.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRAFÍAS

1. Ministerio de salud . Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente en la república de Colombia 2008. Colombia: Ministerio de salud; 2008

2. Briozzo, G.;Perego, M. del C.;Der Parsehian, S. (2008). Seguridad del paciente. Contribución del laboratorio clínico. Indicadores y propuestas. Bioquímica y Patología Clínica, 72 (2), 19-25.

3. Gutierrez, R.(2007). Seguridad del paciente conceptos y antecedentes. CONAMED, 12 (2), 4-7.

4. Ministerio de protección social. Promoción de la cultura de seguridad del paciente 2010. Colombia: Ministerio de protection social; 2010.

5. To Err Is Human: Building a Safer Health System Linda T. Kohn, Janet M. Corrigan, and Molla S. Donaldson, Editors;Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine. Washington,DC,National Academy Press 2000.

6. Moreno Campoy E.E , Mérida de la Torre F.J, Buño Soto, M. Caballero Ruiz M. A. Cuadrado Cenzual, A, Fernández Nogueira, A.M. et. al. Sociedad Española de Bioquímica Clínica y Patología Molecular (SEQC), Comité científico Grupo de trabajo de Seguridad del Paciente: Seguridad del paciente. Documento básico 2011.

7. Soule B, Seguridad del paciente. Disponible en : http://theific.org/wp-content/uploads/2014/08/Spanish_ch1_PRESS.pdf

8. Ministerio de sanidad y consumo. Seguridad del paciente en siete pasos 2005. Madrid: Ministerio de sanidad y consumo; 2005.

9. Gómez Ramírez O, Arenas Gutiérrez w, González Vega L, Garzón Salamanca J, Mateus Galeano E, Soto Gámez A. Cultura de seguridad del paciente por personal de enfermería en Bogotá, Colombia. Ciencia y enfermería 2011; 17(3) : 97-111.

10. Gómez Ramírez O, Soto Gámez A, Arenas Gutiérrez A, Garzón Salamanca J, González Vega A, Mateus Galeano E. Una mirada actual de la cultura de seguridad del paciente, av.enferm 2011; 29 (2): 363-374.

11. Ministerio de sanidad y consumo. Seguridad del paciente La seguridad del paciente una dimensión esencial de la calidad asistencial. Disponible en : http://www.seguridaddelpaciente.es/formacion/tutoriales/MSC-CD1/contenidos/unidad2.1.html

12. Ministerio de la protección social. Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente 2008. Colombia. Ministerio de la protección social; 2008.

13. Ministerio de salud y protección social. Politica de seguridad del paciente, disponible en: http://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/Seguridad-del-Paciente.aspx

14. Organización mundial de la salud. Preambulo a las soluciones para la seguridad del paciente 2007.

15. Chavarría-Islas R, Sandoval Islas E, Peláez-Méndez K, Radilla-Vázquez C. Satisfacción laboral del personal médico en el Servicio de Urgencias Adultos en un Hospital General Regional. CONAMED. 2009 Junio, (fecha de acceso 15 diciembre 2014), 14 (27). Disponible en : http://www.conamed.gob.mx/publicaciones/pdf/rev_abr-jun_2009.pdf

16. Ministerio de la Protección Social. Herramientas para promover la estrategia de la Seguridad del Paciente en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud 2007.Bogota: Ministerio de la Protección Social 2007.

17. Ministerio de la protección social. Guía técnica buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud 2010. Colombia. Ministerio de la protección social 2010.

18. Ministerio de la protección social. Promoción de la cultura de seguridad del paciente. Colombia. Disponible en: https://mail.google.com/mail/u/0/?tab=wm#inbox/14b29b256e091b0f?projector=1

19. Camacho López P, Gómez Arbeláez D, Eduardo García D, Rey Serrano J. La Seguridad del Paciente, estrategia de excelencia para la Atención Primaria en Salud, Revista del Observatorio de Salud Pública de Santander 2012; (3) : 32-34.

20. Rodríguez H C.E. Estudio latinoamericano de seguridad de paciente y Acreditación en Salud. Revista Normas & Calidad. 24-27. Disponible en : http://www.acreditacionensalud.org.co/catalogo/docs/Normas%20y%20Calida

d%20No%2074.pdf

21. Unidad de Gestión de Riesgo Clínico AOP. CGA. Hospital Padre Hurtado. Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el Hospital Padre Hurtado. Disponible en: http://www.supersalud.gob.cl/observatorio/575/articles-6440_EstudioHPH.pdf

10. ANEXO

Tabulación de encuesta por sede

	SEDES	CAMBULOS (CALI)			TOBERIN (BOGOTA)			VIVA 1 A		
#	ITEM	FORTALEZA	CUMPLE	OPORTUNIDAD DE MEJORA	FORTALEZA	CUMPLE	OPORTUNIDAD DE MEJORA	FORTALEZA	CUMPLE	OPORTUNIDAD DE MEJORA
1	1. El personal de salud se apoya mutuamente en esta unidad	81%			78%			80%		
2	2. Tenemos suficiente personal para aforntar la carga laboral			78%			70%			75%
3	3. Cuando tenemos mucho trabajo, trabajamos en equipo para terminrlo	75%			78%			76%		
4	4. En esta unidad, el personal se trata con respeto	94%			96%			95%		
5	5. El personal en esta unidad trabaja mas horas de lo que seria conveniente para el cuidado del paciente			50%			70%			55%
6	6. Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente			50%		61%			55%	
7	7. Tenemos mas personal de sustitucion eventual del que es conveniente para el cuidado del paciente			72%			74%			73%
8	8. El personal siente que sus errores son utilizados en su contra	84%			78%			82%		
9	9. Cunado se detecta algun fallo, se pone en marcha medidas para evitar que vuelvan a ocurrir		72%		96%			82%		
10	10. Solo por casualidad no ocurren mas errores en esta unidad		66%		78%				71%	
11	11. Cuando alguien esta sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda de sus compañeros		72%			61%			67%	
12	12. Cuando se informa de un evento adverso, se siente que se juzga a la persona y no el problema	88%			87%			87%		
13	13. Despues de introducir cambios para mejorar la seguridad de los pacientes, evaluamos su efectividad		63%			70%			65%	
14	14. Frecuentemente, trabajmos bajo presion intentando hacer mucho, muy rapidamente		63%			61%			62%	
15	15. La seguridad del paciente nunca se compromete por hacer mas trabajo		56%			61%			58%	
16	16. El personal teme que los errores que cometen consten en sus expedientes		63%			74%			67%	
17	17. En esta unidad tenemos problemas con la seguridad de los pacientes	84%			78%			82%		
18	18. Nuestros procedimientos y sistemas son efectivos para la prevencion de errores		59%			70%			64%	
19	19. Mi superior / jefe hace comentarios favorables cuando ve un trabajo hecho de conformidadcon los procedimientos establecidos	90%			91%			90%		
20	20. Mi superior / jefe considera seriamente las urgencias del personal para mejorar la seguridad de los pacientes	100%			95%			98%		

21	21. Cuando la presion de trabajo aumenta, mi superior / jefe quiere que trabajemos mas rapido, aunque se ponga a riesgo la seguridad de los pacientes.	75%			78%			76%		
22	22. Mi superior / jefe no hace caso de los problemas de seguridad en los pacientes aunque se repitan una y otra vez	75%			86%			80%		
23	23. Se nos informa sobre los cambios realizados a partir de los sucesos que hemos notificado	81%			86%			83%		
24	24. El personal comenta libremente si ve algo que podria afectar negativamente el ccuidado del paciente	97%			78%			89%		
25	25. Se nos informa sobre los errores que se cometen en la unidad	90%			83%			87%		
26	26. El personal se siente libre de cuestionar las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad.		69%				48%		60%	
27	27. en esta unidad, discutimos como se pueden prevenir los errores para que no vulevan a suceder.	88%			82%			85%		
28	28. El personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo, aparentemente, no esta bien			69%		39%			42%	
29	29. Cuando se comete un error, pero es descubierto y corregido antes de afectar al paciente, ¿con que frecuencia es notificado?	82,0%			87%			84%		
30	30. Cuando se comete un error, pero no tiene el potencial de dañar al paciente, ¿con que frecuencia es notificado?	91%			83%			90%		
31	31. Cuando se comete un error que pudiese dañar al paciente, pero no lo hace , ¿con que frecuencia se notifica?	84%			83%			87%		
32	32. Por favor, dele a su servicio /unidad / area de trabajo una valoracion general en seguridad del paciente. Marque una respuesta	100%			100%			100%		
33	33. La direccion de la IPS propicia un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente	78%			83%			78%		
34	34. Los servicios / unidades de la IPS no se coordinan bien entre ellos		69%			52%			62%	
35	35. La informacion de los pacientes se pierde, en parte, cuando son trasladados de un servicio / unidad a otro		69%			74%			71%	
36	36. Hay buena cooperacion entre los servicios / unidades del centro que necesitan trabajar juntos		69%			69%			69%	
37	37. A menudo se pierde informacion importante de los pacientes ddurante los cambios de turno	84%			87%			85%		
38	38. En este centro, con frecuencia resulta incomodo trabajar con personal de otros servicios / unidades	94%			83%			89%		
39	39. Con frecuencia es problemático el intercambio de informacion entre los servicios / unidades de este centro	91%			87%			89%		
40	40. Las acciones de la direccion del centro muestran que la seguridad del paciente es altameente prioritaria		62%			56%			60%	
41	41. La direccion del centro solo parece interesada en la seguridad del paciente despues de que ocurre el suceso		72%		83%			76%		
42	42. Los servicios / unidades del centro trabajan juntos y coordinadamente para proveer el mejor cuidado a los pacientes		69%				48%		60%	
43	43. Los cambios de turno son problematicos para los pacientes en este centro	87%			83%			85%		
44	44. ¿Existe en su centro un procedimiento para notificar incidentes o efectos adversos?		66%			56%			62%	