

EVALUACIÓN DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA IPS
MEDICINA DOMICILIARIA DE COLOMBIA SAS DE LA CIUDAD DE POPAYÁN,
VIGENCIA 2015.

..

JUAN DIEGO CORDOBA LOZADA
YURANI MILET GARZÓN TÚQUERRES
NORA JUDITH ESPADA GARCÌA
DIANA PAOLA RAMIREZ GÒMEZ

UNIVERSIDAD CATOLICA DE MANIZALES
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÒN EN ADMINISTRACIÒN EN SALUD
POPAYÁN

2015

EVALUACIÓN DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA IPS
MEDICINA DOMICILIARIA DE COLOMBIA SAS DE LA CIUDAD DE POPAYÁN,
VIGENCIA 2015.

JUAN DIEGO CORDOBA LOZADA
YURANI MILET GARZÓN TÚQUERRES
NORA JUDITH ESPADA GARCÍA
DIANA PAOLA RAMIREZ GÓMEZ

TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR AL TÍTULO DE ESPECIALISTAS EN ADMINISTRACIÓN
EN SALUD

DOCENTE INVESTIGADOR:
RICHARD NELSON ROMAN
[ASESOR CONCEPTUAL Y METODOLÓGICO]

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE MANIZALES

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

ESPECIALIZACIÓN EN ADMINISTRACIÓN EN SALUD.

POPAYÁN

2015

2

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Católica de Manizales que nos permitió la formación como especialistas con integridad ética, pertinencia e idoneidad profesional, de igual forma la colaboración brindada por el gerente Víctor Manuel Hoyos , la coordinadora de Talento Humano Consuelo Prado quiénes nos autorizaron la realización de este proyecto en la empresa Medicina Domiciliaria de Colombia, de igual forma al personal administrativo y asistencial quienes fueron parte fundamental del estudio, al realizar las encuestas pertinentes para este trabajo y al docente: Richard Nelson Román asesor de esta investigación, quién con su apoyo permitió el desarrollo y culminación exitoso de este proyecto.

INDICE

| | Pág.- |
|---|-------|
| RESUMEN | 19 |
| CAPITULO I | 21 |
| 1 PROBLEMA | 21 |
| AREA PROBLEMÁTICA | 21 |
| FORMULACION DEL PROBLEMA | 22 |
| ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN | 23 |
| JUSTIFICACIÓN 1.4 | 28 |
| CAPITULO II | 31 |
| 2 OBJETIVOS | 31 |
| 2.1 OBJETIVO GENERAL | 31 |
| 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS | 31 |
| CAPITULO III | 32 |
| 3. REFERENTE TEÒRICO | 32 |
| 3.1SEGURIDAD DEL PACIENTE | 32 |
| 3.2 EVENTO ADVERSO | 33 |
| POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE 3.3 | 34 |
| 3.3.1 HERRAMIENTAS PARA PROMOVER LA ESTRATEGIA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE: | 35 |
| 3.4 CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE | 37 |
| CAPITULO IV | 38 |

| | |
|---|----|
| 4 DISEÑO METODOLÓGICO | 38 |
| 4.1 TIPO DE ESTUDIO | 38 |
| 4.2 POBLACIÓN Y MUESTRA | 38 |
| 4.3. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN: | 38 |
| 4.4 VARIABLES | 39 |
| 4.4.1 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES | 39 |
| 4.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE LA INFORMACIÓN | 41 |
| 4.6 PROCEDIMIENTO | 41 |
| 4.7 METODOS Y TÉCNICAS PARA EL ANALISIS DE LOS DATOS | 41 |
| DISEÑO Y MANEJO DE LAS BASES DE DATOS | |
| CAPITULO V | 43 |
| 5 ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS | 43 |
| 5.1 ASISTENCIAL | 43 |
| SECCION A: AREA DE TRABAJO | 43 |
| SECCION B: SU JEFE INMEDIATO | 56 |
| SECCION C: COMUNICACION | 60 |
| SECCION D: FRECUENCIA DE EVENTOS ADVERSOS | 66 |
| SECCION E: GRADO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE | 69 |
| SECCION F: SU INSTITUCION | 70 |
| SECCION G: NUMERO DE EVENTOS ADVERSOS | 80 |
| SECCION H: ANTECEDENTES | 82 |

| | |
|--|-----|
| SECCION J: ATENCION SEGURA | 82 |
| ADMINISTRATIVAS | 83 |
| SECCION A: AREA DE TRABAJO | 89 |
| SECCION B: SU JEFE INMEDIATO | 98 |
| SECCION C: COMUNICACIÓN | 102 |
| SECCION D; GRADO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE | 111 |
| SECCION E :SU INSTITUCION | 112 |
| SECCION F: ANTECEDENTES | 135 |
| SECCION H :ATENCION SEGURA | 142 |
| 6 CONCLUSIONES | 143 |
| 7. RECOMENDACIONES | 145 |
| 8. BIBLIOGRAFIA | 146 |

LISTA DE TABLAS

| | Pág.- |
|--|-------|
| ASISTENCIAL | 43 |
| SECCION A: AREA DE TRABAJO | 43 |
| TABLA NUMERO .1: EN ESTA UNIDAD, LA GENTE SE APOYA MUTUAMENTE. | 43 |
| TABLA NUMERO 2: TENEMOS SUFICIENTE PERSONAL PARA REALIZAR EL TRABAJO | 44 |
| TABLA NUMERO 3: CUANDO NECESITAMOS TERMINAR UNA GRAC CANTIDAD DE TRABAJO, LO HACEMOS EN EQUIPO | 45 |
| TABLA NUMERO 4: EN ESTA UNIDAD EL PERSONAL SE TRATA CON RESPETO | 46 |
| TABLA NUMERO 5: EL PERSONAL EN ESTA UNIDAD TRABAJA MÁS HORAS DE LO ESTABLECIDO PARA EL CUIDADO DEL PACIENTE | 47 |
| TABLA NUMERO 6: ESTAMOS HACIENDO ACCIONES PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE | 48 |
| TABLA NUMERO 7: USAMOS MAS PERSONAL TEMPORAL DE LO ADECUADO, PARA EL CUIDADO DEL PACIENTE | 49 |
| TABLA NUMERO 8: EL PERSONAL SIENTE QUE SUS ERRORES SON USADOS EN SU CONTRA | 50 |
| TABLA NUMERO 9: ES SOLO POR CASUALIDAD QUE ACÁ NO OCURRAN ERRORES MÁS SERIOS | 51 |

| | |
|---|----|
| TABLA NUMERO 10: LA SEGURIDAD DEL PACIENTE NUNCA SE COMPROMETE POR HACER MAS TRABAJO | 52 |
| TABLA NUMERO 11: LOS EMPLEADOS SE PREOCUPAN DE QUE LOS ERRORES QUE COMETEN QUEDEN REGISTRADOS EN SUS HOJAS DE VIDA | 53 |
| TABLA NUMERO 12: NO TENEMOS PROBLEMAS CON LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES EN ESTA UNIDAD | 54 |
| TABLA NUMERO 13: NUESTROS PROCEDIMIENTOS Y SISTEMAS SON EFECTIVOS PARA LA PREVENCIÓN DE ERRORES QUE PUE DAN OCURRIR | 55 |
| SECCIÓN B: SU JEFE INMEDIATO | 56 |
| TABLA NUMERO 1: MI JEFE HACE COMENTARIOS FAVORABLES CUANDO VE UN TRABAJO HECHO DE ACUERDO A LOS PROCEDIMIENTOS ESTABLECIDOS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE | 56 |
| TABLA NUMERO 2: MI JEFE ACEPTA LAS SUGERENCIAS DEL PERSONAL PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES | 57 |
| TABLA NUMERO 3: CUANDO LA PRESION SE INCREMENTA MI JEFE QUIERE QUE TRABAJEMOS MAS RAPIDO, AUNQUE ESTO REQUIERA SALTAR PASOS IMPORTANTES. | 58 |
| TABLA NUMERO 4: MI JEFE NO TOMA EN CUENTA LOS PROBLEMAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE QUE SE REPITEN UNA Y OTRA VEZ | 59 |

| | |
|--|----|
| SECCION C: COMUNICACION | 60 |
| TABLA NUMERO 1: LA GERENCIA NOS INFORMA SOBRE LOS CAMBIOS REALIZADOS BASADOS SOBRE LO APRENDIDO EN LOS REPORTES POR EVENTOS | 60 |
| TABLA NUMERO 2: EL PERSONAL HABLA LIBREMENTE SI VE ALGO QUE PODRIA AFECTAR NEGATIVAMENTE EL CUIDADO DEL PACIENTE | 61 |
| TABLA NUMERO 3: ESTAMOS INFORMADOS SOBRE LOS ERRORES QUE SE COMETEN EN ESTA ÁREA | 62 |
| TABLA NUMERO 4: EL PERSONAL SE SIENTE LIBRE DE CUESTIONAR LAS DECISIONES O ACCIONES DE AQUELLOS CON MAYOR AUTORIDAD | 63 |
| TABLA NUMERO 5: EN ESTE SERVICIO DISCUTIMOS FORMAS DE PREVENIR ERRORES PARA QUE NO SE VUELVAN A COMETER | 64 |
| TABLA NUMERO 6: EL PERSONAL TIENE MIEDO DE HACER PREGUNTAS CUANDO ALGO NO LE PARECE ESTAR CORRECTO | 65 |
| SECCION D: EVENTOS ADVERSOS | 66 |
| TABLA NUMERO 1: CUANDO SE COMETE UN ERROR, PERO ES DESCUBIERTO Y CORREGIDO ANTES DE AFECTAR AL PACIENTE, QUE TAN FRECUENTEMENTE ES REPORTADO | 67 |
| TABLA NUMERO 2: CUANDO SE COMETE UN ERROR, PERO NO TIENE EL POTENCIAL DE DAÑAR AL PACIENTE QUE TAN | 67 |

| | |
|--|----|
| FRECUENTEMENTE ES REPORTADO | |
| TABLA NUMERO 3: CUANDO SE COMETE UN ERROR, CON EL POTENCIAL DE DAÑAR AL PACIENTE, PERO NO LO HACE, QUE TAN FRECUENTEMENTE ES REPORTADO | 68 |
| SECCION E: GRADO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE | 69 |
| TABLA NUMERO 1: POR FAVOR, ASIGNE A SU ÁREA DE TRABAJO UN GRADO GENERAL EN SEGURIDAD DEL PACIENTE, MARQUE UNA SOLA OPCIÓN | 69 |
| SECCION F: SU INSTITUCION | 70 |
| TABLA NUMERO 1: LA GERENCIA DE LA INSTITUCIÓN PROPICIA UN AMBIENTE LABORAL QUE PROMUEVE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE | 70 |
| TABLA NUMERO 2: LOS SERVICIOS DE ESTA INSTITUCION NO ESTAN BIEN COORDINADOS | 71 |
| TABLA NUMERO 3: LA CONTINUIDAD DE LA ATENCION DE LOS PACIENTES NO SE PIUERDE CUANDO ESTO SE TRANSFIERE DE UN SERVICIO A OTRO | 72 |
| TABLA NUMERO 4. HAY BUENA COOPERACION ENTRE LOS SERVICIOS DE LA INST. QUE REQUIEREN TRABAJAR CONJUNTAMENTE | 73 |
| TABLA NUMERO 5: ES AGRADABLE TRABAJAR CON PÉRSONAL DE OTROS SERVICIOS | 74 |

| | |
|--|----|
| TABLA NUMERO 6: RARA VEZ SURGEN PROBLEMAS EN EL INTERCAMBIO ENTRE LOS SERVICIOS | 75 |
| TABLA NUEMRO 7: LAS MEDIDAS QUE TOMA LA GERENCIA MUESTRAN QUE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE ES ALTAMENTE PRIORITARIA | 76 |
| TABLA NUMERO 8: LA GERENCIA SE MUESTRA INTERESADA EN LA SEG DELPACIENTE. | 77 |
| TABLA NUMERO 9: LOS SERVICIOS TRABAJAN EN CONJUNTO PARA PROPICIAR EL MEJOR CUIDADO | 78 |
| TABLA NUMERO 10: LOS CAMBIOS DE TURNO GENERAN PROBLEMAS PARA LOS PACIENTES | 79 |
| SECCION G: NUMERO DE EVENTOS ADVERSOS | 80 |
| TABLA NUMERO 1: EN CUNATOS REPORTES DE EVENTOS ADVERSOS SE HA PARTICIPADO EN LOS ULTIMOS DOCE MESES | 80 |
| SECCION H: ANTECEDENTES | 82 |
| TABLA NUMERO 1: CUANTO LLEVA USTED TRABAJANDO EN LA INSTITUCIÓN | 82 |
| TABLA NUMERO 2: CUÁNTO TIEMPO LLEVA USTED TRABAJANDO EN SU ACTUAL ÁREA DE SERVICIO | 83 |
| TABLA NUMERO 3: CUANTAS HORAS A LA SEMANA TRABAJA UD. EN ESTA INSTITUCIÓN | 84 |
| TABLA NUMERO 4: CUAL ES SU CARGO EN ESTA INSTITUCIÓN | 85 |

| | |
|--|----|
| TABLA NUMERO 5: QUÉ TIPO DE CONTRATO TIENE | 85 |
| TABLA NUMERO 6: EN SU CARGO USTED TIENE CONTACTO DIRECTO CON EL PACIENTE | 86 |
| TABLA NUMERO 7: CUÁNTO TIEMPO LLEVA USTED TRABAJANDO EN SU ACTUAL CARGO | 87 |
| SECCION J: ATENCION SEGURA | 88 |
| TABLA NUMERO 1: CONSIDERA QUE LOS PACIENTES SON TRATADOS DE FORMA SEGURA | 88 |
| ADMINISTRATIVAS | 89 |
| SECCION A: AREA DE TRABAJO | 89 |
| TABLA NUMERO 1: TENEMOS SUFICIENTE PERSONAL PARA REALIZAR EL TRABAJO. | 89 |
| TABLA NUMERO 2: CUANDO NECESITAMOS TERMINAR UNA GRAN CANTIDAD DE TRABAJO, LO HACEMOS EN EQUIPO. | 90 |
| TABLA NUMERO 3: EN ESTA ÁREA, EL PERSONAL SE TRATA CON RESPECTO. | 91 |
| TABLA NÚMERO 4: ESTAMOS HACIENDO ACCIONES PARA MEJORAR SEGURIDAD DEL PACIENTE. | 92 |
| TABLA NUMERO 5: EL PERSONAL SIENTE QUE SUS ERRORES SON USADOS EN SU CONTRA. | 93 |
| TABLA NUMERO 6: ES SÓLO POR CASUALIDAD QUE ACÁ NO OCURRAN ERRORES MÁS SERIOS. | 94 |

| | |
|--|-----|
| TABLA NUMERO 7: LOS EMPLEADOS SE PREOCUPAN DE QUE LOS ERRORES QUE COMETEN QUEDEN REGISTRADOS EN SUS HOJAS DE VIDA. | 95 |
| TABLA NUMERO 8: NO TENEMOS O GENERAMOS PROBLEMAS CON LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES EN ESTA ÁREA. | 96 |
| TABLA NUMERO 9: NUESTROS PROCEDIMIENTOS Y SISTEMAS SON EFECTIVOS PARA LA PREVENCIÓN DE ERRORES QUE PUEDAN OCURRIR. | 97 |
| SECCIÓN B: SU JEFE INMEDIATO | 98 |
| TABLA NUMERO 1: MI JEFE HACE COMENTARIOS FAVORABLES CUANDO VE UN TRABAJO HECHO DE ACUERDO CON LOS PROCEDIMIENTOS ESTABLECIDOS PARA LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES. | 98 |
| TABLA NUMERO 2: MI JEFE ACEPTA LAS SUGERENCIAS DEL PERSONAL PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES. | 99 |
| TABLA NUMERO 3: CUANDO LA PRESIÓN SE INCREMENTA, MI JEFE QUIERE QUE TRABAJEMOS MÁS RÁPIDO, AUNQUE ESTO REQUIERA SALTAR PASOS IMPORTANTES. | 100 |
| TABLA NUMERO 4: MI JEFE NO TOMA EN CUENTA LOS PROBLEMAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE QUE SE REPITEN UNA Y OTRA VEZ. | 101 |
| SECCIÓN C: COMUNICACION | 102 |

| | |
|--|-----|
| TABLA NUMERO 1: LA GERENCIA INFORMA A LA JUNTA DIRECTIVA SOBRE LOS SUCESOS RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE | 102 |
| TABLA NUMERO 2: LA GERENCIA INFORMA A TODOS LOS COLABORADORES SOBRE LOS ERRORES COMETIDOS EN EL ÁREA ADMINISTRATIVA | 103 |
| TABLA NUMERO 3: SE INFORMAN LOS COSTOS DE LA NO CALIDAD A LOS COLABORADORES DE LA INSTITUCIÓN. | 104 |
| TABLA NUMERO 4: SE VERIFICA PROACTIVAMENTE LA SUFICIENCIA DE LOS DISPOSITIVOS MÉDICOS REQUERIDOS PARA LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD. | 105 |
| TABLA NUMERO 5: SE VERIFICA PROACTIVAMENTE LA SUFICIENCIA DE MEDICAMENTOS ESENCIALES REQUERIDOS PARA LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD | 106 |
| TABLA NUMERO 6: EL PLAN DE CAPACITACIÓN INCORPORA TEMAS SOBRE SEGURIDAD DEL PACIENTE | 106 |
| TABLA NUMERO 7: LA GERENCIA NOS INFORMA SOBRE LOS CAMBIOS REALIZADOS | 107 |
| TABLA NUMERO 8: EL PERSONAL HABLA LIBREMENTE SI VE ALGO QUE PODRÍA AFECTAR NEGATIVAMENTE EL CUIDADO PACIENTE. | 108 |
| TABLA NUMERO 9: EN ESTA ÁREA, DISCUTIMOS FORMAS DE PREVENIR ERRORES PARA QUE NO SE VUELVAN A COMETER? | 109 |

| | |
|---|-----|
| TABLA NUMERO 10: EL PERSONAL TIENE MIEDO DE HACER PREGUNTAS CUANDO ALGO NO PARECE ESTAR CORRECTO. | 110 |
| SECCIÓN D: GRADOMDE SEGURIDAD DEL PACIENTE | 111 |
| TABLA NUMERO 1: GRADO DE SEGURIDAD DE PACIENTE | 111 |
| SECCIÓN E: SU INSTITUCION | 112 |
| TABLA NUMERO 1: EL DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO MOTIVA A LA SEGURIDAD DEL PACIENTE | 112 |
| TABLA NUMERO 2: LA JUNTA DIRECTIVA PROMUEVE ACCIONES PREVENTIVAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE. | 113 |
| TABLA NUMERO 3: LA GERENCIA REALIZA SEGUIMIENTO A LA EFECTIVIDAD DE LAS ACCIONES IMPLEMENTADAS EN PRO DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE. | 114 |
| TABLA NUMERO 4: LA GERENCIA EJECUTA ESTRATEGIAS PREVENTIVAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE | 115 |
| TABLA NUMERO 5: LOS PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE TIENEN FUNDAMENTO EN EL ÁREA ASISTENCIAL | 116 |
| TABLA NUMERO 6: LA GERENCIA PROPICIA UN AMBIENTE LABORAL QUE PROMUEVE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE | 117 |
| TABLA NUMERO 7: LA EMPRESA HA ELIMINADO LAS BARRERAS ADMINISTRATIVAS PARA GARANTIZAR LA CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN DE LOS PACIENTES | 118 |

| | |
|---|-----|
| TABLA NUMERO 8: LAS MEDIDAS QUE TOMA LA GERENCIA MUESTRAN QUE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE ES ALTAMENTE PRIORITARIA | 119 |
| TABLA NUMERO 9: LA GERENCIA SE MUESTRA INTERESADA EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE SOLO DESPUÉS DE QUE OCURRE UN INCIDENTE O UN EVENTO ADVERSO. | 120 |
| TABLA NUMERO 10: LA GERENCIA PROMUEVE ESTÍMULOS A LOS EQUIPOS DE TRABAJO PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE. | 120 |
| TABLA NUMERO 11: SE ASIGNAN LOS RECURSOS PARA MINIMIZAR LOS RIESGOS EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD | 122 |
| TABLA NUMERO 12: SE EVALÚA EL COSTO BENEFICIO PARA LA COMPRA DE ELEMENTOS RELACIONADOS CON LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO | 123 |
| TABLA NUMERO 13: SE EVALÚA LA COMPETENCIA DEL TALENTO HUMANO SOBRE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN | 124 |
| TABLA NUMERO 14: LOS EQUIPOS DE TRABAJO RECIBEN ESTÍMULOS POR SU COMPROMISO CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE | 125 |
| TABLA NUMERO 15: LA ROTACIÓN DEL TALENTO HUMANO ES FACTOR CONTRIBUTIVO PARA LA PRESENCIA DE EVENTOS RELACIONADOS CON SEGURIDAD DEL PACIENTE | 126 |

| | |
|---|-----|
| TABLA NUMERO 16: SE EXIGE A ENTIDADES EDUCATIVAS SUPERVISIÓN EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO PARA PERSONAL EN FORMACIÓN | 127 |
| TABLA NUMERO 17: LA NO SUFICIENCIA DE PERSONAL ES FACTOR CONTRIBUTIVO PARA LA PRESENCIA DE EVENTOS RELACIONADOS CON SEGURIDAD DEL PACIENTE. | 128 |
| TABLA NUMERO 18: CONOCE EL MECANISMO PARA REALIZAR EL REPORTE DE EVENTOS ADVERSOS. | 129 |
| TABLA NUMERO 19: LAS DIFERENTES ÁREAS ADMINISTRATIVAS TRABAJAN EN EQUIPO PARA PROPICIAR LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES | 130 |
| TABLA NUMERO 20: LAS ÁREAS DE ESTA INSTITUCIÓN NO ESTÁN BIEN COORDINADOS ENTRE SÍ. | 131 |
| TABLA NUMERO 21: HAY BUENA COOPERACIÓN ENTRE LAS ÁREAS DE LA INSTITUCIÓN QUE REQUIEREN TRABAJAR CONJUNTAMENTE. | 132 |
| TABLA NUMERO 22. FRECUENTEMENTE ES AGRADABLE TRABAJAR CON PERSONAL DE OTRAS ÁREAS EN ESTA INSTITUCIÓN. | 133 |
| TABLA NUMERO 23: RARA VEZ SURGEN PROBLEMAS EN EL INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN ENTRE LAS ÁREAS DE ESTA INSTITUCIÓN | 134 |
| SECCIÓN F: ANTECEDENTES | 135 |

| | |
|--|-----|
| TABLA NUMERO 1: CUÁNTO TIEMPO LLEVA USTED TRABAJANDO EN LA INSTITUCIÓN? | 135 |
| TABLA NUMERO 2: CUÁNTO TIEMPO LLEVA USTED TRABAJANDO EN SU ACTUAL ÁREA/ SERVICIO? | 136 |
| TABLA NUMERO 3: CUÁNTAS HORAS A LA SEMANA TRABAJA USTED EN ESTA INSTITUCIÓN? | 137 |
| TABLA NUMERO 4: CUÁL ES SU CARGO EN ESTA INSTITUCIÓN? MARQUE LA OPCIÓN QUE MEJOR DESCRIBA SU POSICIÓN LABORAL. | 138 |
| TABLA NUMERO 5: QUÉ TIPO DE CONTRATO TIENE | 139 |
| TABLA NUMERO 6: EN SU CARGO, ¿TIENE USTED INTERACCIÓN DIRECTA O CONTACTO CON PACIENTES? | 140 |
| TABLA NÚMERO 7: CUÁNTO TIEMPO LLEVA USTED TRABAJANDO EN SU ACTUAL CARGO? | 141 |
| SECCIÓN H: ATENCION SEGURA | 142 |
| TABLA NUMERO 1: CONSIDERA QUE LOS PACIENTES SON ATENDIDOS DE FORMA SEGURA? | 142 |

RESUMEN

En la resolución 1446 de 2006 el Ministerio de Protección social define el término de evento adverso como: “Las lesiones o complicaciones involuntarias que ocurren durante la atención en salud, las cuales son más atribuibles a esta que a la enfermedad subyacente y que pueden conducir a la muerte, la incapacidad o al deterioro en el estado de salud del paciente, a la demora del alta, la prolongación del tiempo de estancia y al incremento de los costos de la no calidad”, dice además que muchos de estos eventos pueden ser prevenibles. En síntesis puede afirmarse que es necesario consolidar el uso del sistema de reportes de eventos adversos y la comprensión de su obligatoriedad en el hospital, trabajando para que el error sea asumido como un riesgo en la prestación del servicio y no como un problema ético o de in eficiencia técnica. El presente estudio es descriptivo de corte trasversal ya que pretende Determinar la percepción de cultura de la seguridad del paciente en IPS Medicina Domiciliaria De Colombia SAS de la ciudad de Popayán. La población universo estuvo constituida por 149 trabajadores de la IPS Medicina Domiciliaria de Colombia Distribuidos en 135 asistenciales (auxiliares de enfermería, médico, fonoaudiólogos, fisioterapeutas y enfermero jefe) y 14 administrativos. La muestra fue representativa, es decir la misma población universo. Los resultados permiten concluir; Se evidencia la necesidad de hacer un programa de auto evaluación practica en cada estación de trabajo y en el desempeño de cada uno de los colaboradores, pues la diferencia entre lo percibido y la realidad deseada es grande e inconsecuente, dejando un limbo cognitivo que es necesario intervenir y palear, con miras a ser una institución idónea.2.En cuanto a la frecuencia de eventos o errores reportados relacionados con la seguridad del paciente de la IPS Medicina

Domiciliaria De Colombia SAS, se encontró que es igual al 8,1% sobre el universo de interés por reportar, indicador que nos dice que no hay una adecuada apropiación de la cultura de seguridad del paciente, siendo esta muy pobre. **Palabras clave:** seguridad del paciente, evento adverso, política de seguridad del paciente

CAPITULO I

1 PROBLEMA

1.1 AREA PROBLEMÁTICA

Si bien es cierto que la práctica de la medicina ha obtenido logros significativos en la cura de enfermedades y recuperación de las capacidades físicas de los pacientes, también sus fronteras se han venido ampliando, encontrando cada vez más retos científicos, estos que se reconocen en nuevas patologías o en descubrimientos de procedimientos, manejo e intervenciones que a otrora se creían imposibles de alcanzar, y que se presentan en el teatro científico como nuevas maneras de alcanzar la recuperación de las facultades del individuo en tratamiento.

Sin embargo en esta práctica también se han encontrado momentos científicos, que muy a pesar de una intervención médica, acarrearán riesgos para el paciente desembocando en situaciones clínicas no deseadas y que por su naturaleza encuentran origen precisamente en la atención y manejo clínico del mismo; por lo general son eventos posibles de evitar y que en la horizontal del tiempo y gracias a su estudio minucioso, han permitido identificar y/o descubrir los puntos críticos susceptibles de mejoramiento. De igual manera se han podido definir conductas y mecanismos que minimicen los riesgos ambientales y de la evolución del paciente, pretendiendo anticiparse a estadios que a la postre coloquen en riesgo la integridad del sujeto tratado.

Entonces podemos afirmar que la incertidumbre que generan las posibles reacciones contrarias al propósito de intervenir en una patología o en una condición crónica o fisiológica del paciente, es una constante que amerita observación permanente y continua mejora, pues estas posibilidades son de difícil manejo en su prevención y un esfuerzo dantesco para su control y superación, una vez se han dado en medio del tratamiento.

Estas reacciones clínicas no deseadas o eventos adversos, se han transformado en un problema de salud pública y son la causa de pérdida de credibilidad en el sistema de salud, fatiga de los pacientes, rechazo a los tratamientos, sanciones a las IPS y a los terapeutas, muertes no justificadas de pacientes, una mala imagen de la función pública de la salud y una lectura de irresponsabilidad científica no merecida en muchos de los casos.

En Colombia desde el ministerio de salud y protección social y por ende en la IPS de interés de esta investigación, como miembro del sistema de salud supeditada a las directrices de la función pública, se han tomado algunas medidas reconocidas como mínimas desde el punto legal y de política pública, en cuanto a la garantía de seguridad del paciente, pero aún no se tiene certeza de que estas sean suficientes para tener estándares comportamentales aceptables frente al goce efectivo del propósito de garantizar la seguridad clínica y terapéutica del paciente.

1.2 FORMULACION DEL PROBLEMA

¿Cuál es la cultura de seguridad del paciente existente en IPS Medicina Domiciliaria De Colombia SAS en los servicios de manejo de pacientes con atención domiciliaria, durante el periodo 2015?

1.3 ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN

A continuación se presentan algunas investigaciones, cuyos resultados se constituyen en antecedentes para este trabajo, ya que guardan relación con la problemática que se aborda.

Fermi Roqueta Egea Y Cols (2011) realizaron en la ciudad de Badalona España un estudio titulado “Cultura de seguridad del paciente en los servicios de urgencias: resultados de su evaluación en 30 hospitales del Sistema Nacional de Salud español” el cual tuvo como objetivos 1) Conocer el nivel de cultura de seguridad del paciente en los servicios de urgencias hospitalarios (SUH). 2) Averiguar si el nivel de cultura difiere del obtenido en estudios realizados a nivel general hospitalario. 3 Conocer las dimensiones valoradas negativamente y proponer estrategias de mejora. Es un estudio descriptivo en el que se recogen los resultados de la valoración del nivel de cultura de seguridad en los SUH utilizando como instrumento de medición la encuesta *Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPS)* de la *Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)* adaptada al castellano. La encuesta se aplicó en 30 SUH de 13 comunidades autónomas y se obtuvo un total de 1.388 respuestas válidas donde la tasa de respuestas positivas fue del 45%, de negativas del 29% y de neutras del 26%. La tasa de respuestas máxima por variable fue de

1.388 y la mínima de 1.327. No hay ninguna pregunta con una tasa de respuestas neutras mayor del 50%, oscilando sus valores entre el 10 y el 41%. Dentro del estudio se analizaron las respuestas positivas y negativas a 42 preguntas que configuran un total de 12 dimensiones sobre cultura de seguridad, así como la calificación de 0 a 10 otorgada a la seguridad del paciente en los SUH. Los resultados mostraron que las dimensiones mejor valoradas fueron las de “Trabajo en equipo en la unidad” y “Expectativas/acciones de los responsables de la unidad/servicio en seguridad del paciente” con un 68% y un 56% de respuestas positivas respectivamente; de igual forma el estudio arrojó que las dimensiones peor valoradas fueron “Dotación de recursos humanos” y “Apoyo de la Gerencia/Dirección del Hospital” con un 57% y un 47% de respuestas negativas respectivamente. Un total de 4 dimensiones comportan cerca del 50% de todas las respuestas negativas, que constituyen un referente para priorizar como aspectos susceptibles de mejora. Es importante resaltar que este estudio se realizó en base a los datos aportados por los diferentes servicios en un formato preestablecido que pretende resumirlos para una valoración global del mismo, pero no para realizar un análisis detallado por lo que se concluyó que los datos obtenidos en los SUH son similares a los de otros estudios realizados en España, con participación de diversos servicios de hospitales del Sistema Nacional de Salud, aunque con unos porcentajes más bajos de respuestas positivas y más altos de respuestas negativas, así como con una nota media también más baja. Se sugieren acciones de mejora en estas áreas para incrementar el nivel de cultura de seguridad global de los SUH representados.

Br. Bruno, Dahiana y Cols (2011) realizaron un estudio en la ciudad de Montevideo titulado “cultura de seguridad del paciente” el cual tuvo como objetivo conocer la opinión de los profesionales y auxiliares de enfermería que trabajan en un centro de Tratamiento Intensivo, acerca de la seguridad del paciente; con el propósito de permitir a futuro la creación de medidas que mejoren la calidad en la atención. El diseño metodológico fue de tipo descriptivo, de corte transversal, donde se empleó un cuestionario auto administrado proporcionado a 40 funcionarios del equipo de enfermería los cuales estuvieron de acuerdo en colaborar con la investigación. Se llevó a cabo el procesamiento estadístico de los datos mediante análisis de frecuencias, donde se observó que el 50% de los profesionales y Auxiliares de Enfermería llevan de uno a cinco años trabajando dentro del centro, 100% mantienen interacción directa con los pacientes. Del estudio se concluye que el grado de seguridad de los pacientes según los profesionales y Auxiliares del centro es aceptable, mientras que refieren que la dirección no muestra acciones prioritarias en relación a la seguridad del paciente.

De igual forma el ambiente laboral no es adecuado para la seguridad, de los pacientes, los errores ocurridos mediante el desempeño laboral son utilizados en contra de los profesionales y Auxiliares de Enfermería.

Lucía Carolina Barbosa Ramírez y Cols, (2008). realizaron en el Hospital Universitario de Bogotá, un estudio titulado “Establecimiento De Una Línea De Base De La Cultura De

La Seguridad De Los Pacientes En Un Hospital Universitario En Bogotá” describe aspectos claves de la cultura de seguridad de los pacientes y del clima de seguridad percibido por el personal que labora en un Hospital Universitario de Bogotá, Participaron 194 colaboradores de un hospital universitario pertenecientes a las diferentes unidades y cargos y con distinta antigüedad. Este número constituyó una muestra representativa para un nivel de confiabilidad del 95%. Fue un estudio aplicado de tipo descriptivo transversal, de acuerdo a la clasificación establecida por Hernández (2003). Se utilizó la encuesta “Hospital Survey on Patient Safety Culture” patrocinada por el Medical Errors Workgroup of The Quality Interagency Cordination Task Force (QuIC), instrumento de uso público para hospitales que evalúa la cultura desde la perspectiva de los empleados y del staff (AHRQ, 2004). Se aplicó la versión traducida por el Centro de Investigación Epidemiológica de la Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires (2006).

En síntesis puede afirmarse que es necesario consolidar el uso del sistema de reportes de eventos adversos y la comprensión de su obligatoriedad en el hospital, trabajando para que el error sea asumido como un riesgo en la prestación del servicio y no como un problema ético o de ineficiencia técnica. “Hasta hace unos años se asumía que el trabajador de la salud brindaba la atención con ética y responsabilidad, nunca con la intención de producir daño. Por tanto se creía ingenuamente que la atención era perfecta sin posibilidades de equivocación” (MPS, 2007). Los resultados de los servicios en salud y la investigación han demostrado que los procesos de atención en salud implican pensar en

sistemas de riesgo que incluyan barreras de seguridad para minimizar los fallos involuntarios que se dan.

Germán Fajardo-Dolci, y Cols (2010), México, D. F un estudio titulado “Cultura sobre seguridad del paciente en profesionales de la salud”, el objetivo es evaluar el nivel de cultura sobre la seguridad del paciente entre los profesionales de la salud. Se aplicó una encuesta sobre seguridad del paciente a 174 profesionales de salud, en la que se indagaron datos demográficos, frecuencia y número de eventos. Se realizó un estudio transversal y descriptivo mediante una encuesta sobre la cultura para la seguridad del paciente. Se concluyó que La medición de las diferentes dimensiones de la cultura sobre la seguridad del paciente constituye un elemento diagnóstico importante que forma parte del proceso para mejorar la seguridad del paciente. La percepción global baja sobre seguridad del paciente indica la necesidad de incrementar acciones institucionales.

1.4 JUSTIFICACIÓN

Es necesario revisar y evaluar el nivel de apropiación de una cultura de manejo del paciente, esta que ya tiene para la actualidad, estándares de procedimientos y protocolos que propenden por una seguridad clínica y terapéutica aceptable en el manejo de la hospitalización en casa, que nos permitan determinar si existe una disminución en la frecuencia de eventos adversos y da cuenta de los paliativos en la potencialidad de los riesgos o en el mejor de los casos la neutralización de estos.

Así las cosas es preponderantemente importante recordar que al ser un asunto de salud pública, y que la práctica de la medicina es un servicio público regulado por y desde el Estado, con participación pública y privada, se debe construir un entorno favorable a la superación de la enfermedad y la recuperación satisfactoria del paciente, por lo tanto es un propósito de no poca monta y sus avances deben quedar registrados para estandarizarse de conformidad con los logros y construir conocimiento, en caso contrario poder establecer si el evento adverso fue evitable y la responsabilidad que pudiera endilgarse al practicante de medicina o a la prestadora del servicio.

Este ejercicio irá arrojando en la horizontal del tiempo, escalas de auto evaluación que permitirán predecir el riesgo, actuar de manera oportuna para evitarle o paliar sus efectos, mejorando las estadísticas de morbimortalidad, disminuyendo las complicaciones, abaratando así los costos de manejo del paciente y reduciendo considerablemente los tiempos de exposición al riesgo.

Por ende la oportunidad, la calidad y el acceso a los servicios de salud, encontrarán indicadores que les permitirán su medición y control, encontrando consecuencia con la máxima de que lo que se controla es susceptible de mejorar oportunamente, así proveyendo de condiciones consecuentes con el principio de garantizar la salud, en el entendido de ser un derecho humano fundamental y al cual no se le estarían escatimando esfuerzos para su goce efectivo.

En este punto queda la interrogante de si la seguridad del paciente es un tema de estudio exclusivo al interior de la práctica de la medicina o de las empresas prestadoras del servicio, o si debe dar pasos fuera de esta definición clínica, para encontrarse con la concepción de integralidad desde el entorno cultura del paciente, medio ambiente, círculo social y su círculo familiar, tema que seguramente será tratado en poco tiempo bajo el modelo de atención primaria en salud.

Entre tanto podemos advertir que lograr mediciones y controles respecto de la cultura de la seguridad del paciente, aportara positivamente en dimensiones complementarias, afines y corresponsables de la función pública de la salud, en áreas del conocimiento tales como el derecho, la epidemiología, la estadística y la evaluación financiera de los planes de beneficios, pues se acopiaran elementos de juicio que nutrirán las competencias y los mecanismos de regulación y proyección de la salud en Colombia.

De otra parte es necesario darle músculo tangible a dicha seguridad y no contentarse con la existencia de una normativa o una política, pues de lo que aquí se trata es de construir una cultura de seguridad aceptable del paciente en términos de disminución de muertes por eventos adversos, el control efectivo de los riesgos, la garantía de la calidad del servicio, y la construcción de conocimiento, propósitos que sin una efectiva aplicación de la política y de su ajuste a las condiciones particulares de cada prestador de servicios de salud, jamás se dará la retroalimentación que se necesita para que la mejora sea en condiciones oportunas y no tras el desenlace fatídico de una evolución y pase a ser caso de estudio.

De esta manera es menester encontrar líneas de base al respecto, y de la evaluación y sus resultados aportar a una cultura garantista integral en el manejo seguro del paciente, empresa en continua evolución y mejoramiento mediante factores pre disponibles y contribuyentes de los eventos adversos la naturaleza y magnitud de los mismos, de igual forma la planificación de estrategias de monitorización y vigilancia, buscando la orientación y priorización de las actividades dirigidas a la prevención de dichos eventos.

CAPITULO II

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

- Determinar la percepción de cultura de la seguridad del paciente en IPS Medicina Domiciliaria De Colombia SAS de la ciudad de Popayán.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Realizar la caracterización del talento humano participante en la medición de la cultura de seguridad del paciente.
- Determinar el grado de avance de las características esenciales de la cultura de seguridad del paciente (clima, actitud, comunicación, oportunidad en reporte, prácticas interdisciplinarias) de la IPS Medicina Domiciliaria De Colombia SAS.
- Establecer el grado general de percepción en seguridad del paciente de la IPS Medicina Domiciliaria De Colombia SAS.
- Establecer la frecuencia de eventos o errores reportados relacionados con seguridad del paciente de la IPS Medicina Domiciliaria De Colombia SAS. para mejorarla.

CAPITULO III

3. REFERENTE TEÒRICO

Si tenemos en cuenta los múltiples cambios económicos políticos y sociales que estamos viviendo, podría sugerirse que día a día se han ido generando expectativas y necesidad de cambio en los conceptos que se manejaban con respecto a la atención en salud, generando gran impacto a nivel mundial lo referente a atención en salud con calidad. Teniendo en cuenta que tanto los profesionales de la salud como el personal administrativo se han ido concientizando que la seguridad del paciente es un tema primordial en los procesos de atención en salud con calidad, es de vital importancia conocer algunos conceptos y componente que implican este tema dentro de salud.

3.1 SEGURIDAD DEL PACIENTE

La Seguridad del paciente de acuerdo a la OMS se define como la ausencia de un daño innecesario real o potencial asociado a la atención sanitaria.

Se conoce como tal al 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.

3.2 EVENTO ADVERSO

En la resolución 1446 de 2006 el Ministerio de Protección social define el término de evento adverso como: “Las lesiones o complicaciones involuntarias que ocurren durante la atención en salud, las cuales son mas atribuibles a esta que a la enfermedad subyacente y que pueden conducir a la muerte, la incapacidad o al deterioro en el estado de salud del paciente, a la demora del alta, la prolongación del tiempo de estancia y al incremento de los costos de la no calidad”, dice además que muchos de estos eventos pueden ser prevenibles.

Sergio Luengas Amaya (2009) menciona que el evento adverso: es una lesión o daño no intencional causado al paciente por la intervención asistencial, no por la patología de base. El primer elemento que constituye la esencia del concepto de evento adverso es el daño en el paciente. No hay evento adverso sin daño. Este primer elemento es fácil de determinar cuando el daño es evidente, como en el caso de la muerte de una persona o de una incapacidad permanente mayor (daño cerebral, pérdida de un órgano o de una función corporal, De menor gravedad que el anterior es el daño no permanente. Un segundo elemento que es parte del concepto de evento adverso es la no intencionalidad. Claramente, implica un daño involuntario. Cualquier análisis de evento adverso debe partir de la base de que nadie en el equipo de salud ni en la institución tiene la intención de hacerle daño al paciente. El propósito de los profesionales, de los equipos y de las instituciones de salud es

mantener, recuperar o mejorar las condiciones de salud de los pacientes, y bajo el principio hipocrático, al menos no hacer daño. Un tercer elemento constitutivo del concepto de evento adverso es el de daño causado por la atención en salud y no por la patología de base. Este concepto resulta sencillo cuando es taxativo el límite entre el daño o evento adverso y la patología de base. Una vez mencionado el concepto se puede clasificar el evento adverso en 2 tipos:

- **Evento adverso no evitable:** lesión o daño no intencional causado por la intervención asistencial ejecutada sin error, no por la patología de base. Ocurre cuando, por ejemplo, se administra un medicamento o se aplica una tecnología en dosis y forma adecuada, para la patología adecuada.
- **Evento adverso evitable:** lesión o daño no intencional causado por la intervención asistencial ejecutada con error, no por la patología de base.

3.3 POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

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.

Lineamientos para la Implementación de la Política de Seguridad del Paciente en la República de Colombia. Bogotá, 11 de junio de 2008.

3.3.1 HERRAMIENTAS PARA PROMOVER LA ESTRATEGIA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE:

- **ALERTAS DE SEGURIDAD:** "Las alertas de seguridad del paciente son un mecanismo empleado en diversos programas de seguridad del paciente en el mundo para poner en común los riesgos de ocurrencia de atención insegura que podrían afectar a diversas instituciones. Estas recomendaciones se producen a partir de análisis realizados en diversas instancias que identifican situaciones potencialmente generadoras de eventos adversos. Se trata de un mecanismo que se ha demostrado de gran utilidad para diseminar las barreras de seguridad y prácticas seguras". (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 - Guía del tutor - Guía del Alumno.
- -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).
- Paquetes instruccionales sobre las buenas prácticas recomendadas en la guía

- Evaluar de la frecuencia con la cual ocurren los eventos adversos.
- La institución debe monitorizar aspectos claves relacionados con la seguridad del paciente.
- Modelo pedagógico.
- Detectar, prevenir y reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención.
- Garantizar la correcta identificación del paciente y las muestras de laboratorio.
- Garantizar la atención segura del binomio madre hijo.
- Mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos.
- Reducir el riesgo de la atención en pacientes cardiovasculares.
- Gestionar y desarrollar la adecuada comunicación entre las personas que atienden y cuidan a los pacientes.
- Procesos para la prevención y reducción de la frecuencia de caídas.
- Prevenir complicaciones asociadas a la disponibilidad y manejo de sangre y componentes y a la transfusión sanguínea.
- Prevenir el cansancio del personal de salud.
- Mejorar la seguridad en los procesos quirúrgicos.
- Reducir el riesgo de la atención del paciente crítico.
- Garantizar la funcionalidad de los procedimientos de consentimiento informado.
- Prevenir úlceras por presión.
- Reducir el riesgo de la atención de pacientes con enfermedad mental.
- Ilustrar al paciente en el autocuidado de su seguridad.
- Asegurar la correcta identificación del paciente en los procesos asistenciales.
- Prevención de la malnutrición o desnutrición.

- Seguridad de la atención de urgencias en población pediátrica.
- Evaluación de pruebas diagnósticas antes del alta hospitalaria.
- Sistema de reporte de seguridad en la Unidad de Cuidado Intensivo.

3.4 CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

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”.

CAPITULO IV

4 DISEÑO METODOLÓGICO

4.1 TIPO DE ESTUDIO

El presente estudio es descriptivo de corte transversal ya que pretende Determinar la percepción de cultura de la seguridad del paciente en IPS Medicina Domiciliaria De Colombia SAS de la ciudad de Popayán.

4.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

La población universo estuvo constituida por 149 trabajadores de la IPS Medicina Domiciliaria de Colombia Distribuidos en 135 asistenciales (auxiliares de enfermería, médico, fonoaudiólogos, fisioterapeutas y enfermero jefe) y 14 administrativos. La muestra fue representativa, es decir la misma población universo.

4.3. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN:

Se plantearon los siguientes aspectos para incluir o excluir la población de la muestra:

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Personal asistencial y administrativo que labora en la IPS Medicina Domiciliaria de Colombia S.A.S.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Cuidadores externos y familiares de pacientes de la I.P.S Medicina Domiciliaria De Colombia. S.A.S.

4.4 VARIABLES

4.4.1 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLES ADMINISTRATIVAS Y ASISTENCIALES:

| NOMBRE DE LA VARIABLE | DEFINICIÓN | NATURALEZA | INDICADOR | NIVEL DE MEDICIÓN |
|-----------------------|---|-------------|---|-------------------|
| ÁREA DE TRABAJO | MEDICIÓN DE EL SITIO DONDE SE REALIZAN LAS ACTIVIDADES LABORALES DONDE SE MIDE EL GRADO DE ACUERDO O DESACUERDO CON ASPECTOS RELACIONADOS A ESTA. | CUALITATIVA | DE ACUERDO EN DESACUERDO MUY DE ACUERDO, NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO, MUY EN DESACUERDO. | NOMINAL |

| | | | | |
|---|--|--------------|---|----------|
| JEFE INMEDIATO | .PERSONA A LA QUE SE LE REPORTA DIRECTAMENTE LA INFORMACIÓN | CUALITATIVA | DE ACUERDO EN DESACUERDO MUY DE ACUERDO, NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO, MUY EN DESACUERDO. | NOMINAL |
| COMUNICACIÒN. | FRECUENCIA CON QUE SE DA INFORMACION SOBRE SEGURIDAD DEL PACIENTE. | CUALITATIVA. | NUNCA, RARA VEZ, ALGUNAS VECES, LA MAYORIA DE VECES, SIEMPRE. | NOMINAL |
| FRECUENCIA DE EVENTOS ADVERSOS ERRORES REPORTADOS | En su área de trabajo, cuando los errores suceden, con qué frecuencia son reportados | cuantitativa | NUNCA, RARA VEZ, ALGUNAS VECES, LA MAYORIA DE VECES, SIEMPRE. | NOMINAL. |
| NUMERO DE EVENTOS ADVERSOS /ERRORES REPORTADOS | CUANDO SE COMETEN EVENTOS ADVERSOS CUANTOS SON REPORTADOS EN EL ÀREA DE TRABAJO. | CUANTITATIVO | NINGUNO 1A2 3A5 6A10 11A20 21REPORTES O MÀS. | ORDINAL. |
| GRADO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE | CALIFICACION O GRADO GENERAL QUE SE TIENE EN EL AREA DE TRABAJO O EN LA EMPRESA SOBRE SEGURIDAD DEL PACIENTE. | CUALITATIVO | EXCELENTE, MUY BUENA, ACEPTABLE, POBRE, MALO. | NOMINAL |
| INSTITUCIÒN | LUGAR DONDE SE LABORA, SE MIDE EL GRADO DE ACUERDO O DESACUERDO CON RESPECTO A LAS MEDIDAS Y ACCIONES QUE SE TOMAN CON RESPECTO A LA SEGURIDAD DEL PACIENTE DENTRO DE ESTA POR PARTE DEL PERSONAL ADMINISTRATIVO | CUALITATIVO | DE ACUERDO EN DESACUERDO MUY DE ACUERDO, NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO, MUY EN DESACUERDO. | NOMINAL |
| ANTECEDENTES | HACE REFERENCIA A ASPECTOS COMO TIEMPO Y HORAS LABORALES, CARGO ,TIPO DE CONTRATO DEL PERSONAL EN LA INSTITUCIÒN, | CUANTITATIVO | MENOS DE 1 AÑO 1a5 AÑOS 6 A 10 AÑOS, 11 AÑOS O MÀS. | ORDINAL. |

| | | | | |
|-----------------|--|-------------|---------|----------|
| ATENCIÓN SEGURA | PERCEPCIÓN QUE TIENEN LOS EMPLEADOS DE CÓMO SE BRINDA LA ATENCIÓN A LOS PACIENTES DOMICILIARIOS, POR PARTE ADMINISTRATIVO Y ASISTENCIAL. | CUALITATIVO | SI, NO. | NOMINAL. |
|-----------------|--|-------------|---------|----------|

4.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE LA INFORMACIÓN APLICACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS

RECOLECCION DE LA INFORMACIÓN

Para la realización del presente estudio se aplicaron 2 instrumentos: uno para el área asistencial y otro para el área administrativa brindados por la universidad católica de Manizales en la I.P.S Medicina Domiciliaria de Colombia S.A.S.

4.6 PROCEDIMIENTO

Los integrantes del grupo una vez aceptada la realización del proyecto en la I.P.S medicina domiciliaria de Colombia se aplicaron los instrumentos al personal asistencial y administrativo que laboran en la institución de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión con previa explicación de cómo diligenciarlo.

4.7 METODOS Y TÉCNICAS PARA EL ANALISIS DE LOS DATOS

DISEÑO Y MANEJO DE LAS BASES DE DATOS

Se organizaron los datos del instrumento de recolección de la información general para ser tabulada en una base de datos diseñada en Excel 2010 que contenía la información de cada una de las preguntas de la encuesta realizada al área administrativa y al área asistencial, Para el control de entrada de estos datos se utilizó el método de doble digitación que consistió en digitar dos veces los resultados desde el instrumento de recolección general de información hasta la base de datos de Excel, una vez terminadas se compararon para ver si hubo o no error de digitación. Se repitió este proceso hasta que hubo cero errores. Luego de este proceso, se procedió a analizar la información y sacar sus respectivas conclusiones y recomendaciones.

CAPITULO V

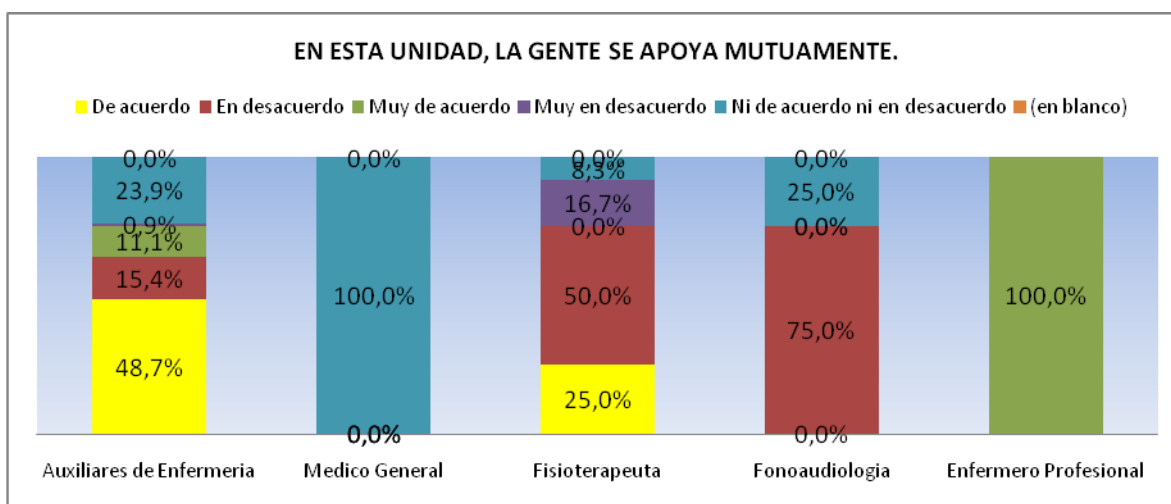
5 ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

5.1 ASISTENCIAL

SECCION A: AREA DE TRABAJO

Tabla numero 1:

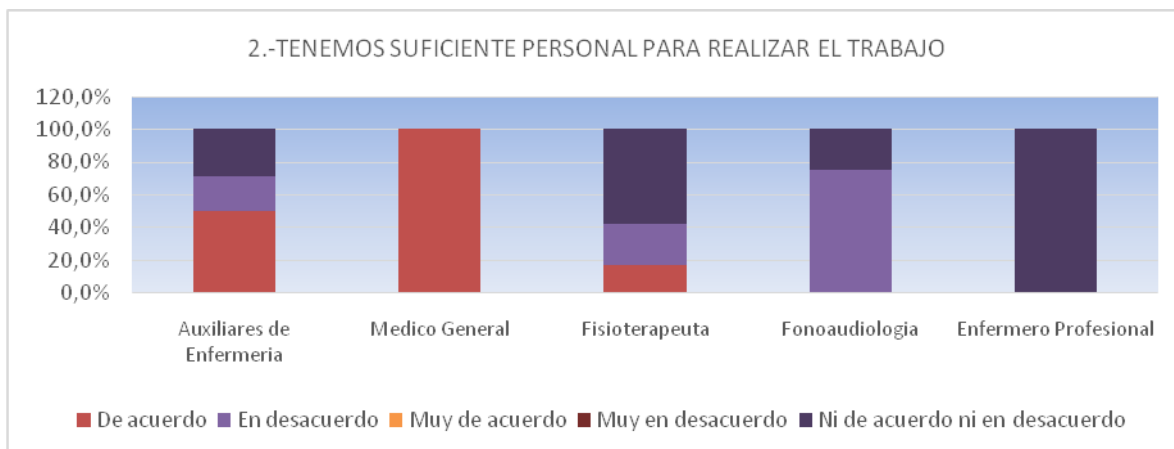
En Esta Unidad, La Gente Se Apoya Mutuamente



Se muestra en la gráfica que el 75% de los fonoaudiólogos, el 50% de los fisioterapeutas están desacuerdo en que se apoya mutuamente, solo el 48% de los auxiliares de enfermería a están de acuerdo.

Tabla numero 2:

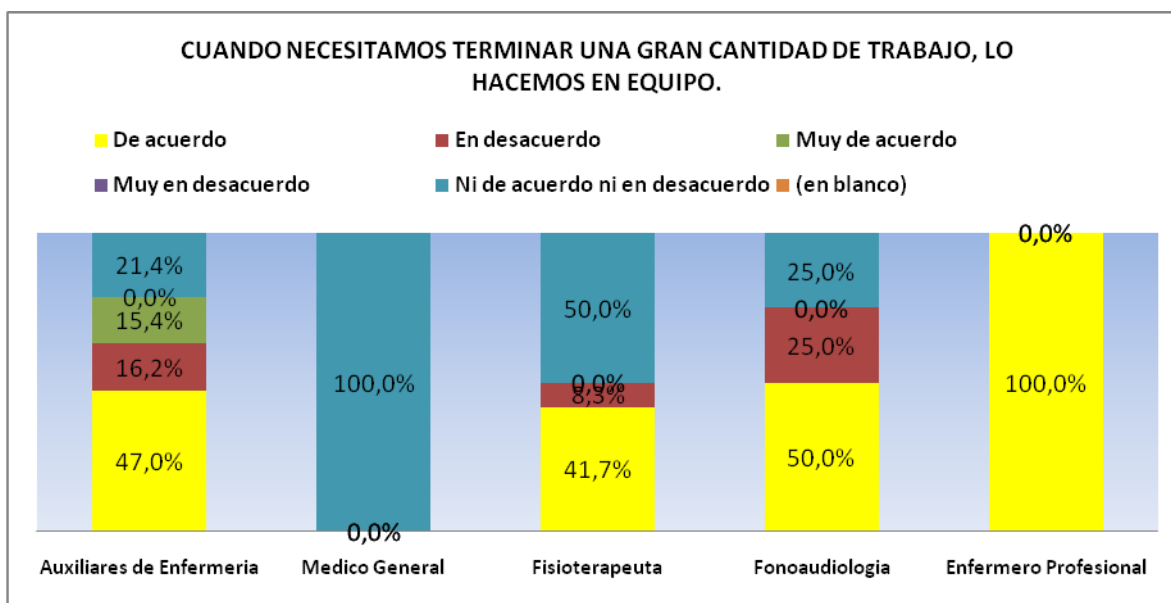
Tenemos Suficiente Personal Para Realizar El Trabajo



La grafica nos muestra que el 75% de los fonoaudiólogos y el 25% de los fisioterapeutas piensan que no hay suficiente personal para realizar el trabajo, mientras que el 50% de las auxiliares de enfermería cree que hay suficiente personal.

Tabla numero 3:

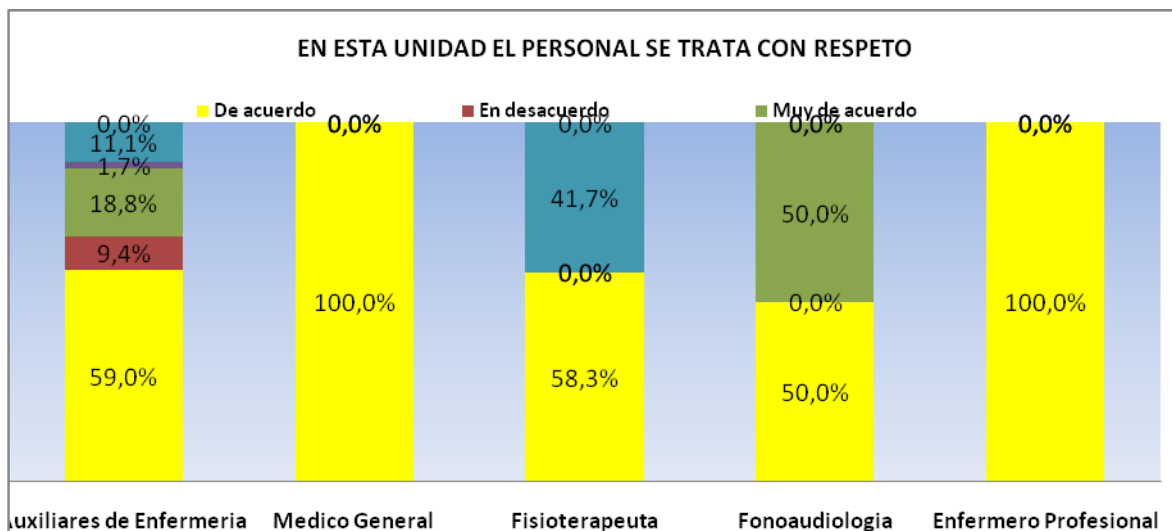
Cuando Necesitamos Terminar Una Gran Cantidad De Trabajo, Lo Hacemos En Equipo



En la gráfica se observa que el 47% de las auxiliares de enfermería, el 41,7% de los fisioterapeutas, el 50% de los fonoaudiólogos y el enfermero profesional está de acuerdo en que el trabajo se realiza en equipo.

Tabla numero 4:

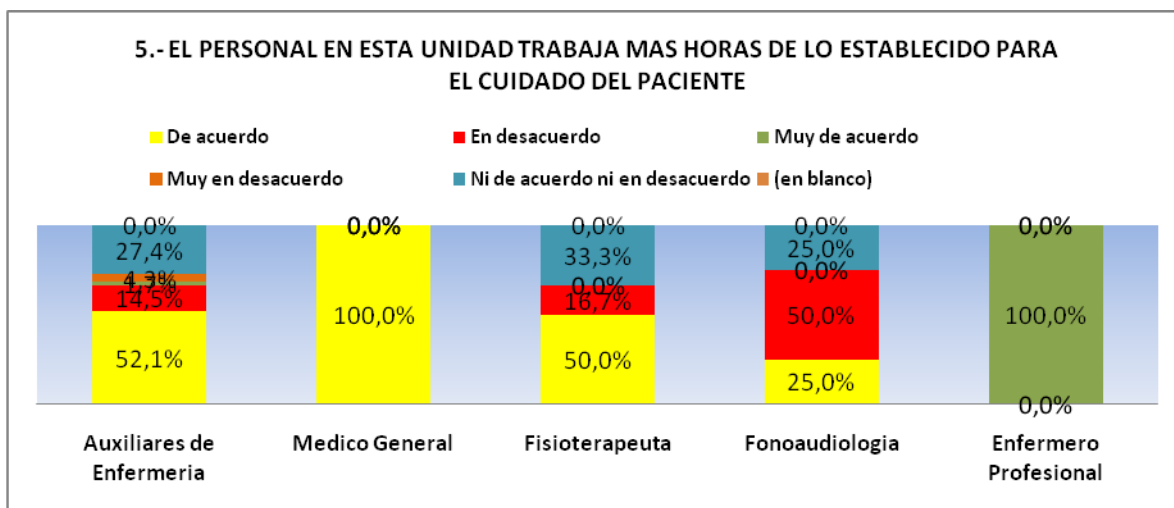
En Esta Unidad El Personal Se Trata Con Respeto



Se observa en la gráfica que el médico, el enfermero profesional, el 59% de las auxiliares de enfermería, el 58,3% de los fisioterapeutas, y el 50% de los fonoaudiólogos están de acuerdo que se trata al personal con respeto, y un 9,4% de las auxiliares de enfermería piensan que no.

Tabla numero 5:

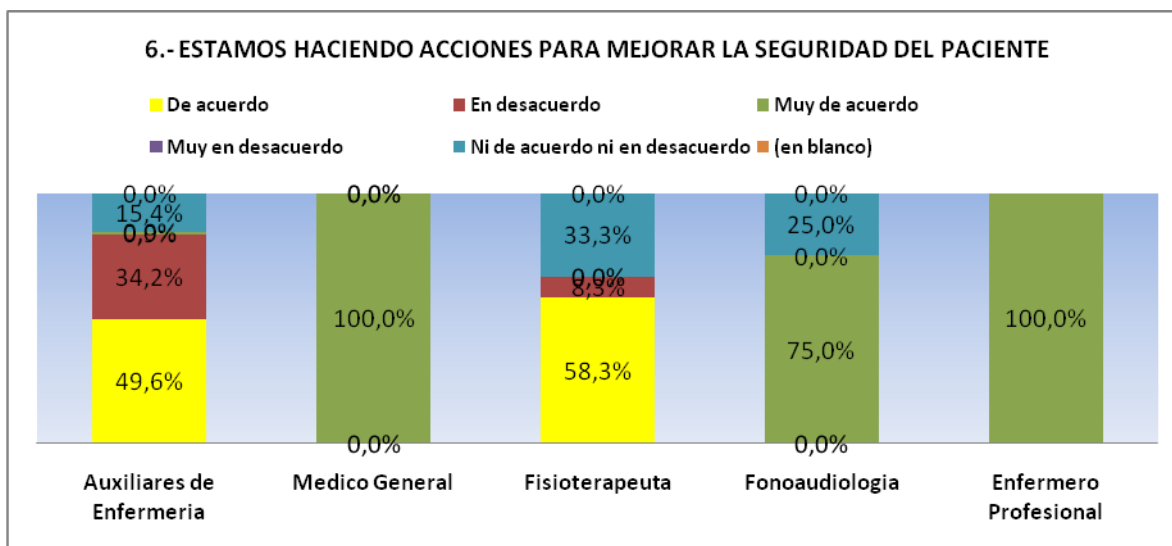
El Personal En Esta Unidad Trabaja Más Horas De Lo Establecido Para El Cuidado Del Paciente



La grafica nos muestra que el médico, el 52% de las auxiliares de enfermería, y el 50% de los fisioterapeutas están de acuerdo de que se trabaja más horas de lo establecido para el cuidado del paciente, mientras que el 50% de los fonoaudiólogos están en desacuerdo.

Tabla numero 6:

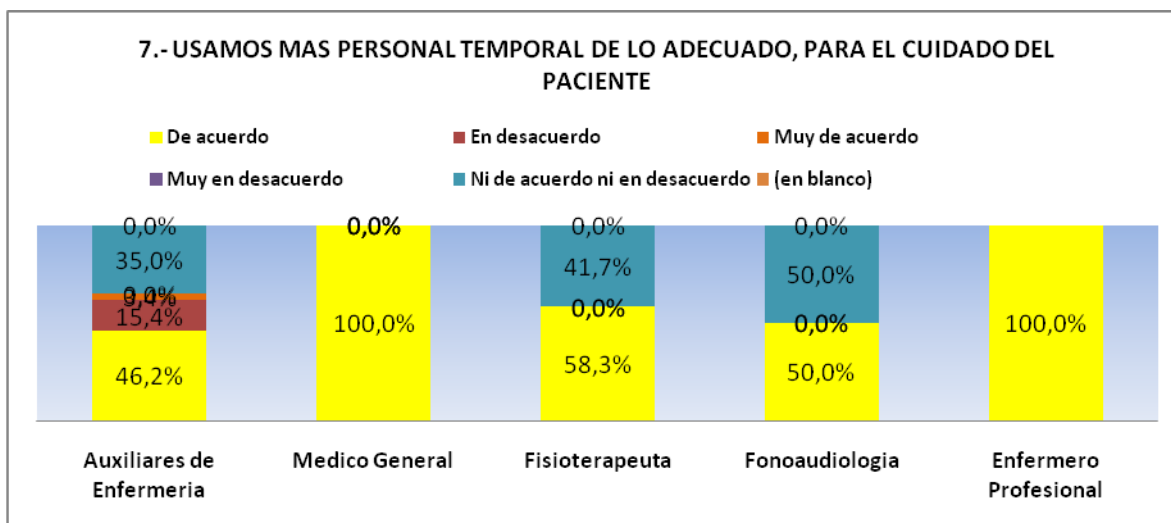
Estamos Haciendo Acciones Para Mejorar La Seguridad Del Paciente



Se observa en la gráfica que el médico, el enfermero profesional y el 75% de los fonoaudiólogos están muy de acuerdo; el 58,3% de los fisioterapeutas, y el 49,6% de los auxiliares de enfermería están de acuerdo en que se están haciendo acciones para mejorar la seguridad del paciente; solo el 34% de las auxiliares de enfermería están en desacuerdo.

Tabla numero 7:

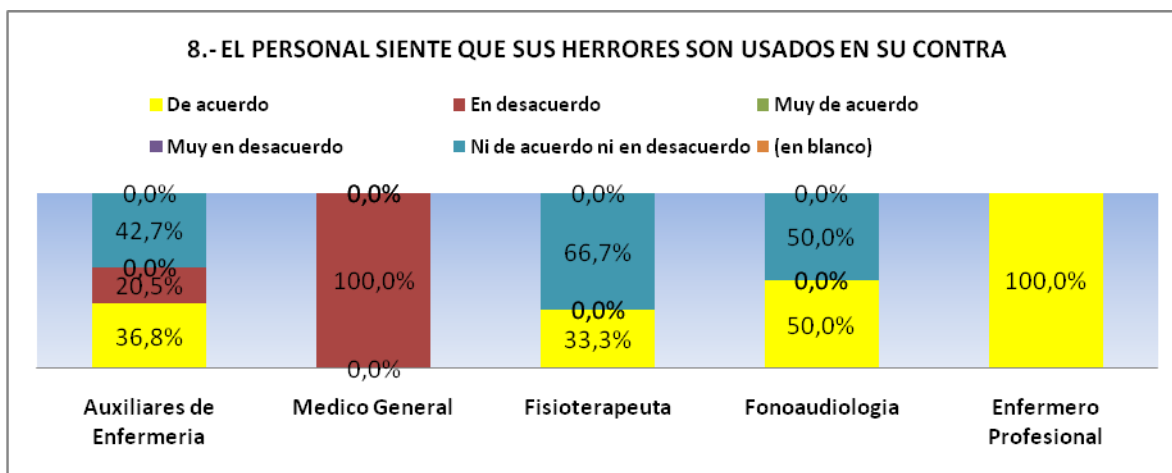
Usamos Mas Personal Temporal De Lo Adecuado, Para El Cuidado Del Paciente



Se observa en la gráfica que el 46,2% de los auxiliares de enfermería, el 58% de los fisioterapeutas y el 50% de los fonoaudiólogos están de acuerdo en que se usa personal temporal de lo adecuado, mientras que el 15,4% de los auxiliares de enfermería están en desacuerdo.

Tabla numero 8:

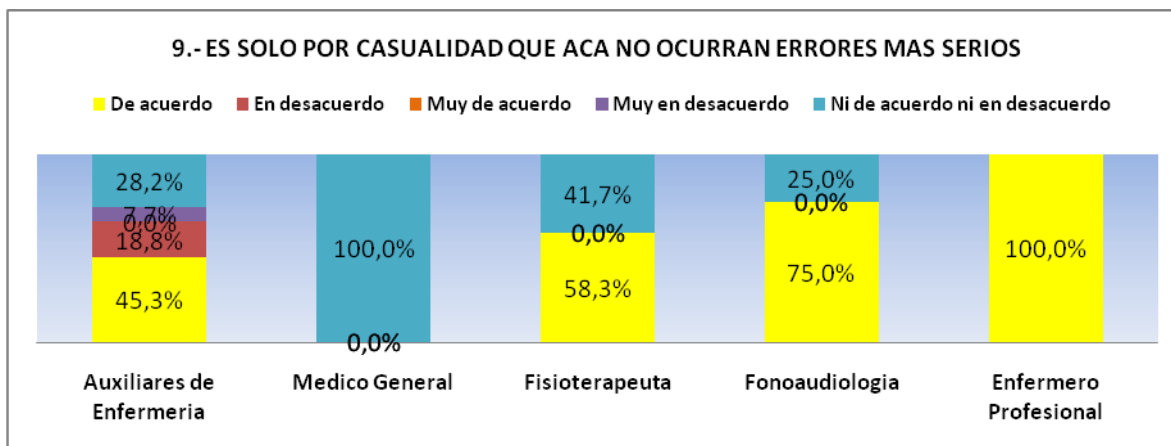
El Personal Siente Que Sus Errores Son Usados En Su Contra



Como se observa en la gráfica el enfermero profesional, el 50% de los fonoaudiólogos, el 36,8% de los auxiliares de enfermería y el 33% de los fisioterapeutas sienten que sus errores son usados en su contra; mientras que el 15,4% de los auxiliares de enfermería y el 8,3% de los fisioterapeutas están en desacuerdo.

Tabla numero 9

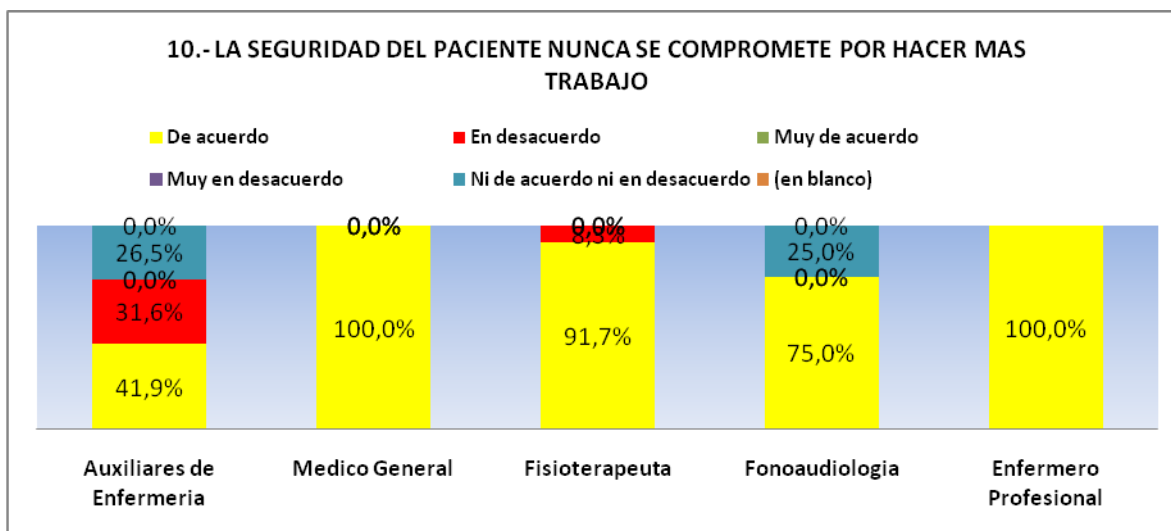
Es Solo Por Casualidad Que Acá No Ocurran Errores Más Serios



En la gráfica se observa que el enfermero profesional, el 75% de los fonoaudiólogos, el 58,3% de los fisioterapeutas y el 45,3% de los auxiliares de enfermería están de acuerdo que solo por casualidad no ocurran errores; y solo el 18,8% de los auxiliares de enfermería están en desacuerdo.

Tabla numero 10:

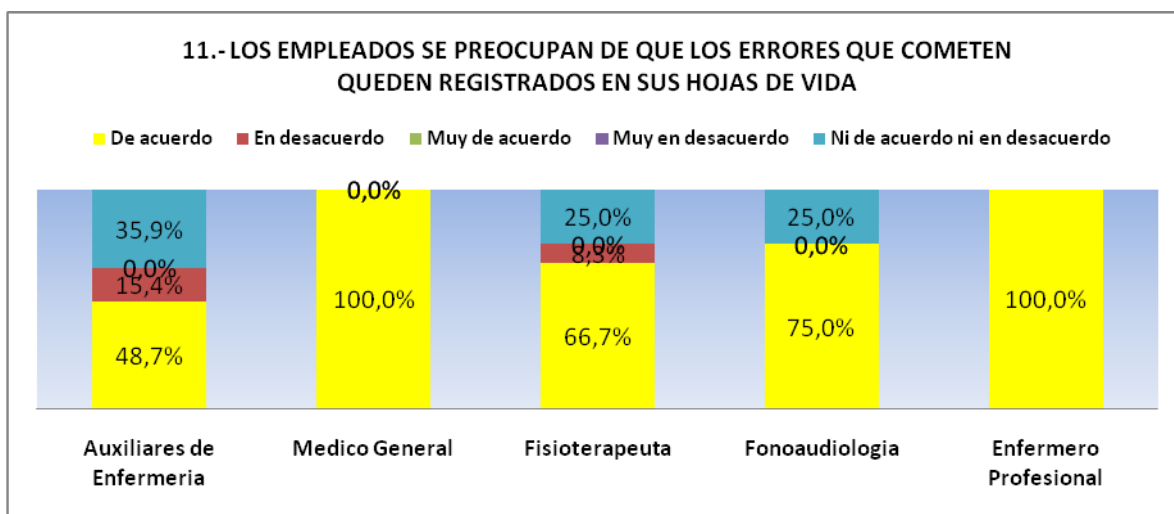
La Seguridad Del Paciente Nunca Se Compromete Por Hacer Mas Trabajo



La gráfica nos muestra que el médico, el enfermero profesional, el 91,1% de los fisioterapeutas, el 75% de los fonoaudiólogos y el 41,9% de los auxiliares de enfermería están de acuerdo en que la seguridad del paciente nunca se compromete por hacer más trabajo; mientras que el 31,6% de los auxiliares de enfermería están en desacuerdo.

Tabla numero 11:

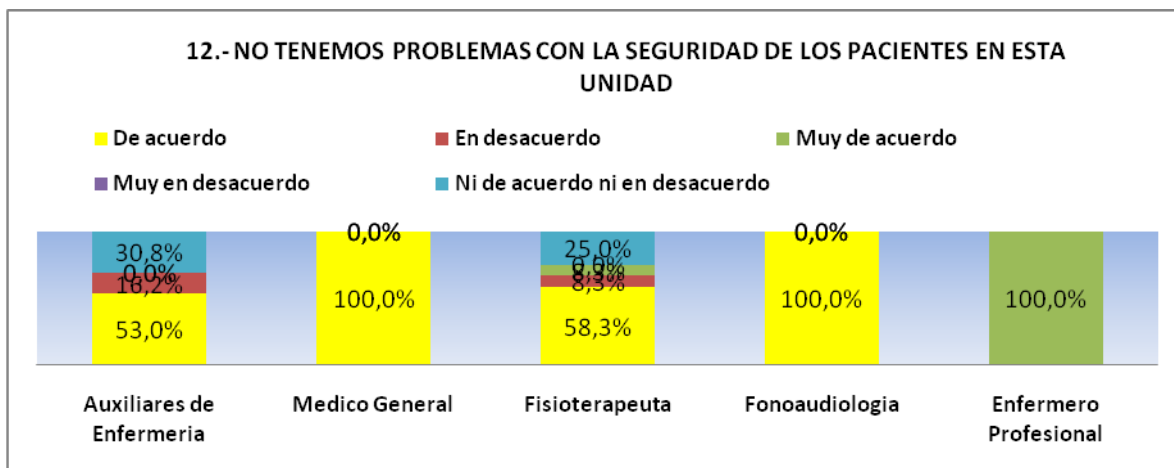
Los Empleados Se Preocupan De Que Los Errores Que Cometan Queden Registrados En Sus Hojas De Vida



Observamos en la gráfica que el médico, el enfermero profesional, el 75% de los fonoaudiólogos, el 66,7% de los fisioterapeutas, y el 48,7% de los auxiliares de enfermería se preocupan de que los errores que cometen sean registrados en sus hojas de vida.

Tabla numero 12

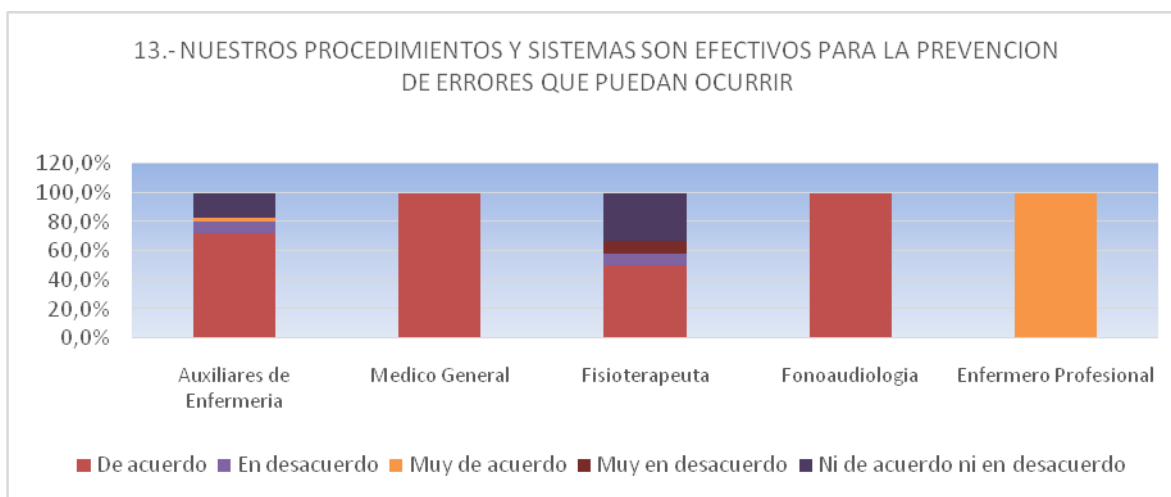
No Tenemos Problemas Con La Seguridad De Los Pacientes En Esta Unidad



En la gráfica se observa que el médico, los fonoaudiólogos, el 58,3% de los fisioterapeutas, y el 53% de los auxiliares de enfermería están de acuerdo en no tener problemas con la seguridad de los pacientes.

Tabla numero 13:

Nuestros Procedimientos Y Sistemas Son Efectivos Para La Prevención De Errores Que Puedan Ocurrir

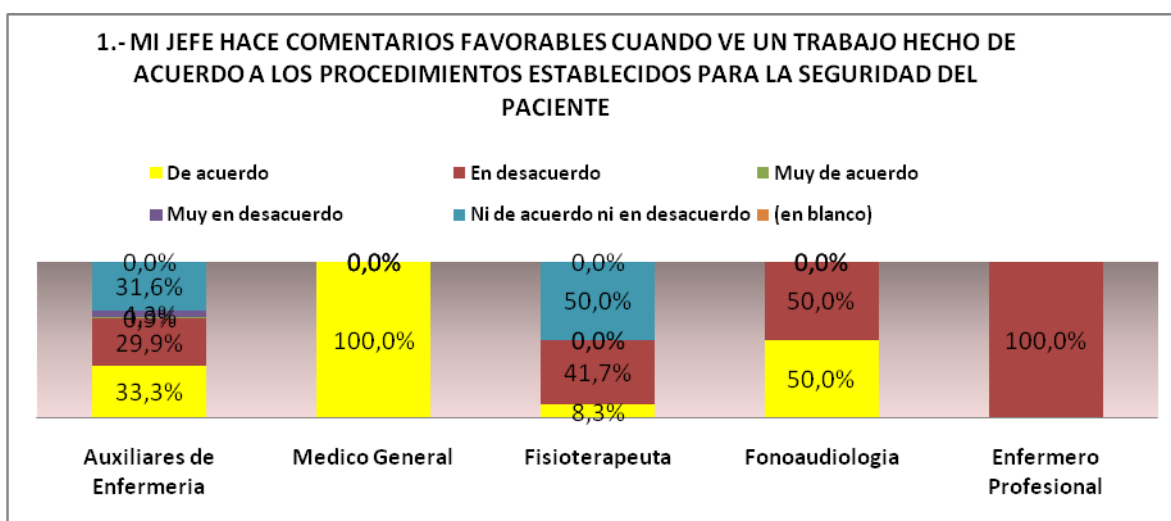


Se observa en la gráfica que los fonoaudiólogos, el médico, el 50% de los fisioterapeutas están de acuerdo en que los procedimientos y sistemas son efectivos para la prevención de errores; mientras que el 7,7% de los auxiliares de enfermería se encuentra en desacuerdo.

SECCION B: SU JEFE INMEDIATO

Tabla numero 1:

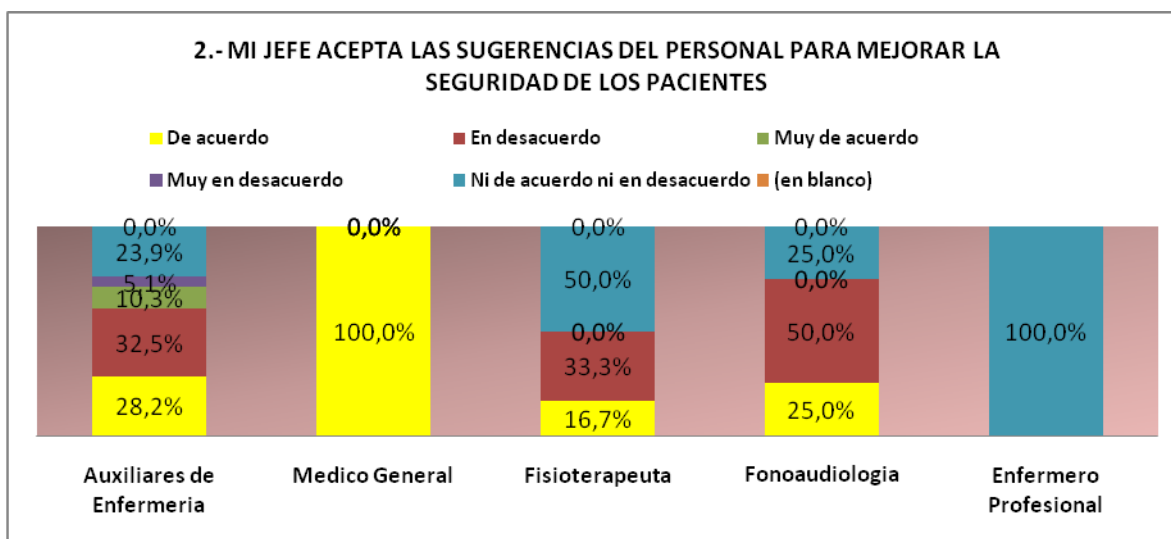
Mi Jefe Hace Comentarios Favorables Cuando Ve Un Trabajo Hecho De Acuerdo A Los Procedimientos Establecidos Para La Seguridad Del Paciente



Se observa en la gráfica que el médico y el 50% de los fonoaudiólogos están de acuerdo con los comentarios favorables que hace el jefe para la seguridad del paciente; y en cambio el enfermero jefe, el 41,7% de los fisioterapeutas, el 50% de los fonoaudiólogos y el 29,9% de los auxiliares están en desacuerdo.

Tabla numero 2:

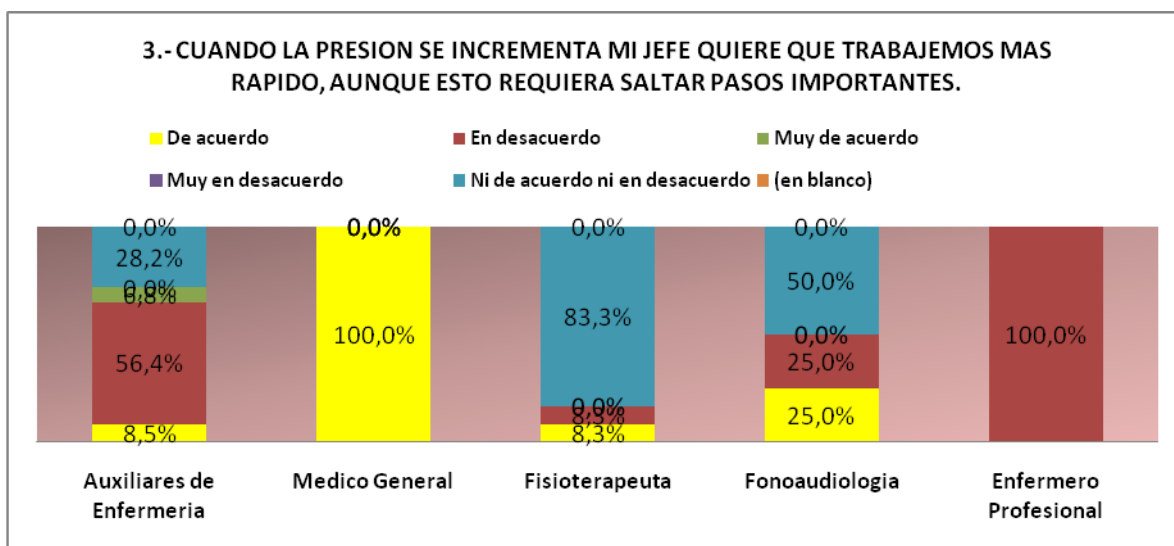
Mi Jefe Acepta Las Sugerencias Del Personal Para Mejorar La Seguridad De Los Pacientes



En la gráfica se observa que 28,2% de los auxiliares de enfermería, 25% de los fonoaudiólogos y el 16,7% de los fisioterapeutas, y el medico está de acuerdo en que el jefe acepta sugerencias para mejorar la seguridad de los pacientes.

Tabla numero 3:

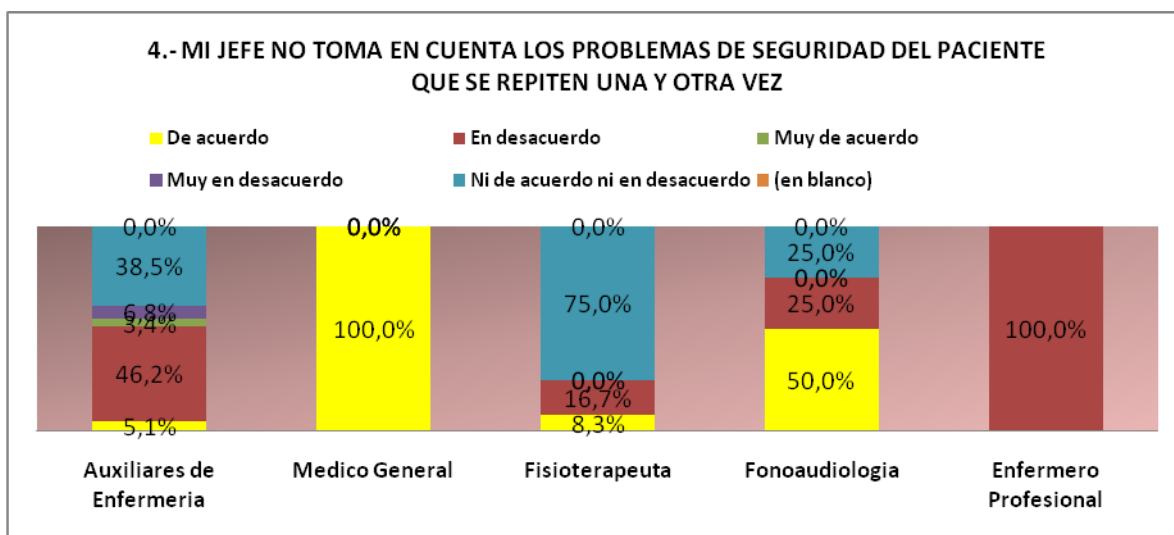
Cuando La Presión Se Incrementa Mi Jefe Quiere Que Trabajemos Mas Rápido, Aunque Esto Requiera Saltar Pasos Importantes.



La grafica nos muestra que el médico, el 25% de los fonoaudiólogos, el 8,3% de los fisioterapeutas y el 8,5% de los auxiliares de enfermería están de acuerdo; y en desacuerdo está el enfermero profesional.

Tabla numero 4:

Mi Jefe No Toma En Cuenta Los Problemas De Seguridad Del Paciente Que Se Repiten Una Y Otra Vez

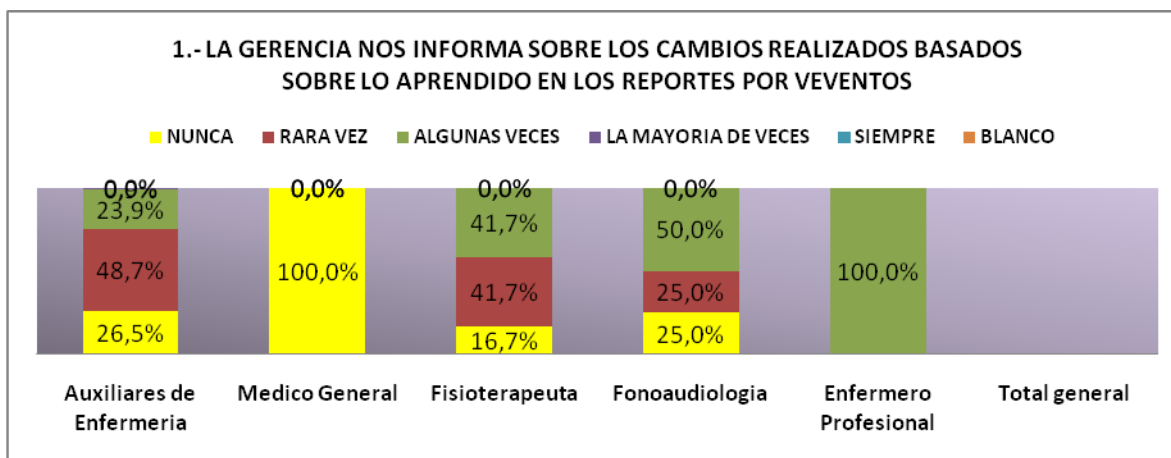


Se observa en la gráfica que el 50% de los fonoaudiólogos, el médico, el 8,3% de los fisioterapeutas, y el 5,1% de los auxiliares de enfermería están de acuerdo en que el jefe no toma en cuenta los problemas de seguridad del paciente que se repiten una y otra vez.

SECCION C: COMUNICACION

Tabla numero 1:

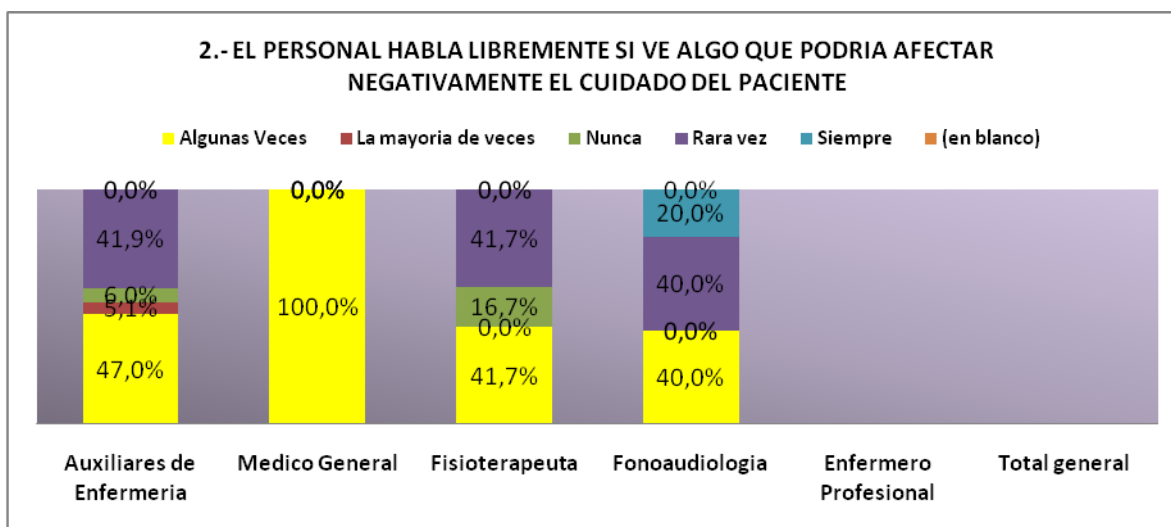
La Gerencia Nos Informa Sobre Los Cambios Realizados Basados Sobre Lo Aprendido En Los Reportes Por Eventos



La grafica muestra que el médico, el 26,5% de auxiliares de enfermería, el 25% de los fonoaudiólogos y el 16, 7% nunca son informados por gerencia sobre los cambios realizados cuando han habido reporte de eventos.

Tabla numero 2:

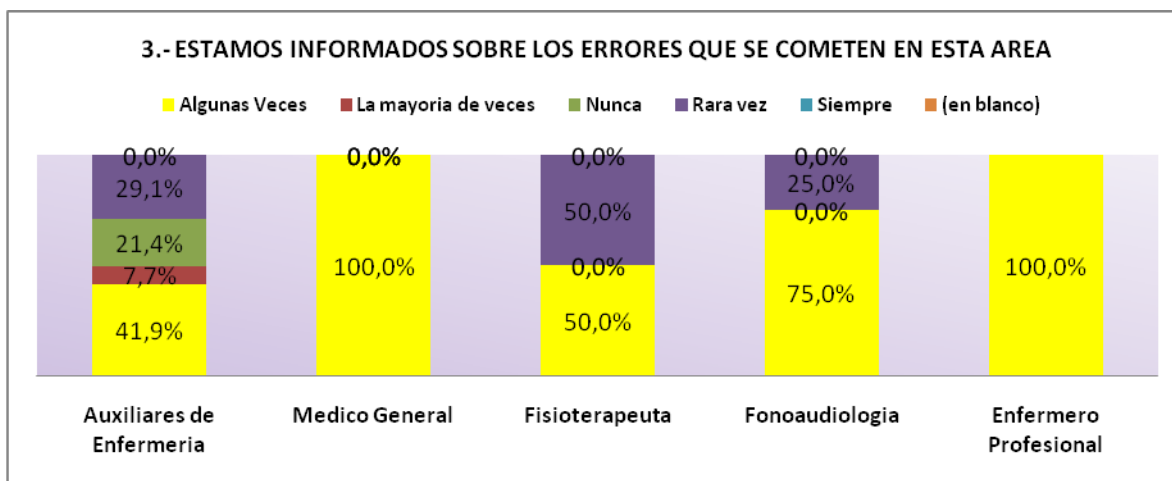
El Personal Habla Libremente Si Ve Algo Que Podría Afectar Negativamente El Cuidado Del Paciente



Se observa en la gráfica que algunas veces el médico, el 40% de los fonoaudiólogos, el 41,7% de los fisioterapeutas y el 47% de los auxiliares de enfermería habla libremente si ve algo que podría afectar el cuidado del paciente.

Tabla numero 3:

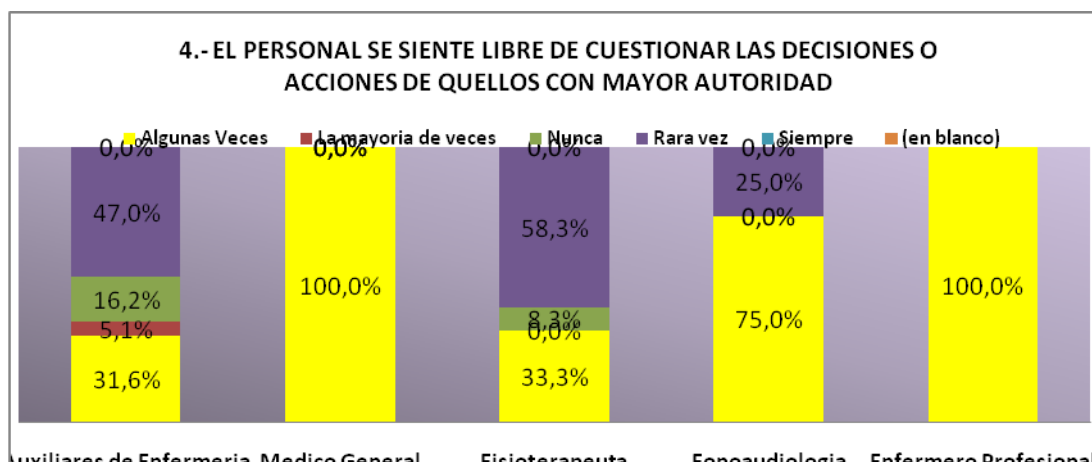
Estamos Informados Sobre Los Errores Que Se Cometan En Esta Área



Observamos en la gráfica que el médico, el enfermero profesional, el 75% de los fonoaudiólogos, el 50% de los fisioterapeutas y un 41,9% de los auxiliares de enfermería algunas veces fueron informados sobre los errores que se cometen en el área de trabajo.

Tabla numero 4:

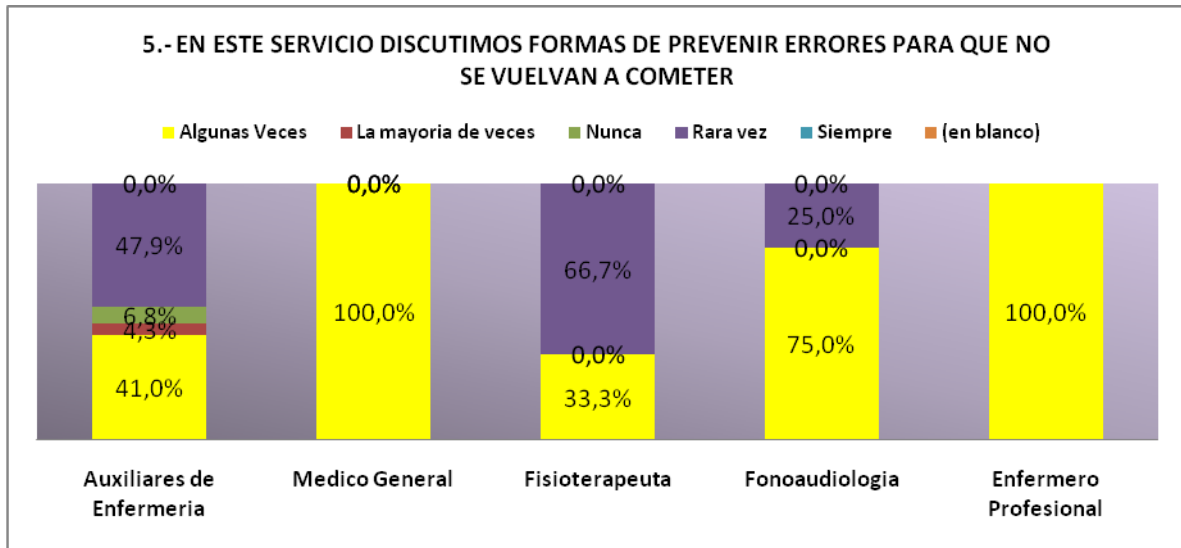
El Personal Se Siente Libre De Cuestionar Las Decisiones O Acciones De Aquellos Con Mayor Autoridad



Observamos en la gráfica el personal asistencial como médico, enfermero profesional, en un 75% fonoaudiólogos, 33% fisioterapeutas, y 31,6% los auxiliares de enfermería se sienten libres de cuestionar las decisiones de aquellos con mayor autoridad, mientras que con un 5,1% de las auxiliares de enfermería lo realizan la mayoría de las veces.

Tabla numero 5:

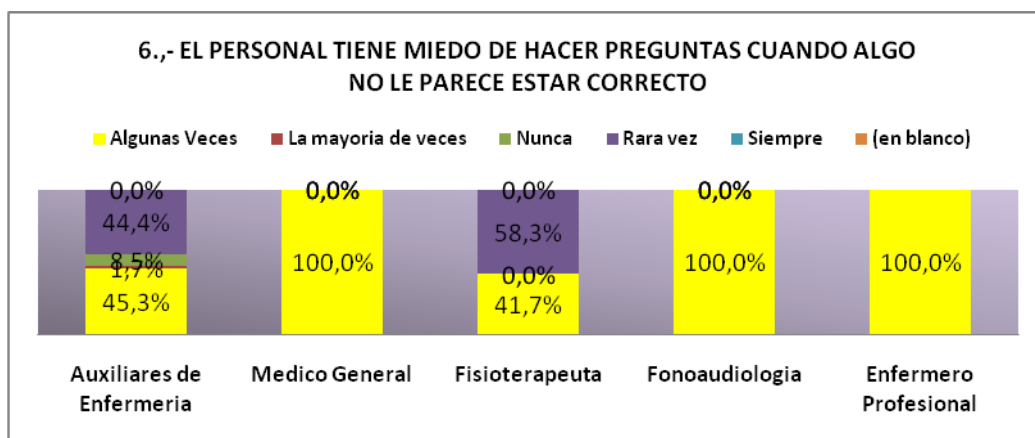
En Este Servicio Discutimos Formas De Prevenir Errores Para Que No Se Vuelvan A Cometer



Se observa en la gráfica que el 66,7% de los fisioterapeutas, el 47,9% de los auxiliares de enfermería y el 25% de los fonoaudiólogos rara vez se discute formas de prevención de errores, mientras que el 6,8% de los auxiliares de enfermería nunca discuten.

Tabla numero 6:

El Personal Tiene Miedo De Hacer Preguntas Cuando Algo No Le Parece Estar Correcto

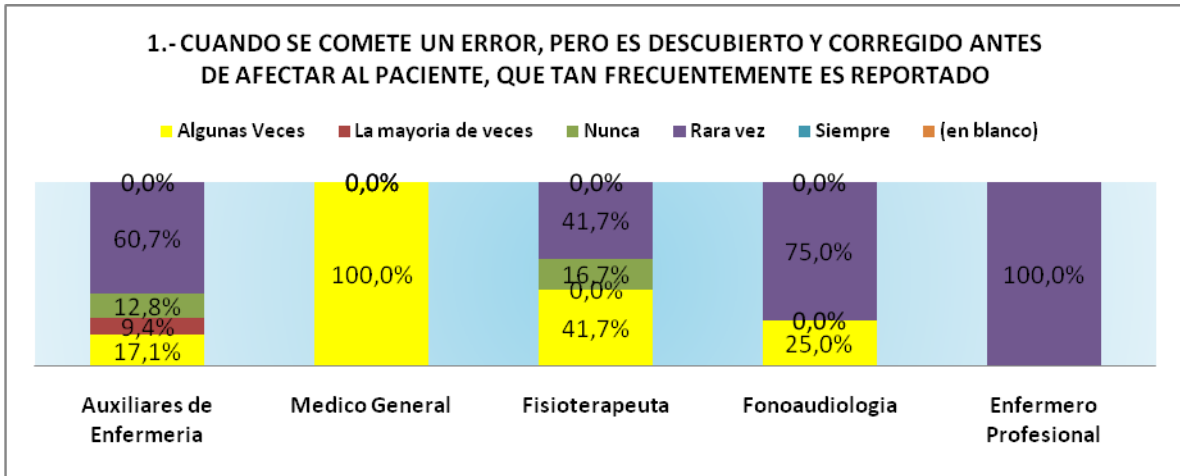


En la gráfica observamos que del personal asistencial el médico, enfermero profesional los fonoaudiólogos, e l 41,7% de los fisioterapeutas y el 45,3% de los fonoaudiólogos algunas veces tiene miedo de realizar preguntas cuando algo nos les parece, y solo un 8,5% de los auxiliares de enfermería nunca tiene temor hablar.

SECCION D: FRECUENCIA DE EVENTOS ADVERSOS

Tabla numero 1:

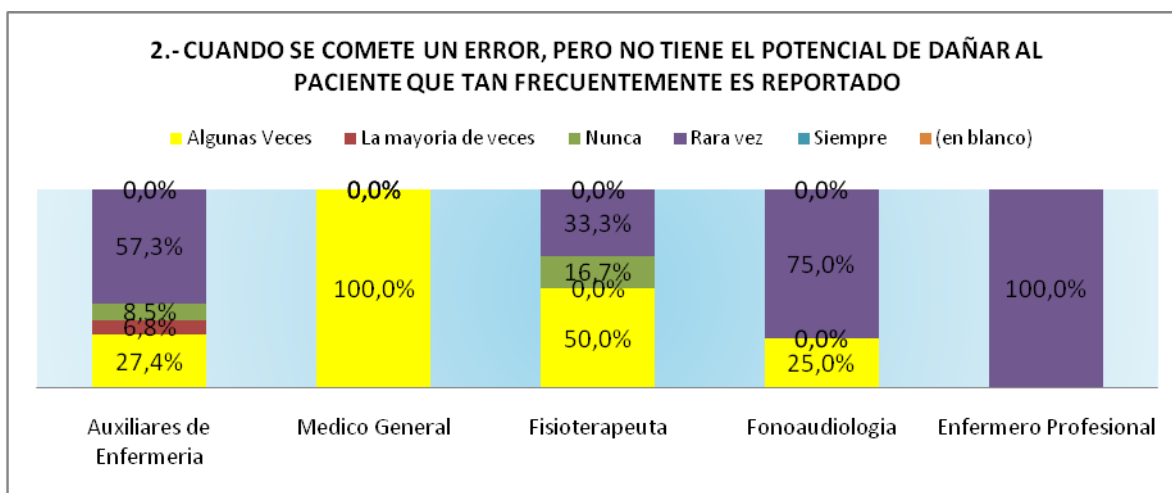
Cuando Se Comete Un Error, Pero Es Descubierto Y Corregido Antes De Afectar Al Paciente, Que Tan Frecuentemente Es Reportado



Se observa en la gráfica que rara vez el enfermero profesional, un 75% de los fonoaudiólogos, un 41,7% de los fisioterapeutas y un 60,7% de los auxiliares de enfermería reportan errores, mientras que el 16,7% de los fisioterapeutas y 12,8% de los auxiliares de enfermería nunca reportan errores antes de afectar al paciente.

Tabla numero 2:

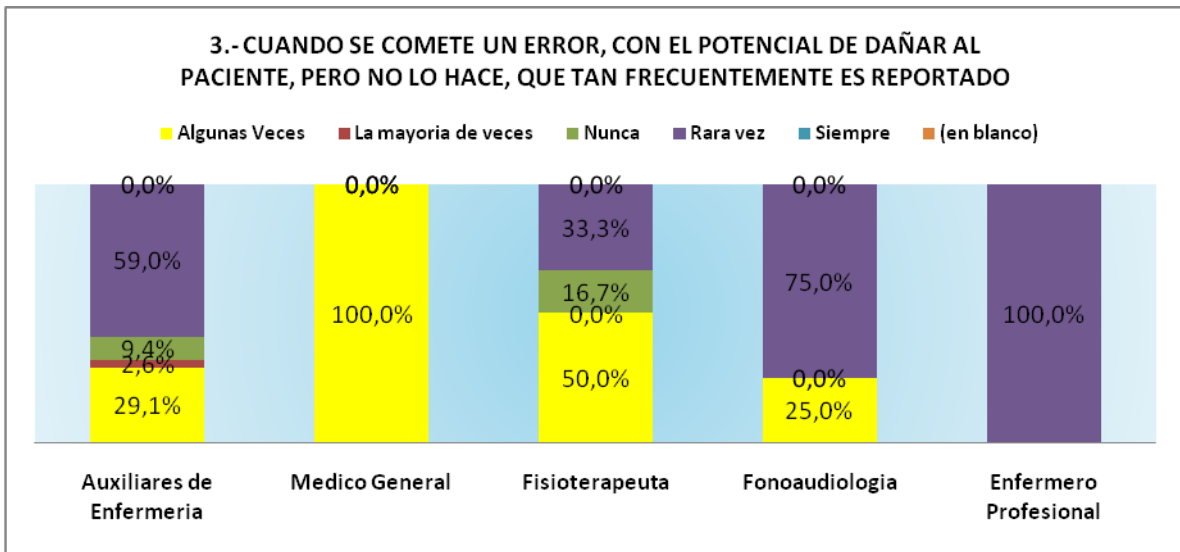
CUANDO SE COMETE UN ERROR, PERO NO TIENE EL POTENCIAL DE DAÑAR AL PACIENTE QUE TAN FRECUENTEMENTE ES REPORTADO



La grafica nos muestra que tanto el medico como el 50% de los fisioterapeutas, el 27,4% de los auxiliares de enfermería y un 25% de los fonoaudiólogos reportan algunas veces los errores cometidos pero que no dañan al paciente, nunca reportan un 8,5% de los auxiliares.

Tabla numero 3:

Cuando Se Comete Un Error, Con El Potencial De Dañar Al Paciente, Pero No Lo Hace, Que Tan Frecuentemente Es Reportado

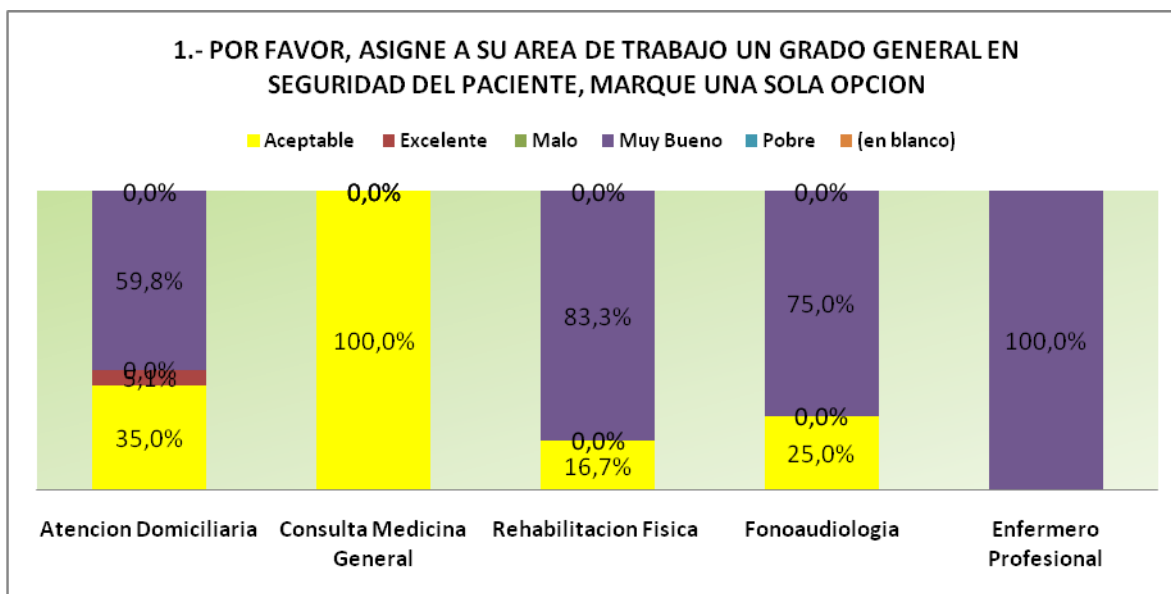


En la gráfica se muestra que el enfermero profesional el 75% de los fonoaudiólogos, el 33,3% de los fisioterapeutas y el 59% de los auxiliares de enfermería rara vez reporta errores que dañan al paciente y un 2,6% de los auxiliares de enfermería las mayoría de veces hacen el reporte.

SECCION E: GRADO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Tabla numero 1:

Por Favor, Asigne A Su Área De Trabajo Un Grado General En Seguridad Del Paciente, Marque Una Sola Opción

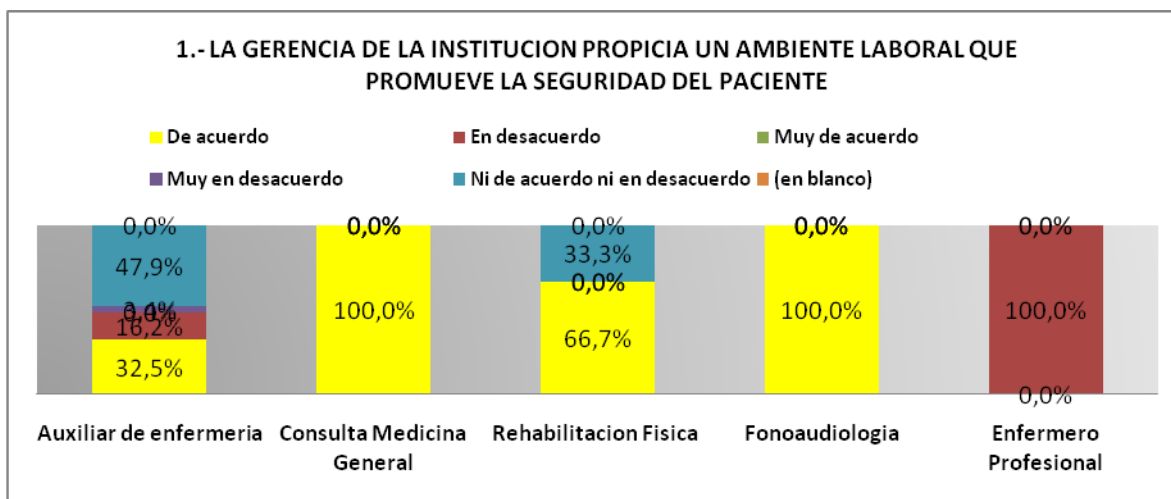


La grafica nos muestra el grado en seguridad del paciente fue muy bueno en el área del enfermero profesional, un 75% fonoaudiología, 83,3% en el área de rehabilitación física y un 59,8% en atención domiciliaria, y aceptable en el área del médico.

SECCION F: SU INSTITUCION

Tabla numero 1:

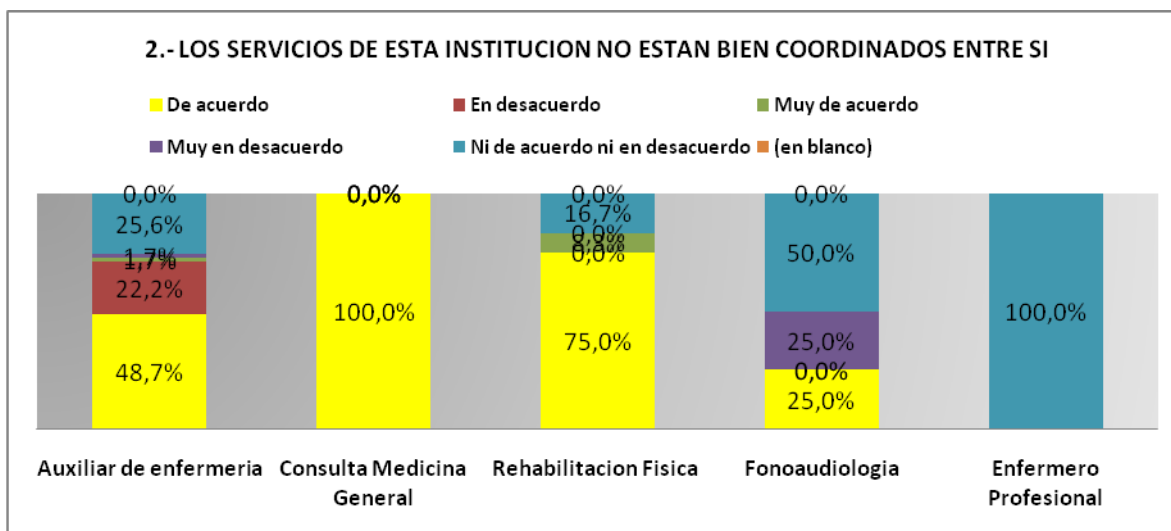
La Gerencia De La Institución Propicia Un Ambiente Laboral Que Promueve La Seguridad Del Paciente



En la gráfica se observa que los fonoaudiólogos, el médico, un 66,7% del personal de rehabilitación física, el 32,5% de auxiliares de enfermería están de acuerdo; y en desacuerdo un 16,2% de los auxiliares de enfermería y el enfermero profesional en que la gerencia propicia un ambiente laboral que favorece la seguridad del paciente.

Tabla numero 2:

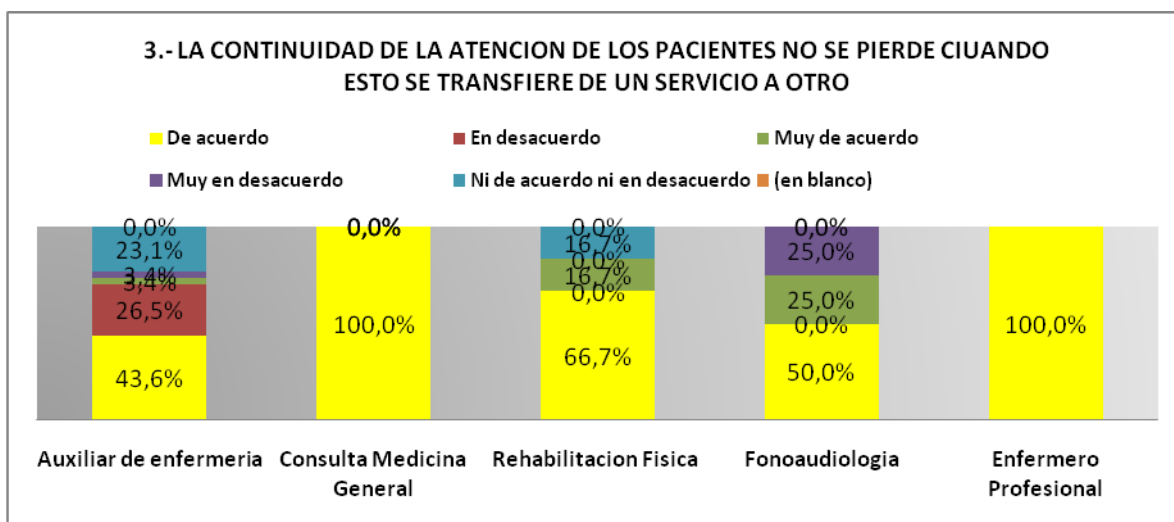
Los Servicios De Esta Institución No Están Bien Coordinados Entre Si



Se observa en la gráfica que el médico, el 75% de los profesionales de rehabilitación física, el 48% de los auxiliares de enfermería y el 25% de los fonoaudiólogos está de acuerdo en que los servicios de la institución están bien coordinados entre si y solo el 22,2% de los auxiliares de enfermería están en desacuerdo.

Tabla numero 3:

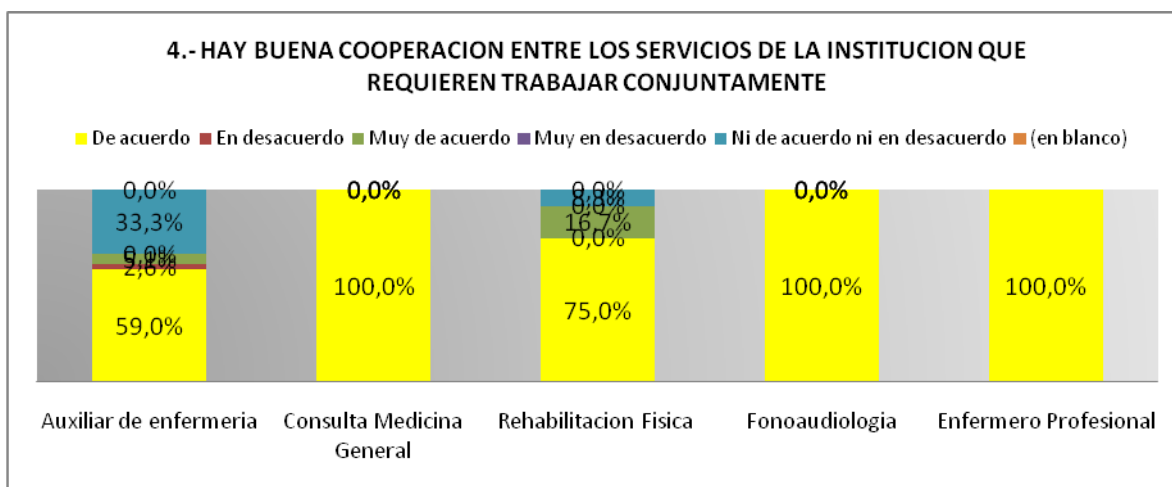
La Continuidad De La Atención De Los Pacientes No Se Pierde Cuando Esto Se Transfiere De Un Servicio A Otro



Observamos en la gráfica que el 50% de los fonoaudiólogos, el 66,7% de los profesionales de rehabilitación física y un 43,6% de los auxiliares de enfermería están de acuerdo que no se pierde la continuidad de la atención cuando se transfiere de un servicio a otro.

Tabla numero 4:

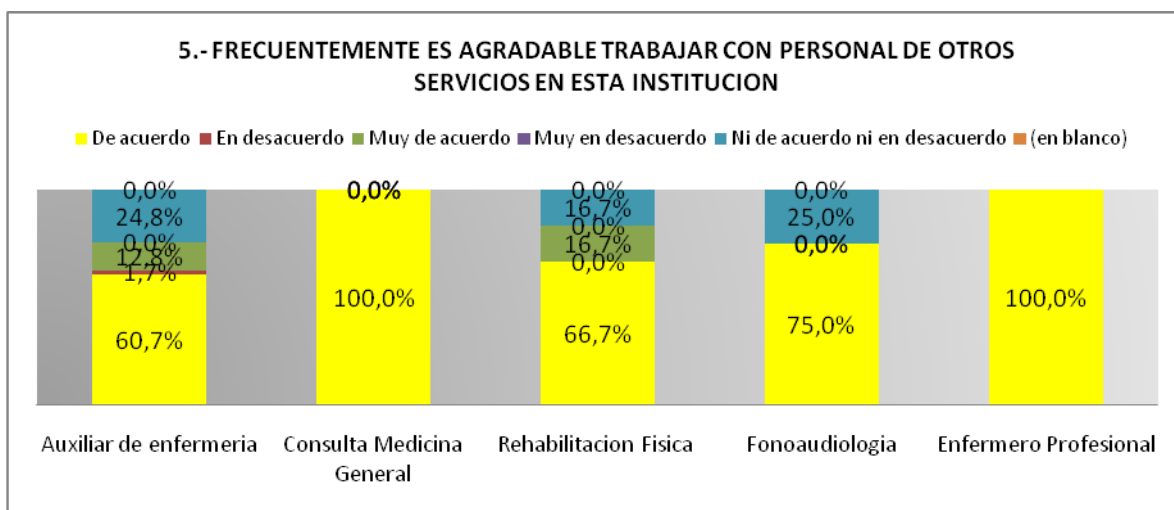
Hay Buena Cooperación Entre Los Servicios De La Institución Que Requieren Trabajar Conjuntamente



La grafica nos muestra que el 59% de los auxiliares d enfermería, los fonoaudiólogos, el enfermero profesional y el medico están de acuerdo en que hay buena cooperación entre los servicios para trabajar conjuntamente, solo un 2,6% de los auxiliares de enfermería están en desacuerdo.

Tabla numero 5:

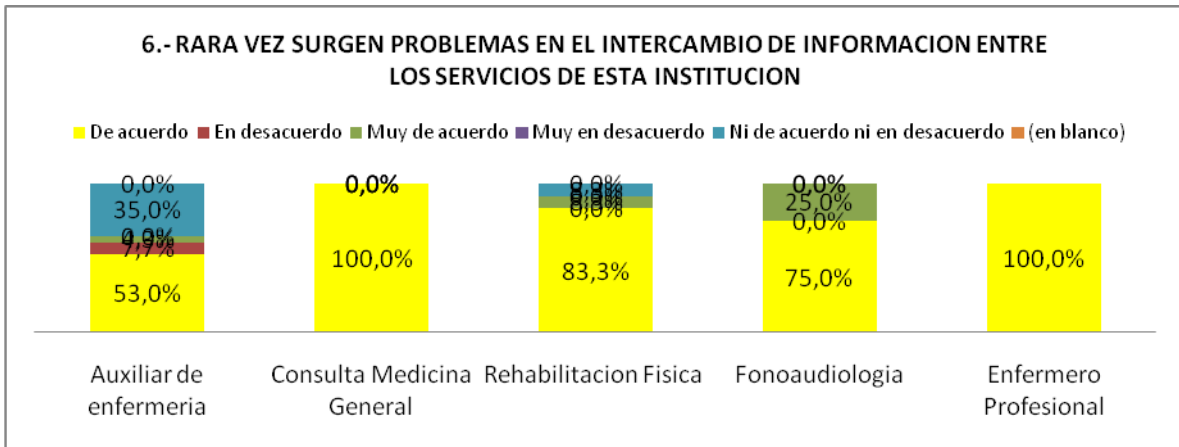
Frecuentemente Es Agradable Trabajar Con Personal De Otros Servicios En Esta Institución



En la gráfica se observa que están de acuerdo en trabajar con personal de otros servicios el 75% de los fonoaudiólogos, el 66,7% del personal de rehabilitación física, el 60,7% de los auxiliares de enfermería, mientras que el 1,7% de los auxiliares de enfermería están en desacuerdo.

Tabla numero 6:

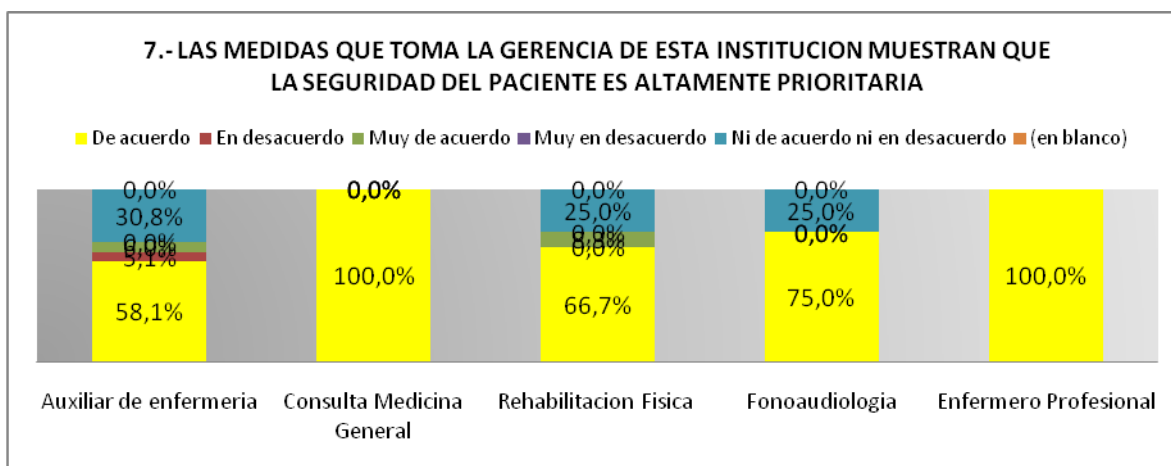
Rara Vez Surgen Problemas En El Intercambio De Información Entre Los Servicios De Esta Institución



Nos muestra la gráfica que el 83,3% de los profesionales de rehabilitación física, el 75% de los fonoaudiólogos, el 53% de auxiliares de enfermería, el enfermero profesional y la consulta médica general están de acuerdo en que rara vez surgen problemas en el intercambio de información entre los servicios y solo un 7,7% de los auxiliares de enfermería están en desacuerdo.

Tabla numero 7:

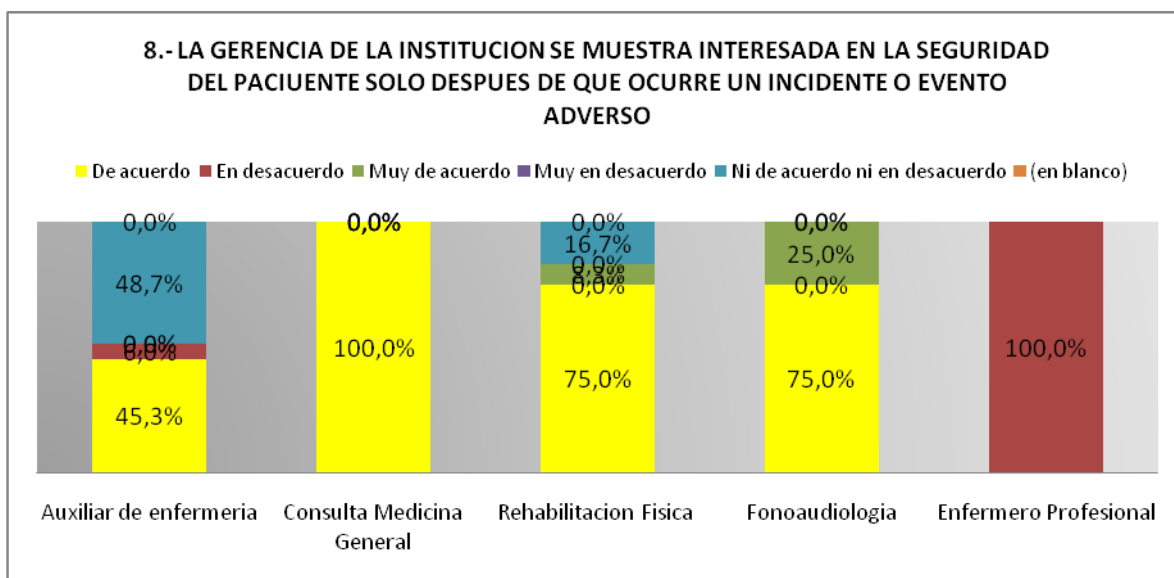
Las Medidas Que Toma La Gerencia De Esta Institución Muestran Que La Seguridad Del Paciente Es Altamente Prioritaria



Se observa en la gráfica que el 75% de fonoaudiólogos, 66,7% del personal de rehabilitación física, el 58,1% de auxiliares de enfermería, el servicio de consulta médica general y el enfermero profesional están de acuerdo de que la medidas que toma la gerencia muestra que la seguridad del paciente es latamente prioritaria, mientras que tan solo el 5,1% de auxiliares de enfermería están en desacuerdo.

Tabla numero 8:

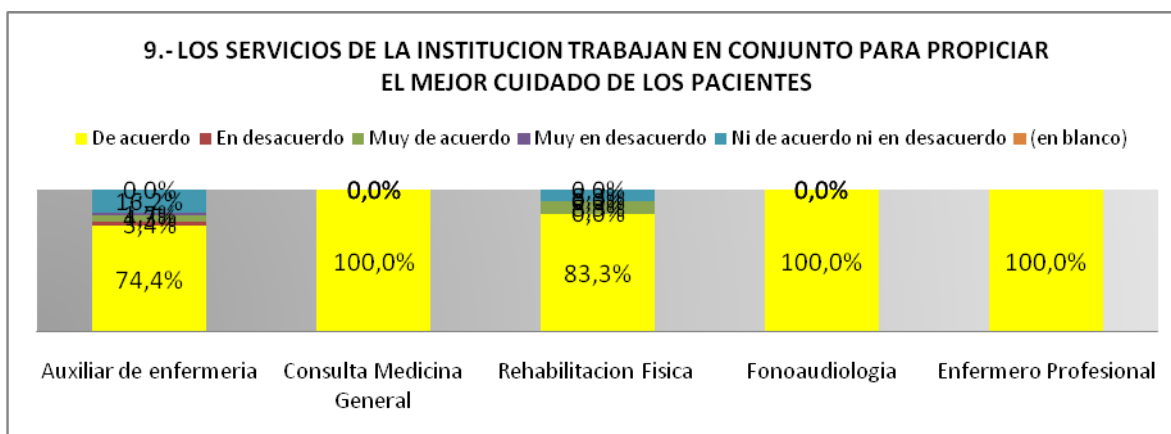
La Gerencia De La Institución Se Muestra Interesada En La Seguridad Del Paciente Solo Después De Que Ocurre Un Incidente O Evento Adverso



La grafica muestra que el 75% de fonoaudiólogos y profesionales de rehabilitación física, el 45,3% auxiliares de enfermería y la consulta médica general están de acuerdo que la gerencia se muestra interesada en la seguridad del paciente solo después de un evento adverso, y no están de acuerdo el enfermero profesional y un 6% de las auxiliares de enfermería.

Tabla numero 9:

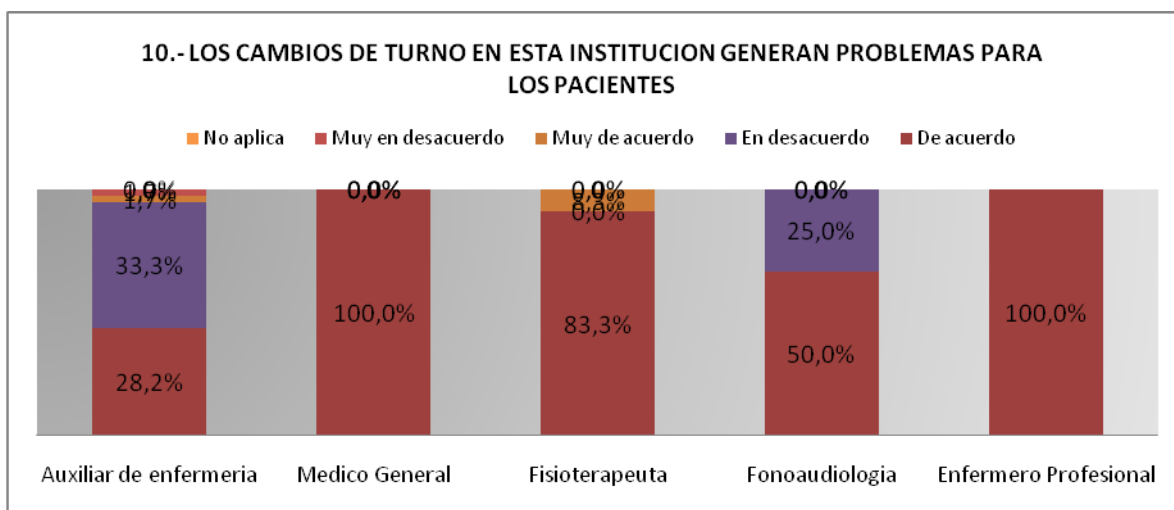
Los Servicios De La Institución Trabajan En Conjunto Para Propiciar El Mejor Cuidado De Los Pacientes



Se observa en la gráfica que los fonoaudiólogos, el enfermero profesional, consulta médica general y el 83,3% del personal de rehabilitación física están de acuerdo en que los servicios trabajan en conjunto para propiciar el mejor cuidado de los pacientes, y solo el 3,4% de los auxiliares de enfermería están en desacuerdo.

Tabla numero 10:

Los Cambios De Turno En Esta Institución Generan Problemas Para Los Pacientes



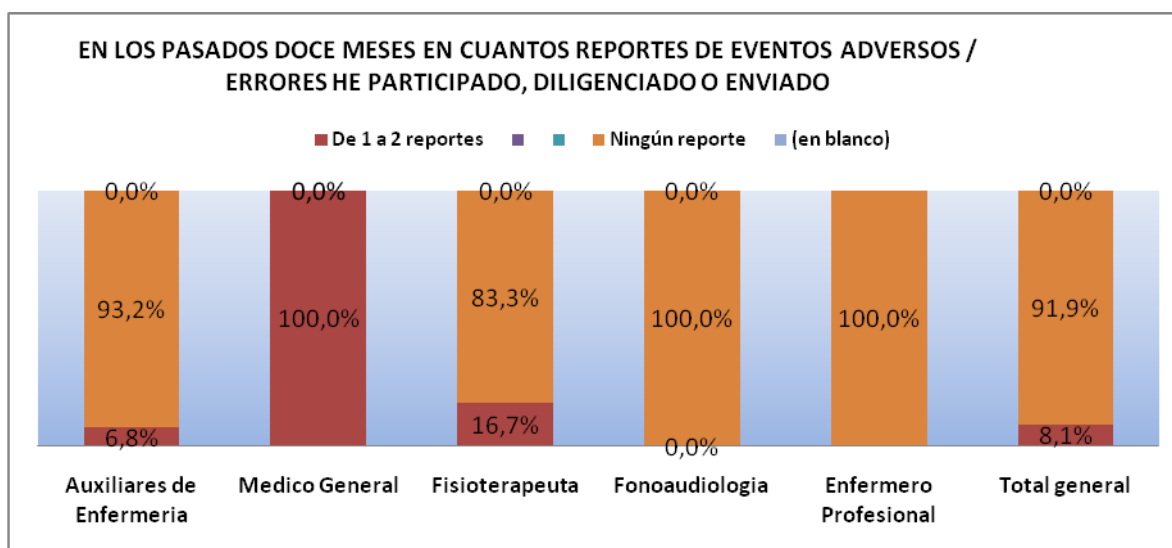
En la gráfica muestra que el médico, el enfermero profesional, el 83,3% de los fisioterapeutas, el 50% de los fonoaudiólogos y el 28,2% de auxiliares de enfermería que están de acuerdo que los cambios de turno generan problemas para los pacientes.

SECCION G: NUMERO DE EVENTOS ADVERSOS

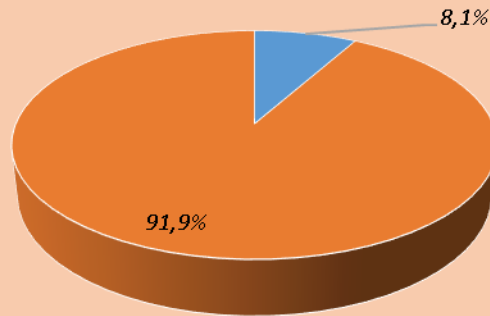
Tabla numero 1:

En Los Pasados Doce Meses En Cuantos Reportes De Eventos Adversos / Errores He Participado, Diligenciado O Enviado

| EN LOS PASADOS DOCE MESES EN CUANTOS REPORTES DE EVENTOS ADVERSOS / ERRORES HE PARTICIPADO, DILIGENCIADO O ENVIADO | | | | | | |
|--|-------------------|-------------|----------------------------|--------------|---------------|------------|
| Etiquetas de fila | De 1 a 2 reportes | | Ningún reporte (en blanco) | | Total general | |
| Auxiliares de Enfermería | 8 | 6,8% | 109 | 93,2% | 0,0% | 117 |
| Médico General | 1 | 100,0% | 0 | 0,0% | 0,0% | 1 |
| Fisioterapeuta | 2 | 16,7% | 10 | 83,3% | 0,0% | 12 |
| Fonoaudiología | | 0,0% | 4 | 100,0% | 0,0% | 4 |
| Enfermero Profesional | | | 1 | 100,0% | | 1 |
| Total general | 11 | 8,1% | 124 | 91,9% | 0,0% | 135 |



PORCENTAJE DE ADOPCION DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.-

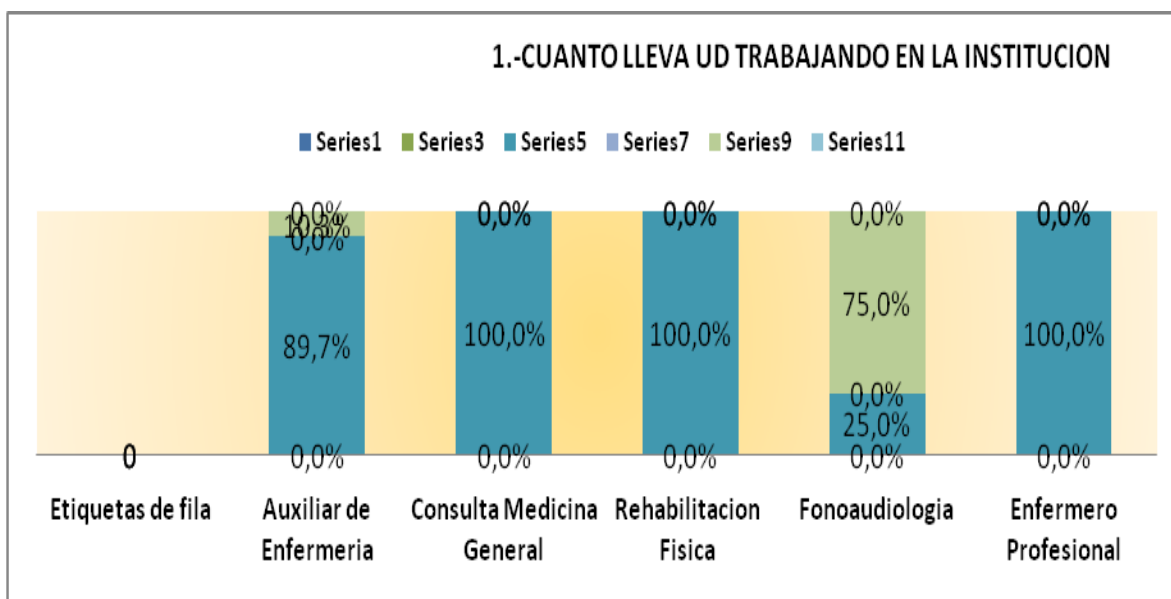


En la práctica la IPS en el área asistencial solo tiene un nivel de apropiación de la cultura de seguridad del paciente de tan solo 8,1 % muy a pesar de su auto apreciación, esto se evidencia en esta pregunta trazadora, la cual por sustracción de materia deja al desnudo que solo reportan 8,1% de los eventos de interés por ser de riesgo para los pacientes.

SECCION H: ANTECEDENTES

Tabla numero 1:

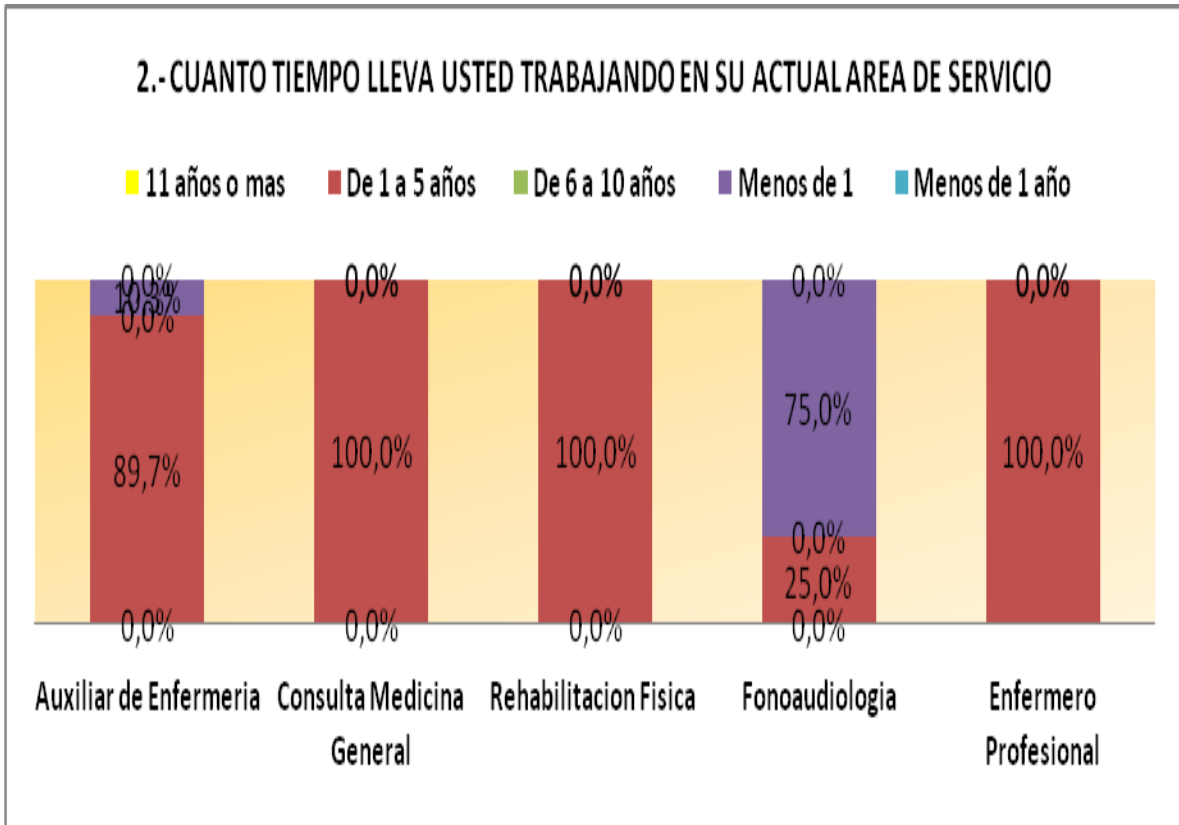
Cuanto Lleva Usted Trabajando En La Institución



Se observa en la gráfica que el 88,8% del personal asistencial lleva en la institución de 1 a 5 años, y un 11,1% lleva trabajando en la institución menos de un año.

Tabla numero 2:

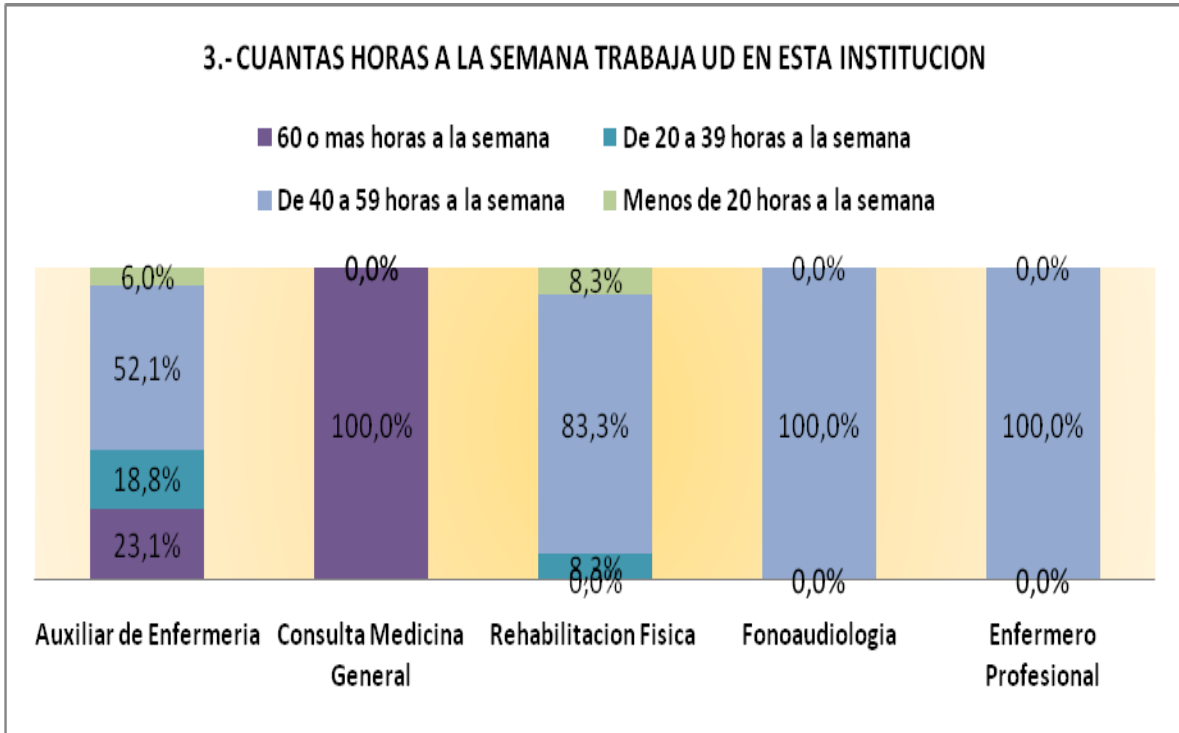
Cuánto Tiempo Lleva Usted Trabajando En Su Actual Área De Servicio



La grafica muestra que el 10,3% de los auxiliares de enfermería y el 75% de los fonoaudiólogos llevan trabajando en su actual área de servicio; y el 89,7% de los auxiliares de enfermería, el 25% de los fonoaudiólogos, el médico, el enfermero profesional y el personal de rehabilitación física llevan trabajando de 1 a 5 años.

Tabla numero 3:

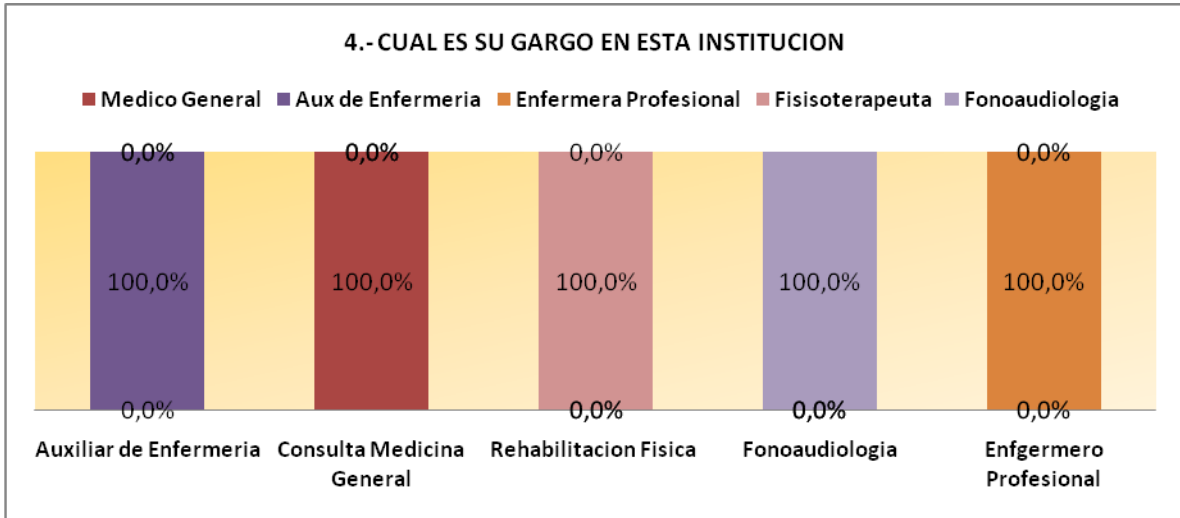
Cuántas Horas A La Semana Trabaja Ud. En Esta Institución



La grafica nos muestra que el personal de fonoaudiología, enfermero profesional y el 83,3% de los profesionales de rehabilitación física trabaja de 40 a 59 horas a la semana, mientras que el médico y el 23,1% de las auxiliares de enfermería trabajan 60 horas a más horas a la semana.

Tabla numero 4:

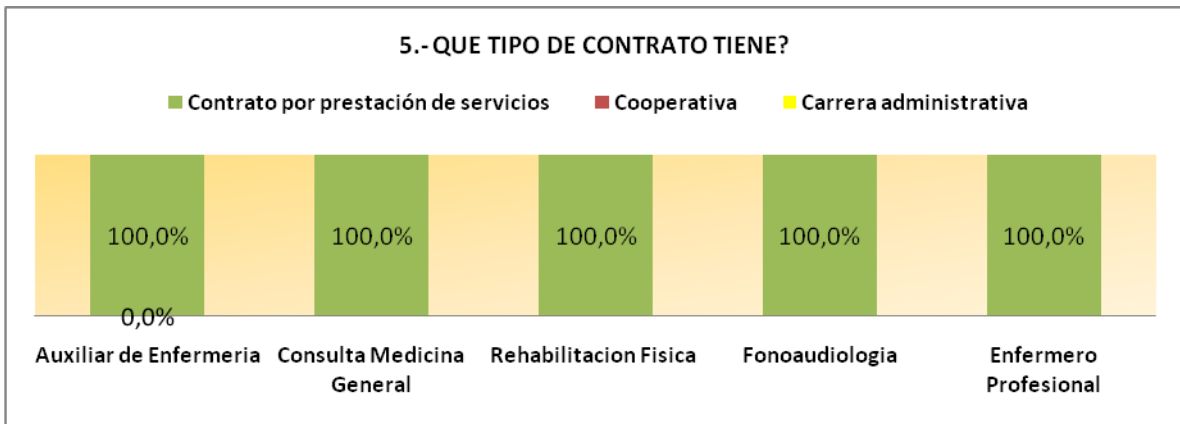
Cual Es Su Cargo En Esta Institución



El 88.6% son auxiliares de enfermería, 8,8% son fisioterapeutas y el 2,9% son fonoaudiólogos.

Tabla numero 5:

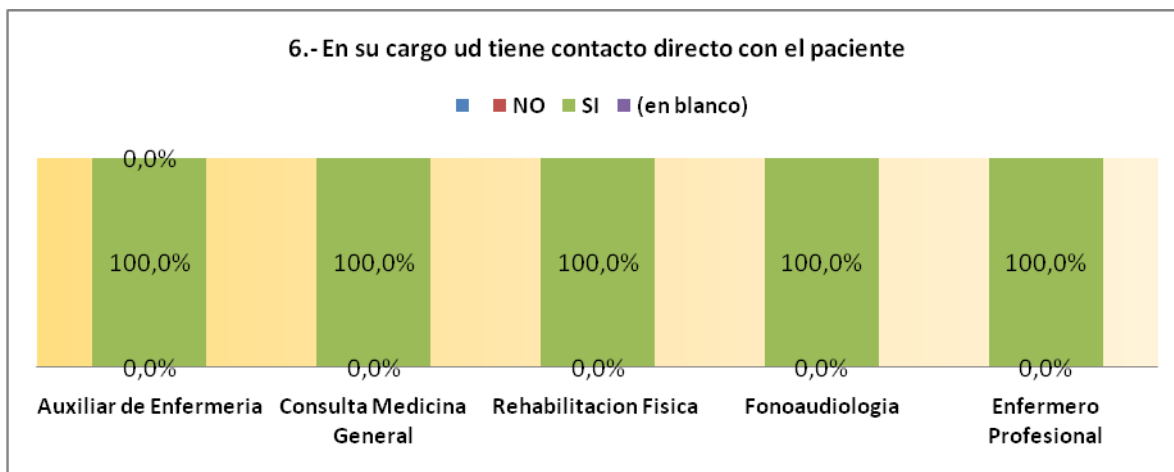
Qué Tipo De Contrato Tiene



El 100% del personal asistencial tiene un contrato por prestación de servicios.

Tabla numero 6:

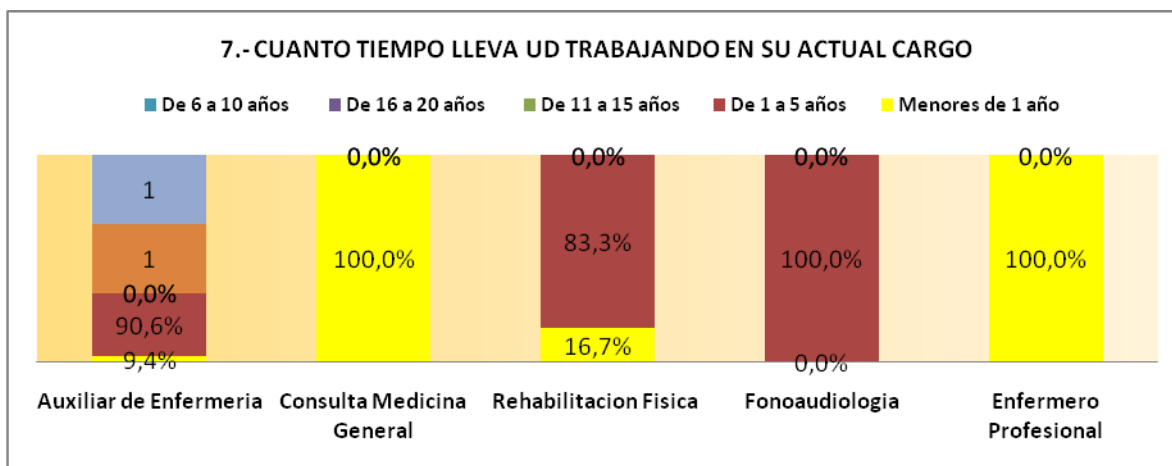
En Su Cargo Usted Tiene Contacto Directo Con El Paciente



El 100% del personal asistencial tiene contacto directo con el paciente.

Tabla numero 7:

Cuánto Tiempo Lleva Usted Trabajando En Su Actual Cargo

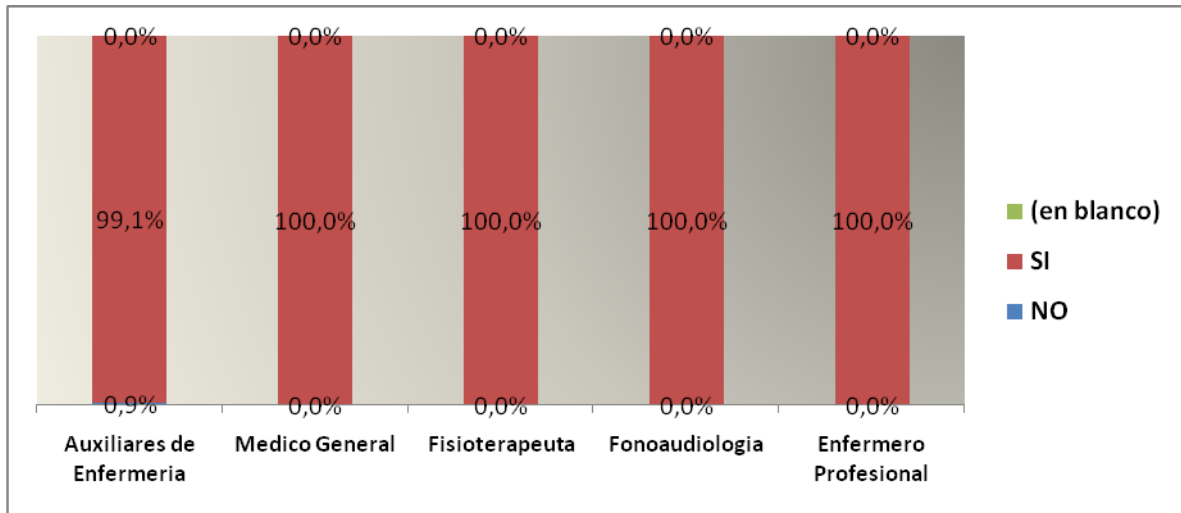


Se observa en la gráfica que del personal asistencial el 11.1% lleva trabajando menos de un año en el cargo, y el 88.8% de los asistenciales llevan de 1 a 5 años.

SECCION J: ATENCION SEGURA

Tabla numero 1:

Considera Que Los Pacientes Son Tratados De Forma Segura



Se observa en la gráfica que el 99,1% del personal asistencial considera que si son tratados de forma segura.

ADMINISTRATIVAS

SECCION A: AREA DE TRABAJO

Tabla numero 1:

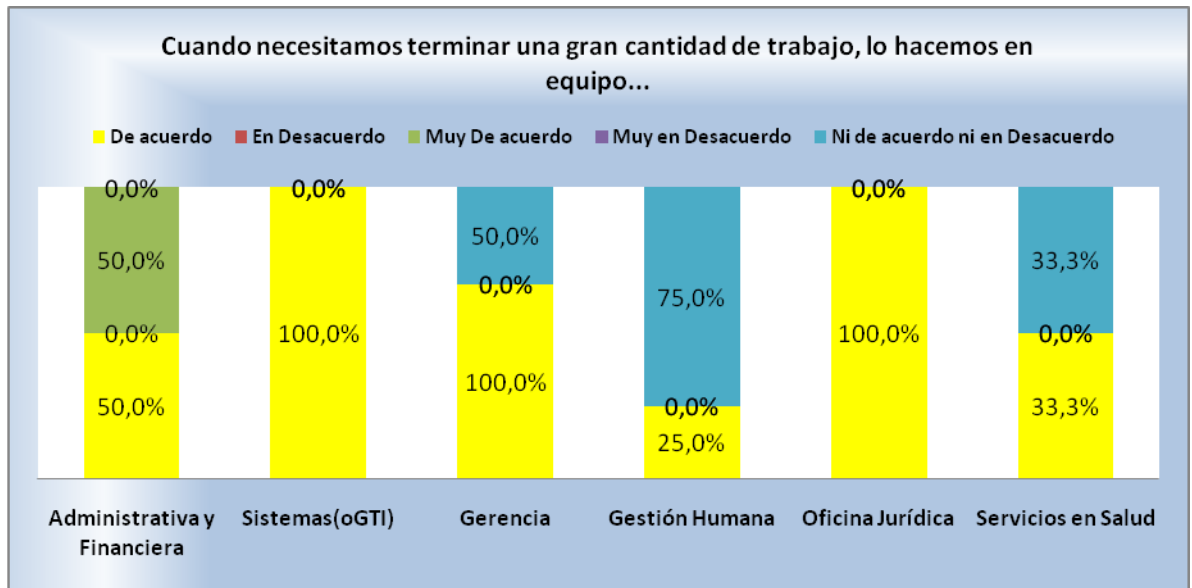
Tenemos Suficiente Personal Para Realizar El Trabajo.



La gráfica muestra que el 66,7% de gerencia, el 50% del personal administrativo y financiera, y el 25% de gestión humana están de acuerdo en que se tiene suficiente personal para realizar el trabajo; mientras que el 50% del personal de servicios de salud y el 50% de gestión humana están en desacuerdo.

Tabla numero 2:

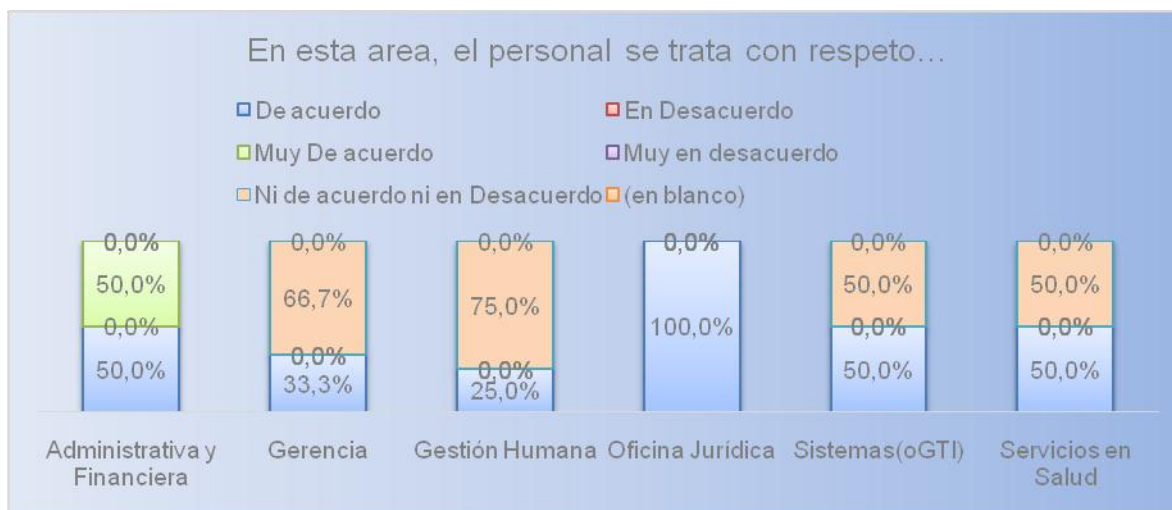
Cuando Necesitamos Terminar Una Gran Cantidad De Trabajo, Lo Hacemos En Equipo.



La grafica nos muestra que el personal de la oficina jurídica, los de sistemas OGTI, el 33,3% de sistemas y el 50% del personal del área administrativa y financiera están de acuerdo de que cuando se necesita terminar un trabajo se realiza en equipo.

Tabla numero 3:

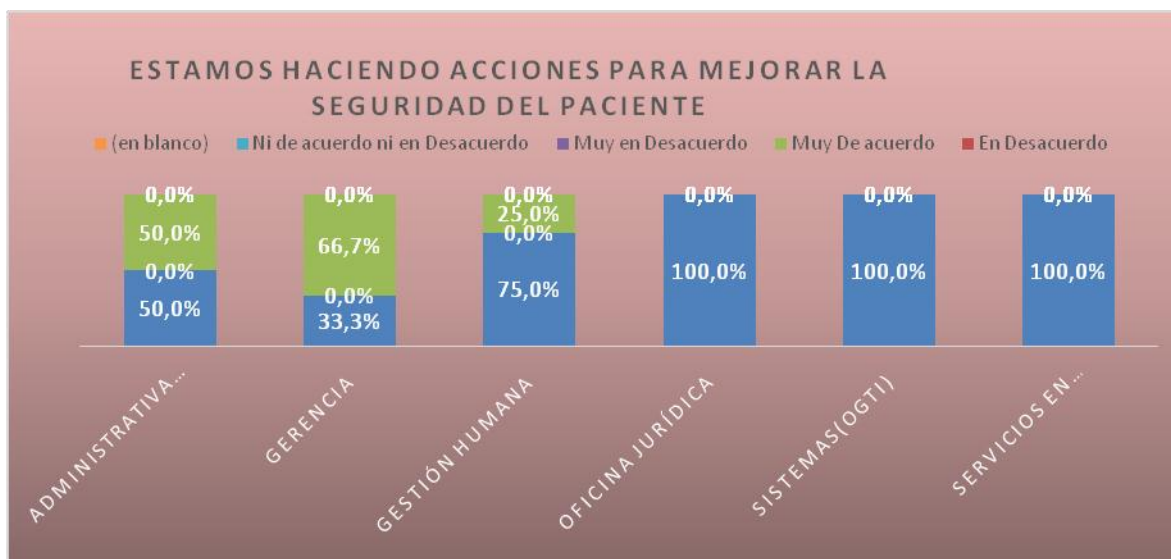
En Esta Área, El Personal Se Trata Con Respeto.



En la gráfica se observa que el 50% del personal del área administrativa y financiera, 33.3% de la gerencia, el 25% de gestión humana, todo el personal de la oficina jurídica y el 50% del personal de sistemas OGTI y servicios de salud están de acuerdo en que en su área de trabajo se trata con respeto.

Tabla numero 4:

Estamos Haciendo Acciones Para Mejorar Seguridad Del Paciente.



En la gráfica se observa que el 50% del personal de servicios de salud, el 50% de los de sistemas OGTI y el 50% del personal de gestión humana están muy de acuerdo en que se están haciendo acciones para mejorar la seguridad del paciente; mientras que un 66,7% de la gerencia y el 50% del personal administrativo y financiero están muy de acuerdo.

Tabla numero 5:

El Personal Siente Que Sus Errores Son Usados En Su Contra.



En la gráfica muestra que están de acuerdo en que sienten que sus errores son usados en su contra el 50% del área administrativa y financiera, muy de acuerdo el 50% de gestión humana, y el 50% de los de servicios de salud; y se encuentran en muy en desacuerdo el 50% del aérea de admirativa y financiera, 66,7% de la gerencia y el 25% del personal de gestión humana.

Tabla numero 6:

Es Sólo Por Casualidad Que Acá No Ocurran Errores Más Serios.



La gráfica nos muestra que el 50% del personal del área administrativa y financiera, el 50% de gestión humana, todo el personal de sistemas OGTI y el 50% del personal de servicios de salud están de acuerdo que es solo por casualidad que no ocurran errores serios; y el 50% del área administrativa y financiera junto con el personal de gestión humana y gerencia están en muy en desacuerdo.

Tabla numero 7:

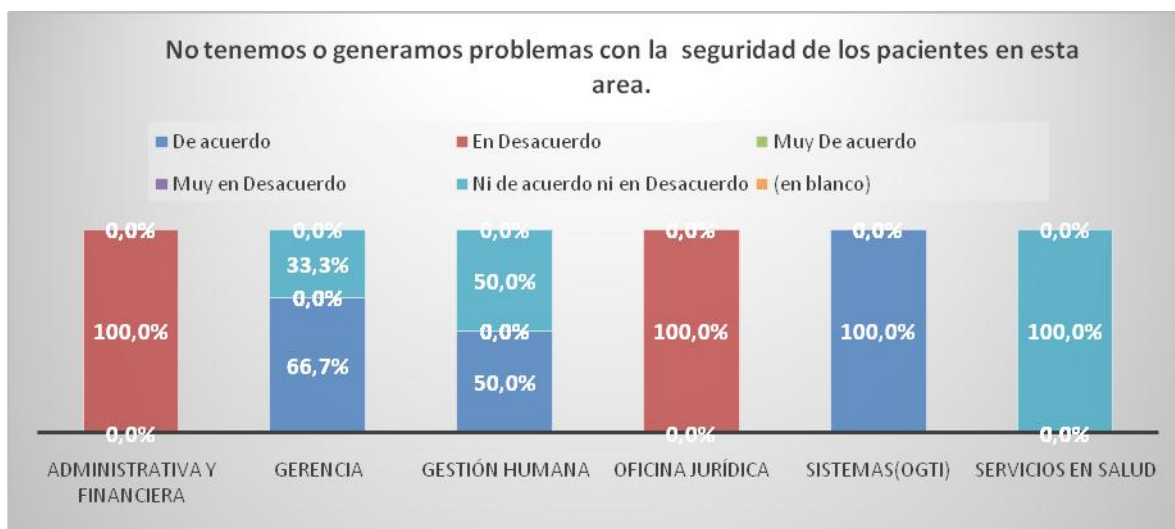
Los Empleados Se Preocupan De Que Los Errores Que Cometan Queden Registrados En Sus Hojas De Vida.



La grafica nos muestra que el 66,7% de gerencia, el personal de gestión humana, el 50% del área de sistemas OGTI y servicios de salud se preocupan que sus errores queden registrados en sus hojas de vida; y un 50% del área administrativa y financiera están en desacuerdo.

Tabla numero 8:

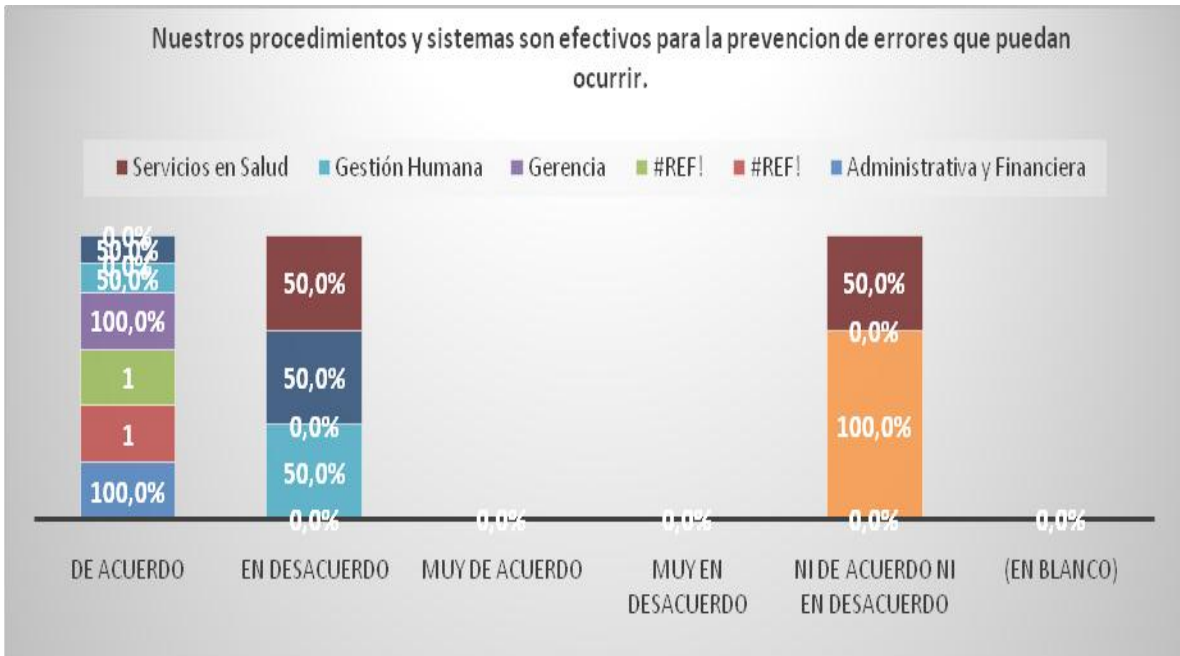
No Tenemos O Generamos Problemas Con La Seguridad De Los Pacientes En Esta Área.



La grafica nos muestra que el 66,7% de la gerencia, el 50% del personal de gestión humana, y todo el personal de sistemas OGTI están de acuerdo de que no se generan problemas con la seguridad del paciente en sus áreas de trabajo; mientras que en la oficina jurídica y en el área administrativa y financiera están en desacuerdo.

Tabla numero 9:

Nuestros Procedimientos Y Sistemas Son Efectivos Para La Prevención De Errores Que Puedan Ocurrir.

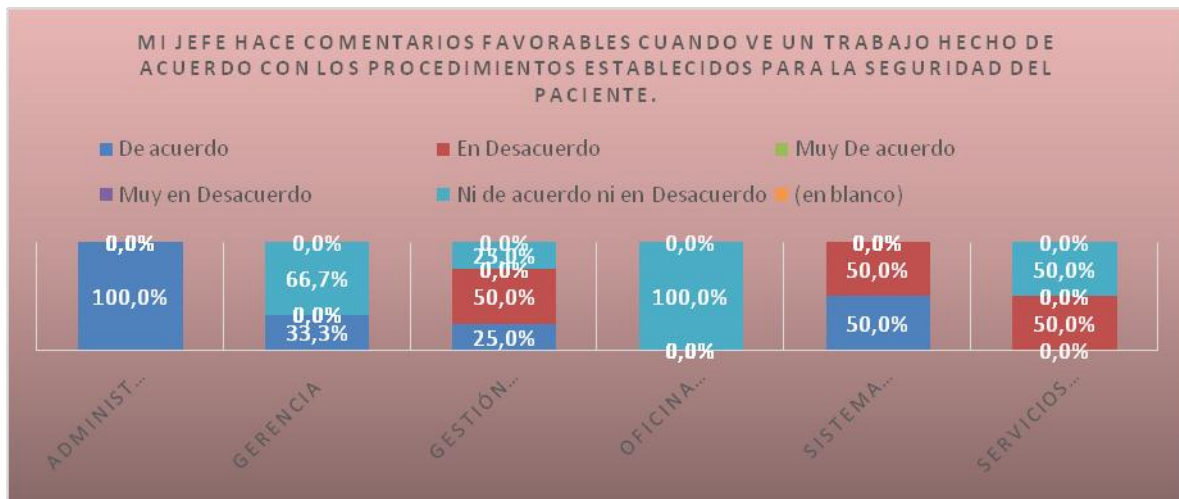


Se observa en la gráfica que todo el personal del área administrativa y financiera, la gerencia, el 50% de gestión humana están de acuerdo que los procedimientos y sistemas son efectivos para prevenir errores; y un 50% del personal de gestión humana está en desacuerdo.

SECCIÓN B: SU JEFE INMEDIATO

Tabla numero 1:

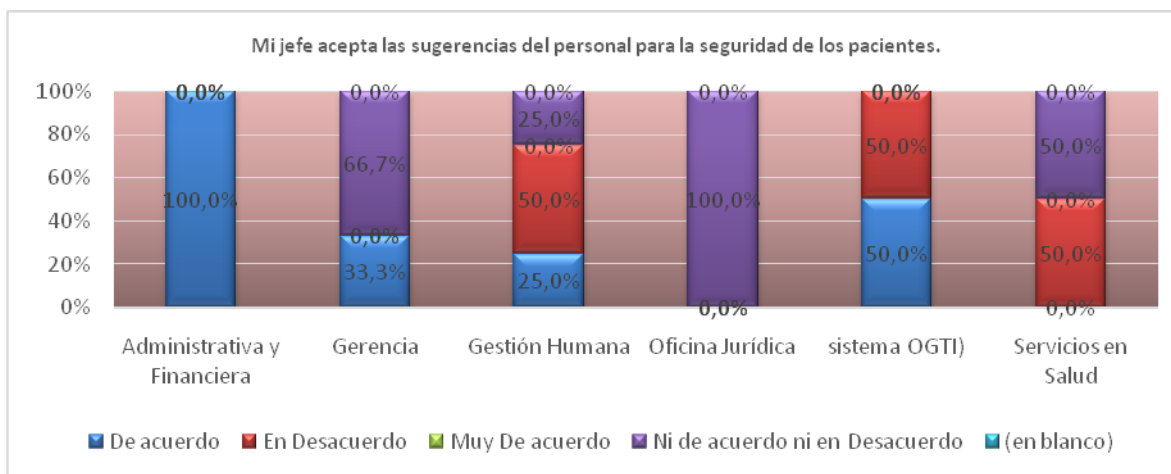
Mi Jefe Hace Comentarios Favorables Cuando Ve Un Trabajo Hecho De Acuerdo Con Los Procedimientos Establecidos Para La Seguridad De Los Pacientes.



La grafica nos muestra que el 100% del área administrativa y financiera, el 33,3% de la gerencia, el 25% de gestión humana y el 50% de sistemas OGTI están de acuerdo su jefe realiza cometarios favorables cuando ve un trabajo hecho con los procedimientos establecidos para la seguridad del paciente; y el 50% del personal de gestión humana, sistemas OGTI, y de servicios de salud están en desacuerdo.

Tabla numero 2:

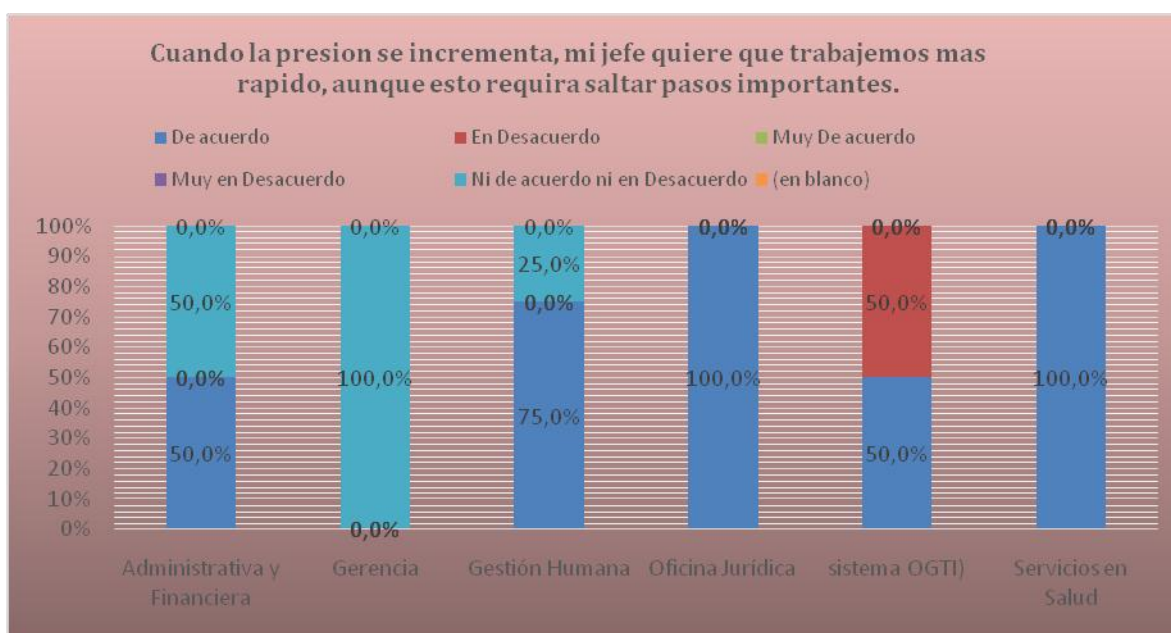
Mi Jefe Acepta Las Sugerencias Del Personal Para Mejorar La Seguridad De Los Pacientes.



En la gráfica nos muestra que todo el personal del área administrativa y financiera, el 33,3% de la gerencia, el 25% de gestión humana y el 50% del personal de sistemas OGTI están de acuerdo que su jefe acepta sugerencias para mejorar la seguridad de los pacientes; y en desacuerdo están el 50% del personal de gestión humana, el personal de sistemas OGTI y servicios de salud.

Tabla numero 3:

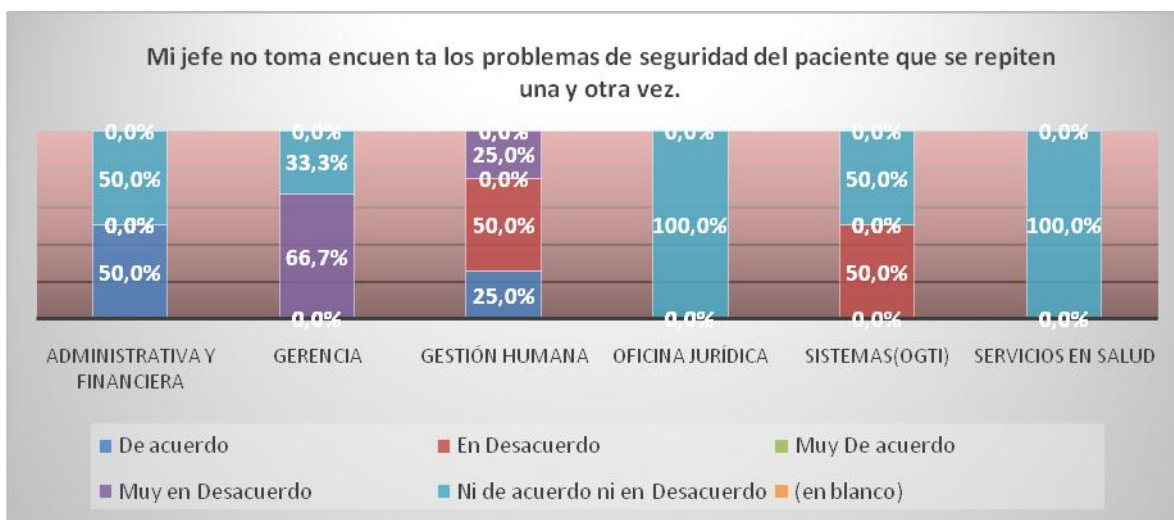
Cuando La Presión Se Incrementa, Mi Jefe Quiere Que Trabajemos Más Rápido, Aunque Esto Requiera Saltar Pasos Importantes.



En la gráfica se observa que todo el personal de gestión humana, los de servicios de salud y el 50% de sistemas OGTI y administrativa y financiera están de acuerdo en que el jefe quiere que se trabaje más rápido aunque esto requiera saltarse pasos importantes; mientras que un 50% del personal de sistemas OGTI está en desacuerdo, la gerencia ni está de acuerdo ni en desacuerdo.

Tabla numero 4:

Mi Jefe No Toma En Cuenta Los Problemas De Seguridad Del Paciente Que Se Repiten Una Y Otra Vez.

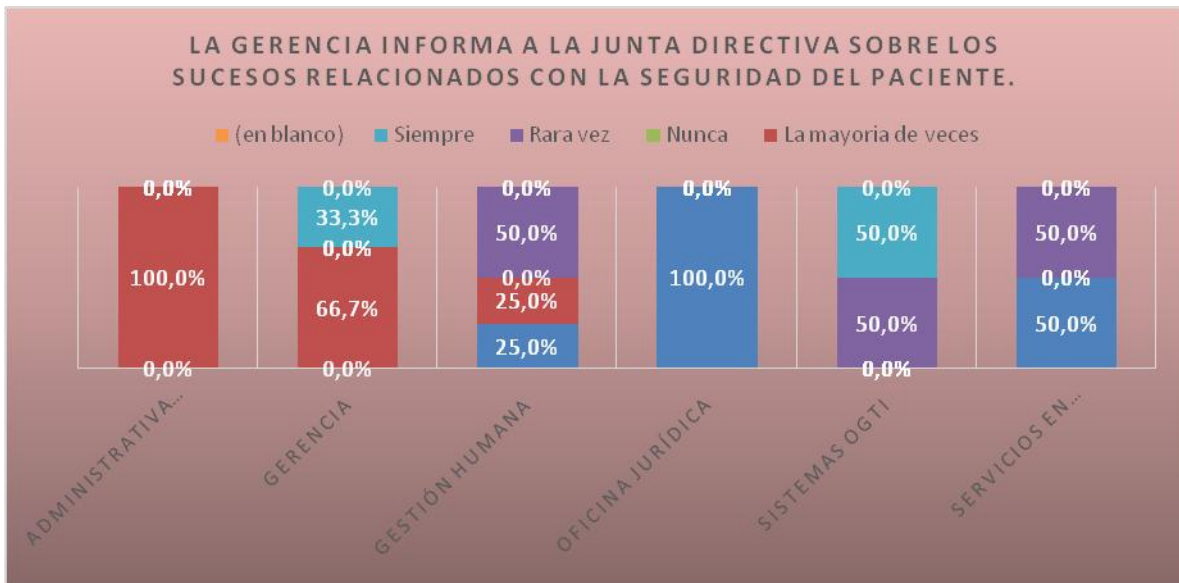


La grafica nos muestra que solo un 50% del área administrativa y financiera, el 25% de gestión humana está de acuerdo con que el jefe no toma en cuenta los problemas de seguridad del paciente que se repiten una y otra vez; y el 66,7% de la gerencia está en muy en desacuerdo.

SECCIÓN C.: COMUNICACION

Tabla numero 1:

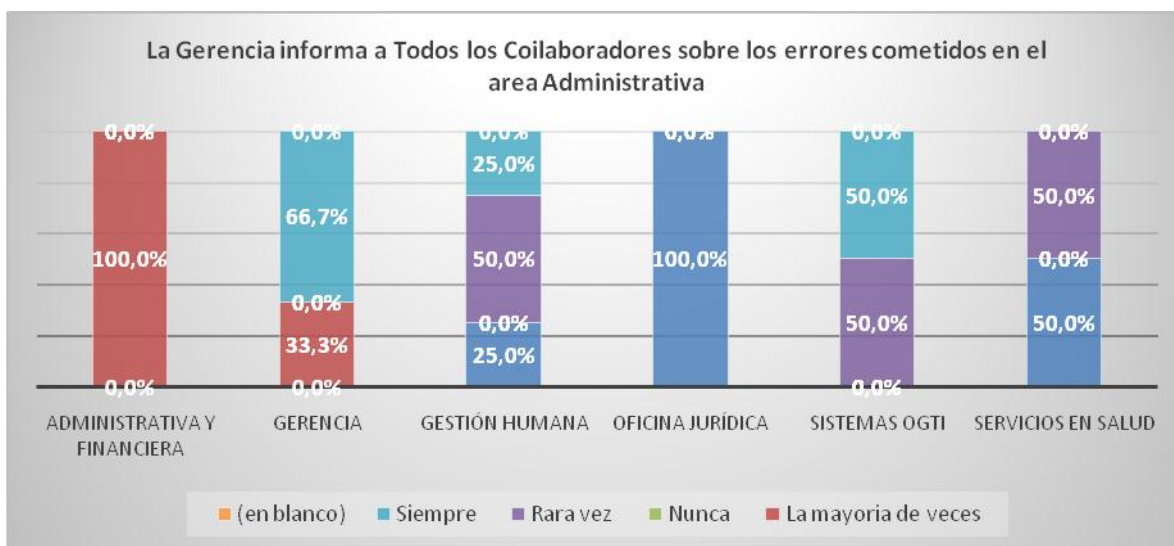
La Gerencia Informa A La Junta Directiva Sobre Los Sucesos Relacionados Con La Seguridad Del Paciente



La gráfica no muestra que el área administrativa y financiera, el 66,7% de gerencia, el 25% del personal de gestión humana cree que la gerencia informa a la junta directiva sobre los sucesos relacionados con la seguridad del paciente.

Tabla numero 2:

La Gerencia Informa A Todos Los Colaboradores Sobre Los Errores Cometidos En El Área Administrativa



La grafica nos enseña que el personal de la oficina jurídica, el 25% de gestión humana, y el 50% de los servicios de salud cree que algunas veces la gerencia informa a todo el personal sobre los errores en áreas administrativas.

Tabla numero 3:

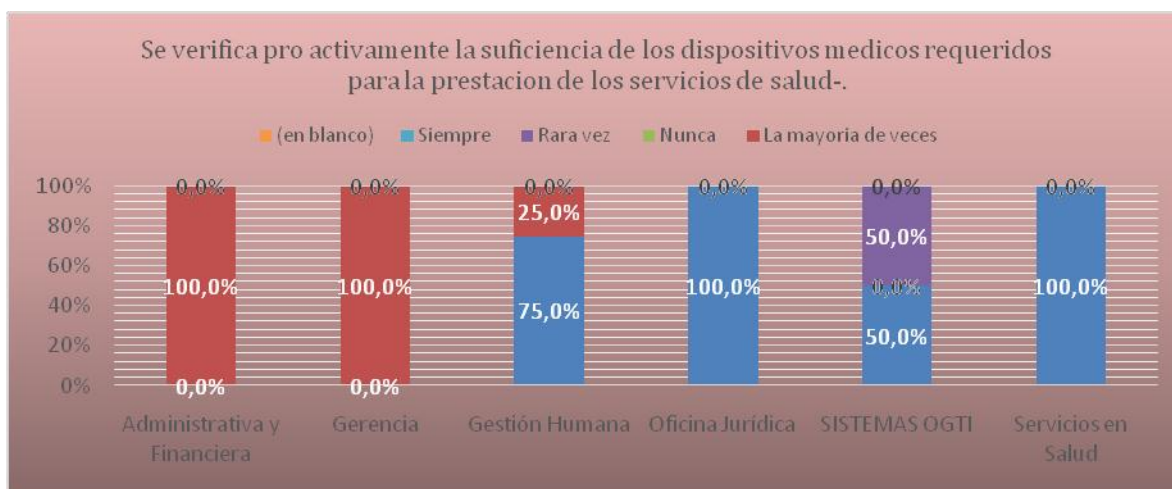
Se Informan Los Costos De La No Calidad A Los Colaboradores De La Institución.



La gráfica nos muestra que el 50% del personal del área administrativa y financiera, el 75% de gestión humana, el 50% de sistemas OGTI algunas veces se informa sobre los costos de la no calidad a los colaboradores de la empresa.

Tabla numero 4:

Se Verifica Proactivamente La Suficiencia De Los Dispositivos Médicos Requeridos Para La Prestación De Los Servicios De Salud.



Se observa en la gráfica la gerencia, el personal de administrativa y financiera y el 25% de la gestión humana cree que la mayoría de veces se verifica la suficiencia de los dispositivos médicos para la prestación de los servicios de salud; y rara vez piensa el 50% el personal de sistemas OGTI.

Tabla numero 5:

Se Verifica Proactivamente La Suficiencia De Medicamentos Esenciales Requeridos Para La Prestación De Los Servicios De Salud

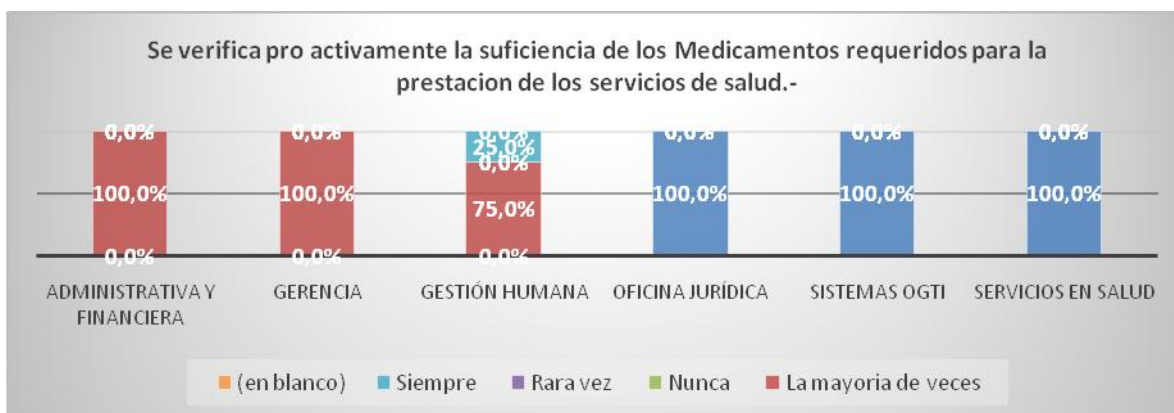
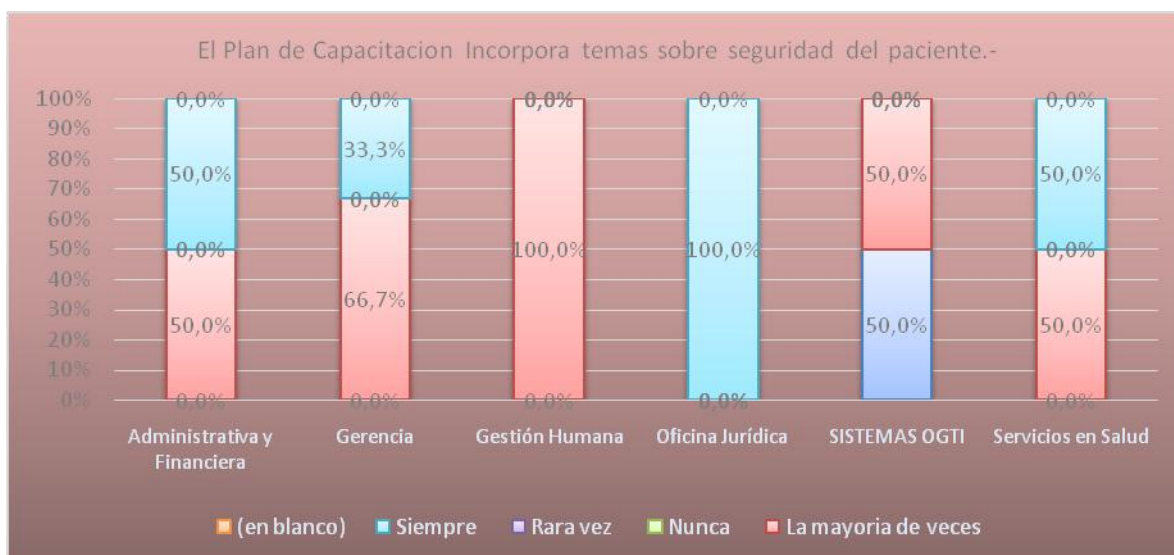


Tabla numero 6:

El Plan De Capacitación Incorpora Temas Sobre Seguridad Del Paciente



La grafica nos muestra que la oficina jurídica, el 50% del área administrativa y financiera, el 50% del personal de servicios de salud siempre incorporan temas de seguridad del paciente en el plan de capacitación, y un 50% del personal de sistemas OGTI cree que algunas veces.

Tabla numero 7:

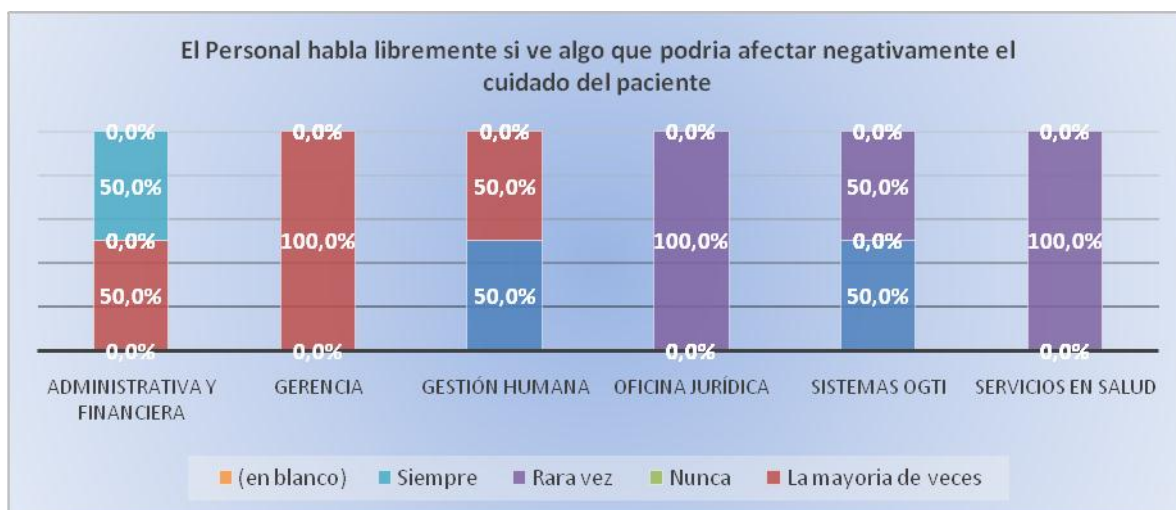
La Gerencia Nos Informa Sobre Los Cambios Realizados



La grafica nos muestra que el área administrativa y financiera, la gerencia, el 50% del personal de gestión humana y los de sistemas OGTI la mayoría de veces la gerencia informa sobre cambios realizados.

Tabla numero 8:

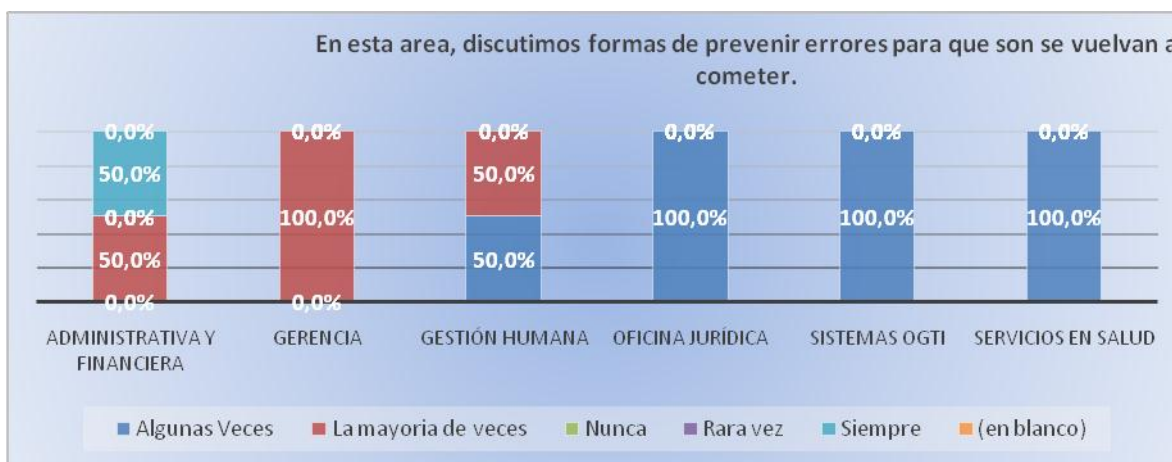
El Personal Habla Libremente Si Ve Algo Que Podría Afectar Negativamente El Cuidado Paciente.



La grafica nos muestra que el personal de la oficina jurídica, servicios de salud y un 50% del personal de sistemas OGTI rara vez puede hablar libremente si observa algo negativo en el cuidado del paciente, y un 50% de gestión humana y sistemas OGTI algunas veces lo pueden hacer.

Tabla numero 9:

En Esta Área, Discutimos Formas De Prevenir Errores Para Que No Se Vuelvan A Cometer



La grafica nos muestra que el 50% del personal de gestión humana, todo el personal de la oficina jurídica, de sistemas OGTI, y de servicios de salud algunas veces se discute las formas de prevenir errores para que estos no se vuelvan a cometer; y solo un 50% del área administrativa y financiera siempre lo realizan.

Tabla numero 10:

El Personal Tiene Miedo De Hacer Preguntas Cuando Algo No Parece Estar Correcto.

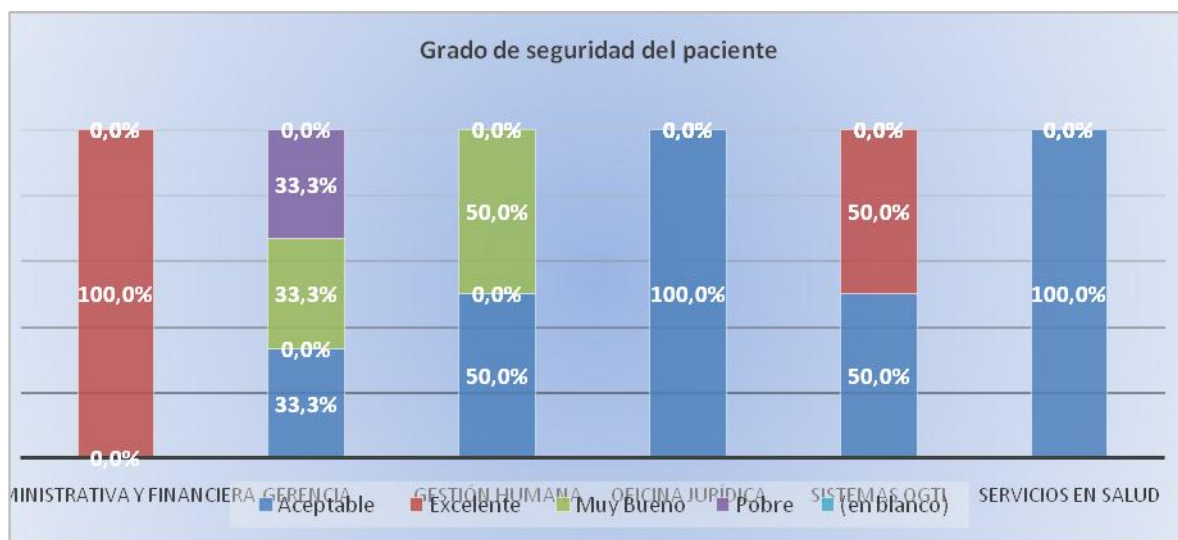


Loa grafica nos muestra que el 50% del personal de gestión humano, de sistemas OGTI, y los de servicios de salud siempre tienen temor en hacer preguntas cuando algo no parece estar correcto.

SECCIÓN D.: GRADO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Tabla numero 1:

Grado De Seguridad De Paciente



La grafica nos muestra que el 33,3% de la gerencia, el 50% del personal de gestión humana y sistemas OGTI, y todo el personal de la oficina jurídica cree aceptable la seguridad del paciente; mientras que el área administrativa y financiera y el 50% del personal de sistemas OGTI cree que es excelente.

SECCIÓN E.: SU INSTITUCION

Tabla numero 1:

El Direccionamiento Estratégico Motiva A La Seguridad Del Paciente



La grafica nos muestra que el 100% del área administrativa y financiera, de la gerencia, de la oficina jurídica, y de los sistemas de salud están de acuerdo que el direccionamiento estratégico motiva a la seguridad del paciente, mientras que el personal de sistemas OGTI no están de acuerdo.

Tabla numero 2:

La Junta Directiva Promueve Acciones Preventivas Para La Seguridad Del Paciente.



La grafica muestra que el personal del área administrativa y financiera, los de servicios en salud, el 33.3% de gerencia, 25% del personal de gestión humana están de acuerdo con que la junta directiva promueve acciones para la seguridad del paciente; mientras que el 50% del personal de gestión humana y los de sistemas OGTI no están de acuerdo.

Tabla numero 3:

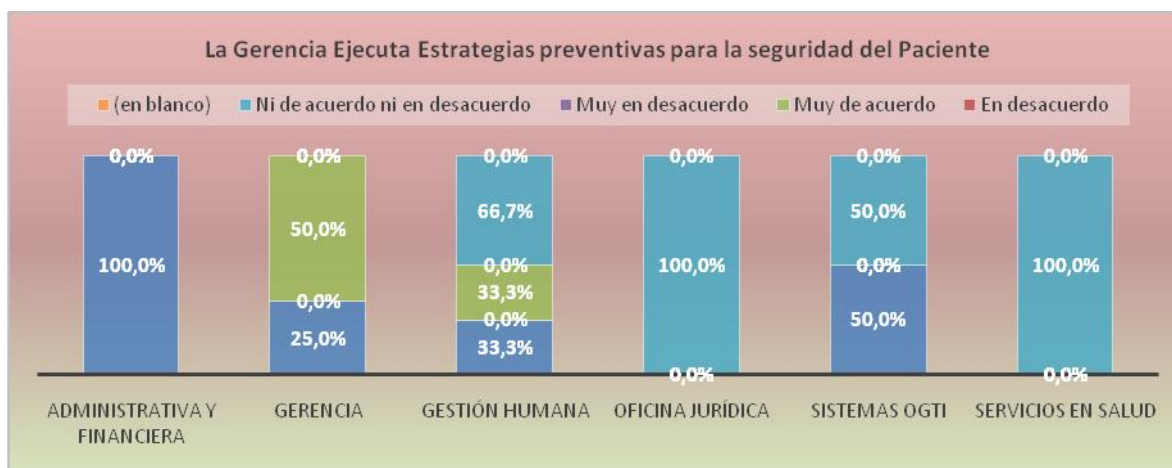
La Gerencia Realiza Seguimiento A La Efectividad De Las Acciones Implementadas En Pro De La Seguridad Del Paciente.



La grafica nos muestra que el 33,3% de la gerencia, el 25% de los trabajadores del área de gestión humana, el 100% de área administrativa y financiera y la de los servicios en salud está de acuerdo con que la gerencia realiza seguimiento a la efectividad de las acciones en pro de la seguridad del paciente; mientras los que están en desacuerdo es el 50% del personal de gestión humana y todo el personal de sistemas OGTI.

Tabla numero 4:

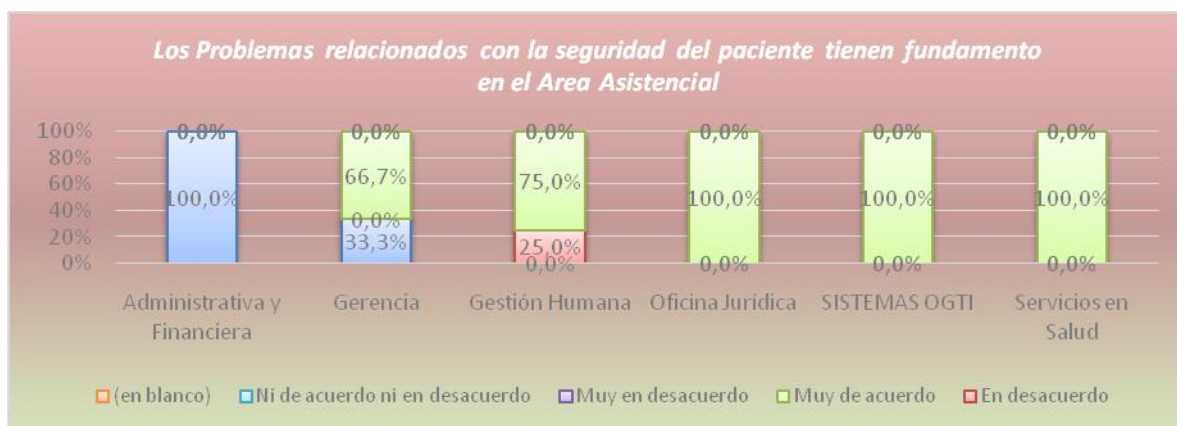
La Gerencia Ejecuta Estrategias Preventivas Para La Seguridad Del Paciente



La grafica nos muestra que el 50% de la gerencia, 33.3% del personal de gestión humana están muy de acuerdo con que la gerencia ejecuta estrategias preventivas para la seguridad del paciente; mientras que el 66,7% de gestión humana, el 50% del personal de sistemas OGTI, y todo el personal de la oficina jurídica y de los servicios en salud no están ni di acuerdo ni en desacuerdo.

Tabla numero 5:

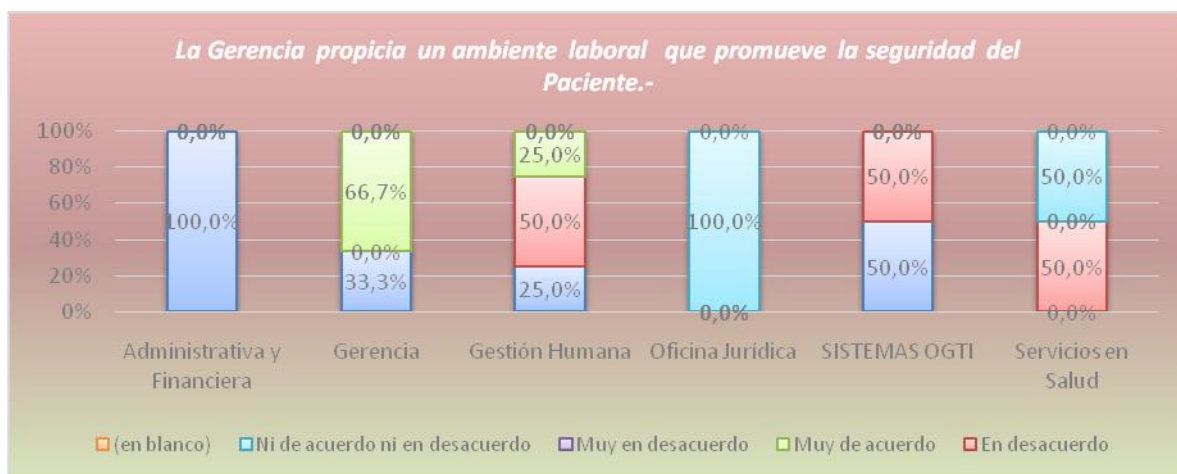
Los Problemas Relacionados Con La Seguridad Del Paciente Tienen Fundamento En El Área Asistencial



La grafica nos muestra que el 66,7% de gerencia, el 75% de gestión humana, todo el personal de la oficina jurídica, de sistemas OGTI, y de los servicios en salud están muy de acuerdo con que los problemas relacionados con la seguridad del paciente tiene fundamento en el área asistencial; y solo un 25% del personal de gestión humana está en desacuerdo.

Tabla numero 6:

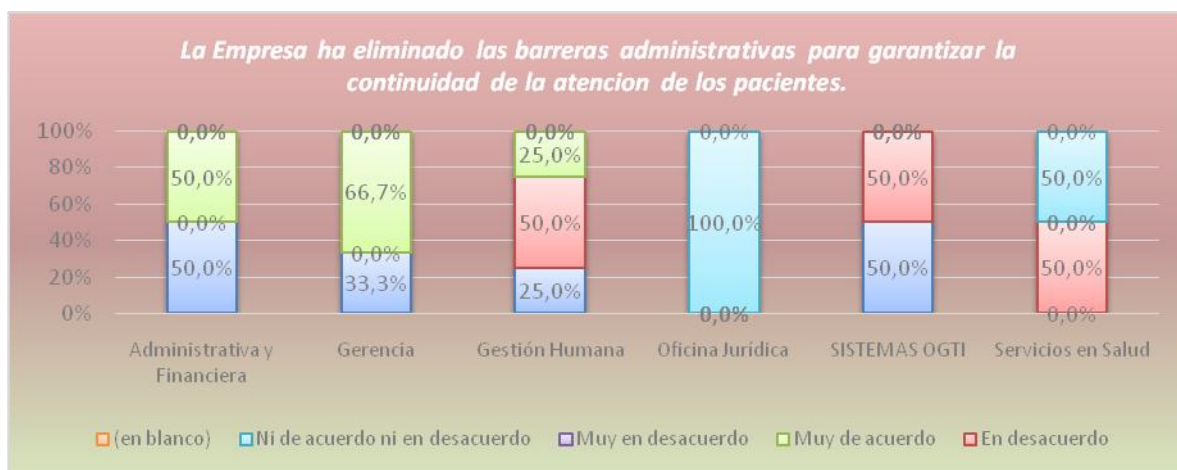
La Gerencia Propicia Un Ambiente Laboral Que Promueve La Seguridad Del Paciente



La grafica nos muestra que el 100% del área administrativa y financiera, el 33,3% de la gerencia, el 25% de gestión humana y el 50% del personal de sistemas OGTI están de acuerdo con que la gerencia propicia un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente; mientras que en un 50% las áreas de gestión humana, de sistemas OGTI y de los servicios en salud están en desacuerdo.

Tabla numero 7:

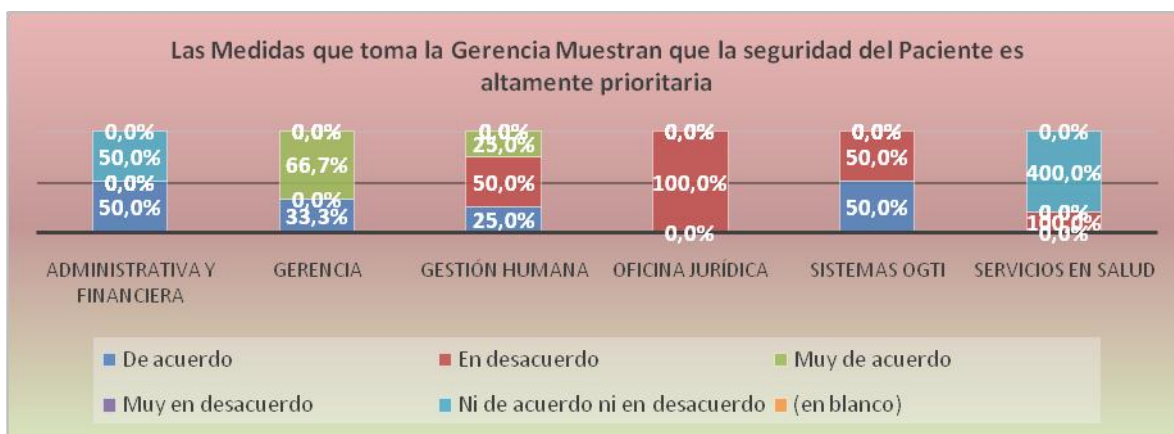
La Empresa Ha Eliminado Las Barreras Administrativas Para Garantizar La Continuidad De La Atención De Los Pacientes



La grafica nos muestra que el 50% del área de administrativa y financiera, el 66,7% de la gerencia y el 25% del personal de gestión humana está muy de acuerdo en que la empresa ha eliminado las barreras administrativas para garantizar la continuidad en la atención de los pacientes; mientras que un 50% en las áreas de gestión humana, de sistemas OGTI y de los servicios en salud están en desacuerdo.

Tabla numero 8:

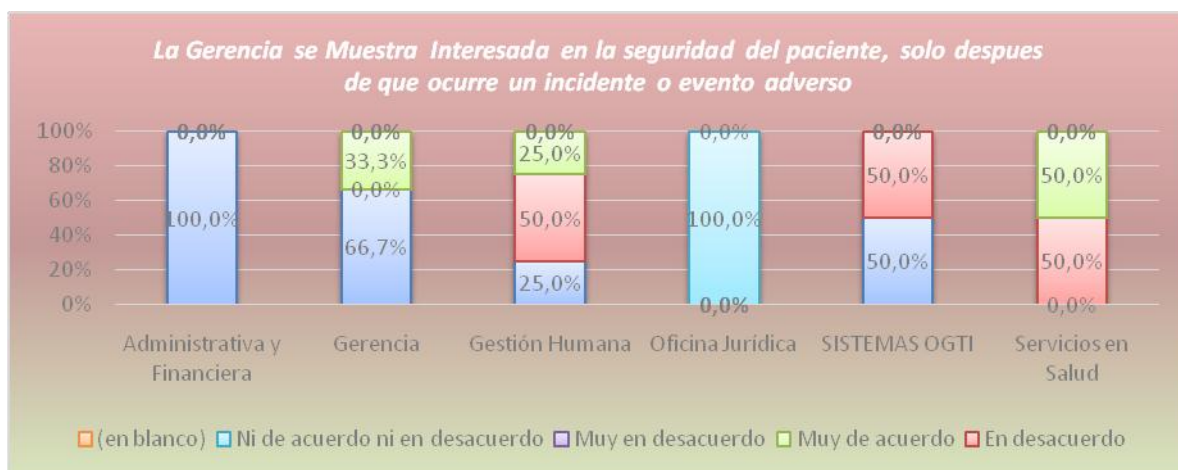
Las Medidas Que Toma La Gerencia Muestran Que La Seguridad Del Paciente Es Altamente Prioritaria



La grafica muestra que el 50% del personal en las áreas administrativa y financiera y sistemas OGTI, el 33,3% de la gerencia, el 25% de personal de gestión humana está de acuerdo con las medidas que toma la gerencia muestran que la seguridad del paciente es prioritaria; mientras que el 50% del personal de las áreas de gestión humana, sistemas OGTI, el 10% de los servicios en salud y la oficina jurídica está en desacuerdo.

Tabla numero 9:

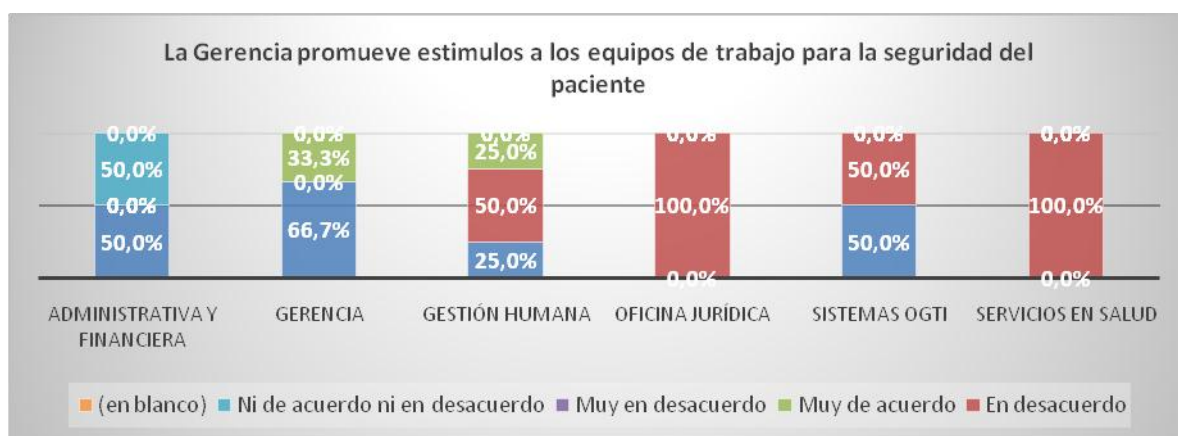
La Gerencia Se Muestra Interesada En La Seguridad Del Paciente Solo Después De Que Ocurre Un Incidente O Un Evento Adverso.



La grafica muestra que el personal del área administrativa y financiera, el 66,7% de la gerencia, el 25% de gestión humana y el 50% del personal de sistemas OGTI está de acuerdo con que la gerencia se muestra interesada en la seguridad del paciente solo después de que ocurre un evento adverso o un incidente.

Tabla numero 10:

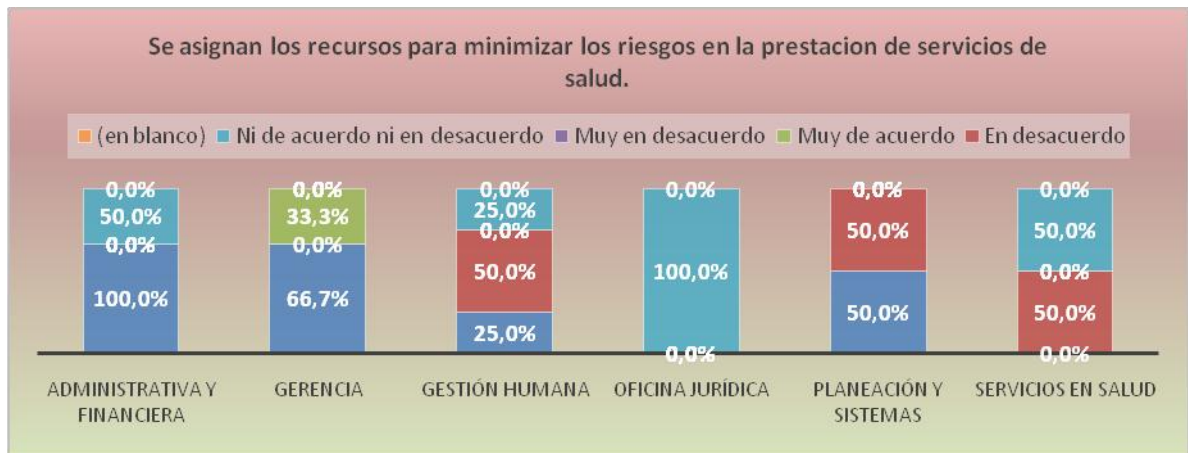
La Gerencia Promueve Estímulos A Los Equipos De Trabajo Para La Seguridad Del Paciente.



La grafica muestra que el 50% del personal del área administrativa y financiera, el 66,7% de la gerencia, el 25% del personal de gestión humano y el 50% de los del área de sistemas OGTI están de acuerdo en que la gerencia promueve estímulos a los equipos de trabajo para la seguridad del paciente; mientras que la oficina jurídica y el personal de servicios en salud están en desacuerdo.

Tabla numero 11:

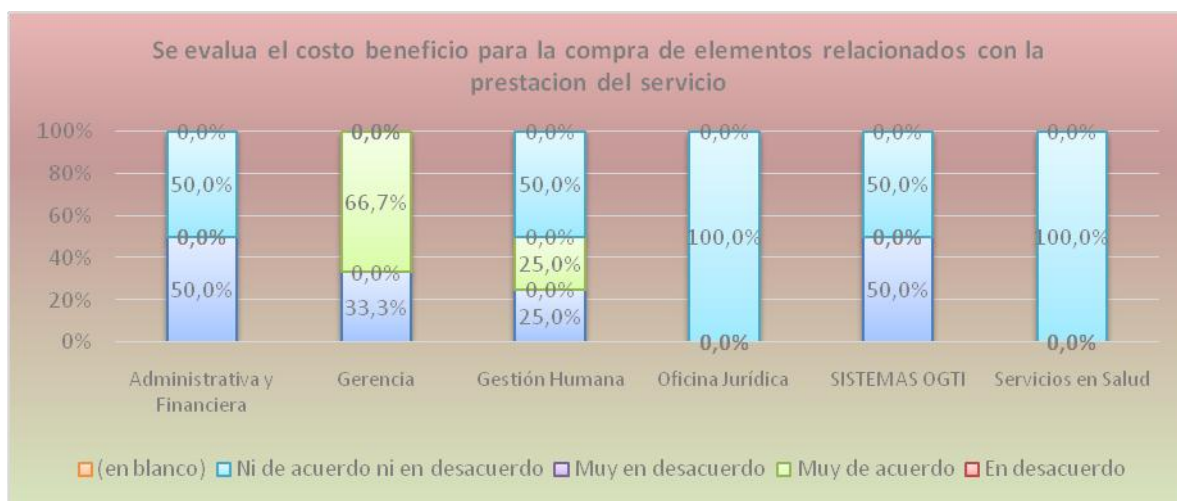
Se Asignan Los Recursos Para Minimizar Los Riesgos En La Prestación De Servicios De Salud



La grafica muestra que el área administrativa y financiera, el 66.7% de la gerencia, el 25% del personal de gestión humana y el 50% de planeación y sistemas están de acuerdo en que se asignan los recursos para minimizar los riesgos en las prestación de servicios de salud; mientras que el 50% en las áreas de gestión humana, planeación y servicios en salud están en desacuerdo.

Tabla numero 12:

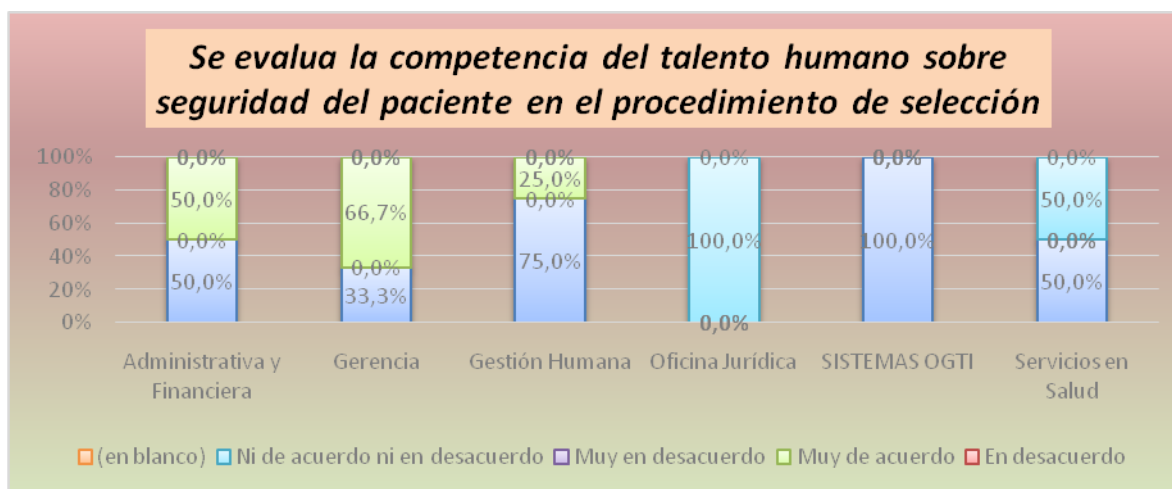
Se Evalúa El Costo Beneficio Para La Compra De Elementos Relacionados Con La Prestación Del Servicio



Se observa en la gráfica que el 50% del área administrativa y financiera, el 33.3% de la gerencia, el 25% de gestión humana y el 50% del personal de sistemas OGTI están de acuerdo con que se evalúa el costo beneficio para la compra de elementos relacionados con la prestación del servicio.

Tabla numero 13:

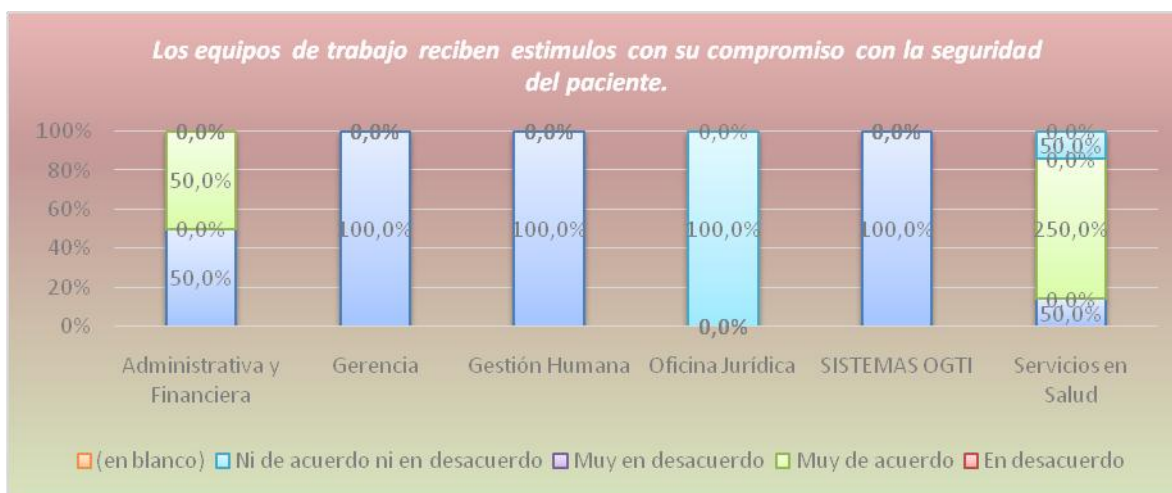
Se Evalúa La Competencia Del Talento Humano Sobre Seguridad Del Paciente En El Procedimiento De Selección



La grafica muestra que el 50% del personal del área administrativa y financiera, el 66,7% de la gerencia, el 25% del personal de gestión humana están muy de acuerdo con que se evalúa la competencia del talento humano sobre la seguridad del paciente en la selección; mientras que la oficina jurídica y el 50% del personal de los servicios en salud no están ni de acuerdo ni en desacuerdo.

Tabla numero 14:

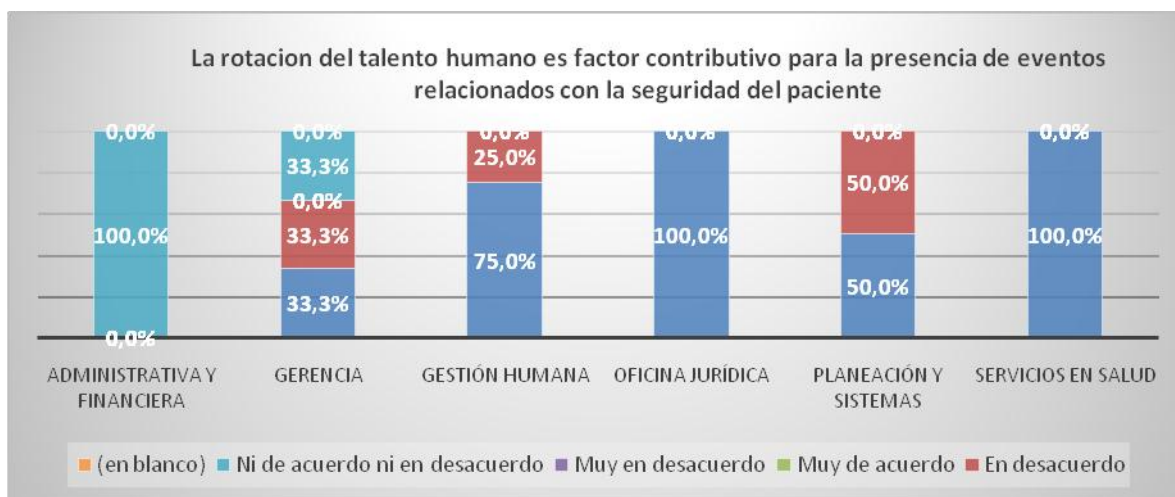
Los Equipos De Trabajo Reciben Estímulos Por Su Compromiso Con La Seguridad Del Paciente



La gráfica nos muestra que el 100% del personal de las áreas de gerencia, gestión humana, sistemas OGTI, el 50% del personal de los servicios en salud están de acuerdo con que reciben estímulos por su compromiso con la seguridad del paciente.

Tabla numero 15:

La Rotación Del Talento Humano Es Factor Contributivo Para La Presencia De Eventos Relacionados Con Seguridad Del Paciente.



La grafica muestra que el 33,3% de la gerencia, el 75% del personal de gestión humana, el 50% de planeación y sistemas, y el 100% del personal de las áreas de la oficina jurídica y de servicios en salud están de acuerdo en que la rotación del talento humano es un factor para la presencias de eventos adversos.

Tabla numero 16:

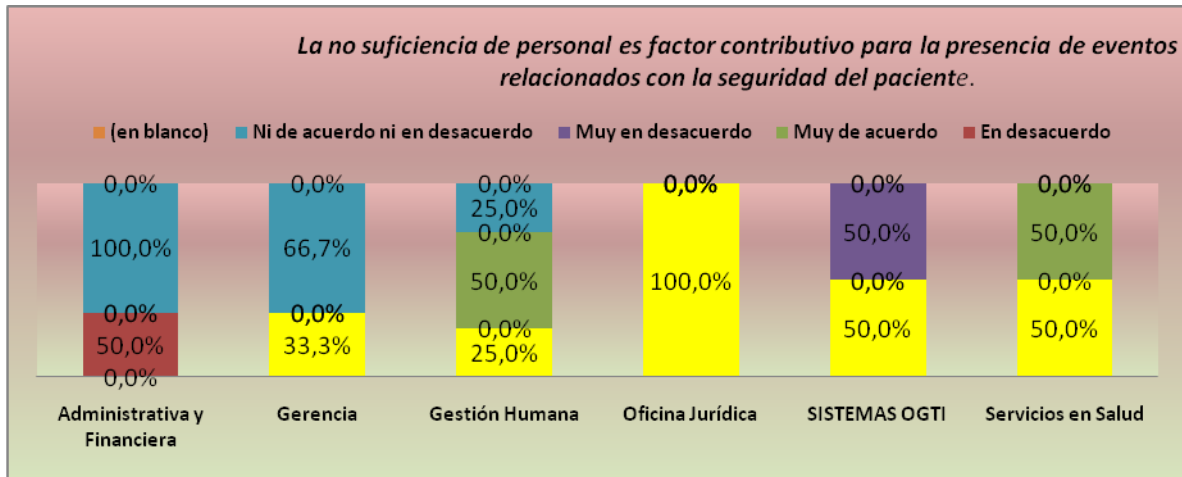
Se Exige A Entidades Educativas Supervisión En La Prestación Del Servicio Para Personal En Formación



La grafica nos muestra que el 66,7% de la gerencia, el 50% del personal de servicios en salud y el 100% de la oficina jurídica están de acuerdo en que se exige a entidades educativas supervisión para el personal en formación; mientras que un 50% en el área administrativa y financiera está en desacuerdo.

Tabla numero 17:

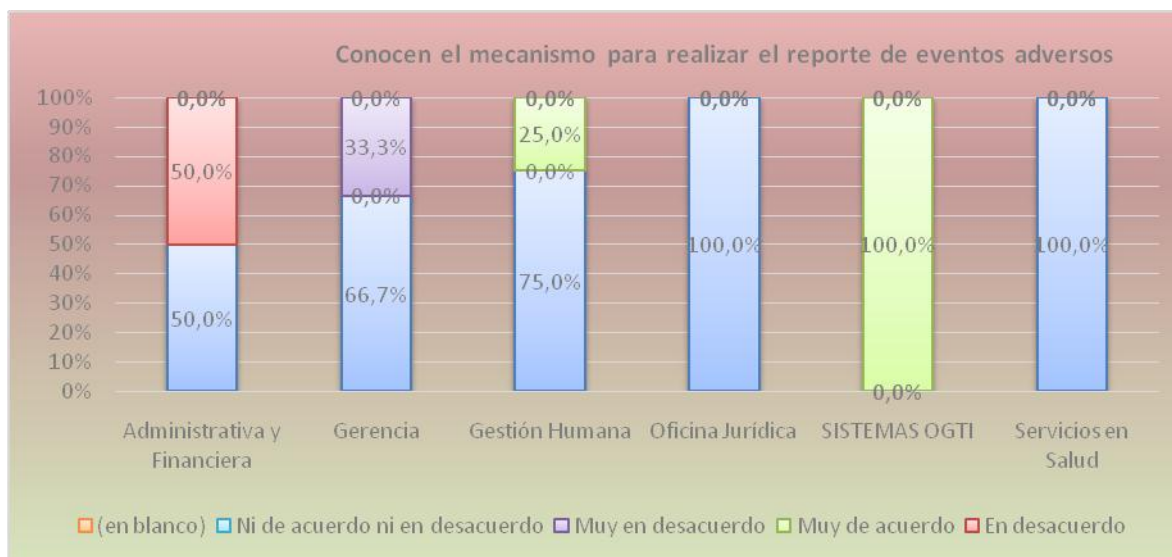
La No Suficiencia De Personal Es Factor Contributivo Para La Presencia De Eventos Relacionados Con Seguridad Del Paciente.



La grafica muestra que el 33,3% de la gerencia, el 25% del personal de gestión humana, el 50% de las áreas de sistemas OGTI y servicios en salud y el 100% de la oficina jurídica están de acuerdo en el no suficiente personal es factor contributivo para la presencia de eventos adversos; mientras que el 50% del personal del área administrativa y financiera están en desacuerdo.

Tabla numero 18:

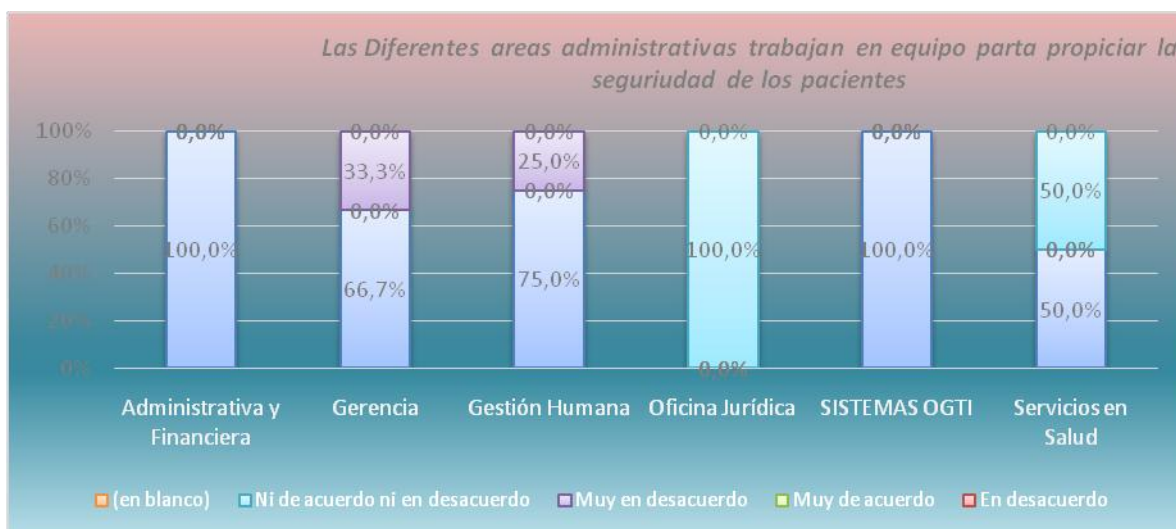
Conoce El Mecanismo Para Realizar El Reporte De Eventos Adversos.



La grafica muestra que el 50% del personal del ares administrativa y financiera, el 66,7% de gerencia, el 75% del personal de gestión humana y el 100% del personal en las áreas de oficina jurídica y servicios en salud están de acuerdo en que conocen el mecanismo para realizar el reporte de eventos adversos.

Tabla numero 19:

Las Diferentes Áreas Administrativas Trabajan En Equipo Para Propiciar La Seguridad De Los Pacientes



La grafica muestra que el 100% del personal de las área administrativa y financiera, de sistemas OGTI, el 66,7% de gerencia, 75% de gestión humana y el 50% del personal de servicios en salud están de acuerdo en que las diferentes áreas administrativas trabajan en equipo para propiciar la seguridad del paciente.

Tabla numero 20:

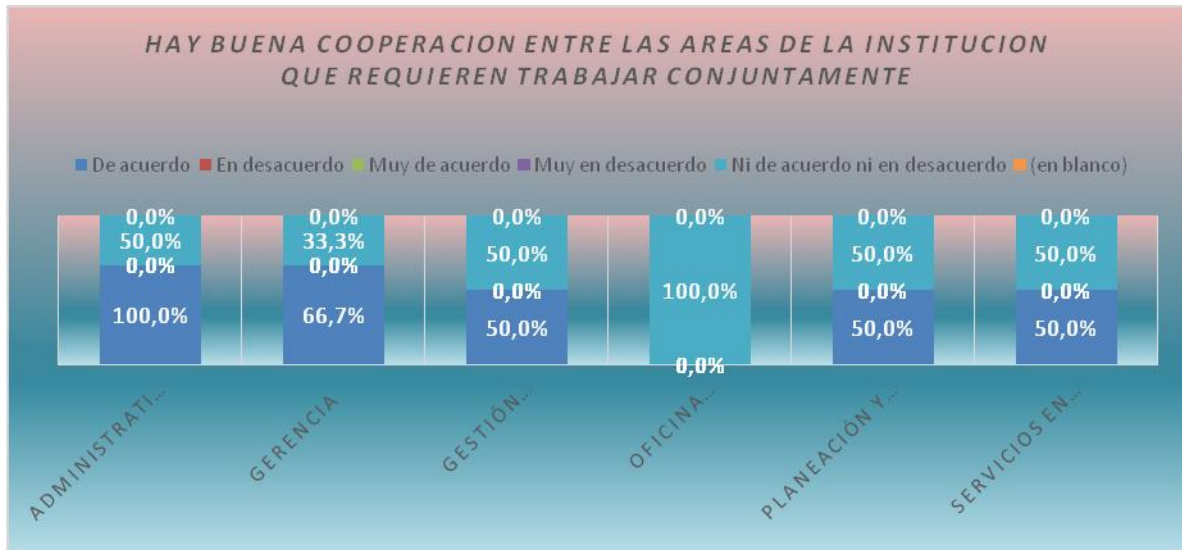
Las Áreas De Esta Institución No Están Bien Coordinadas Entre Sí.



La grafica muestra que el 33,3% de la gerencia, el 75% del personal de gestión humana, el 50% del personal del área de servicios en salud y el 100% de los trabajadores de las áreas administrativa y financiera y sistemas OGTI están de acuerdo que las áreas de la institución no están bien coordinadas entre sí.

Tabla numero 21:

Hay Buena Cooperación Entre Las Áreas De La Institución Que Requieren Trabajar Conjuntamente.



La grafica muestra que el 100% del área administrativa y financiera, el 66,7% de la gerencia, y el 50% en las áreas de gestión humana, planeación y servicios en salud están de acuerdo en que hay buena cooperación entre las áreas de la institución; mientras que en la oficina jurídica ni están de acuerdo ni en desacuerdo.

Tabla numero22.

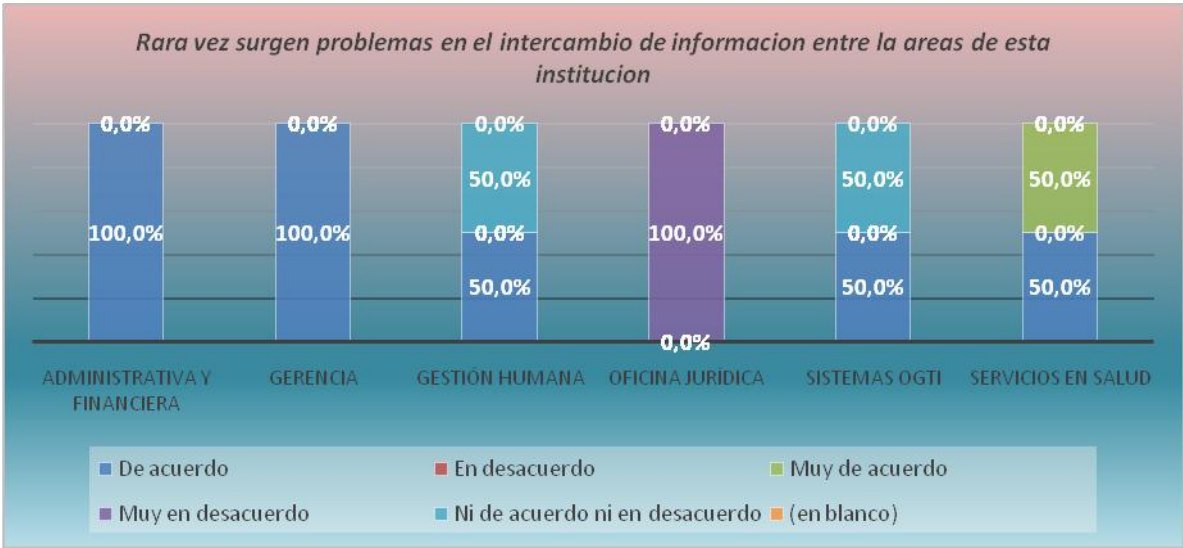
Frecuentemente Es Agradable Trabajar Con Personal De Otras Áreas En Esta Institución.



La grafica nos muestra que el 50% del personal de las áreas administrativa y financiera, sistemas OGTI, el 66,7% de gerencia y el 100% del personal de gestión humana y servicios en salud están de acuerdo en que es agradable trabajar con personal de otras áreas; mientras que la oficina jurídica no está ni de acuerdo ni en desacuerdo.

Tabla numero 23:

Rara Vez Surgen Problemas En El Intercambio De Información Entre Las Áreas De Esta Institución.

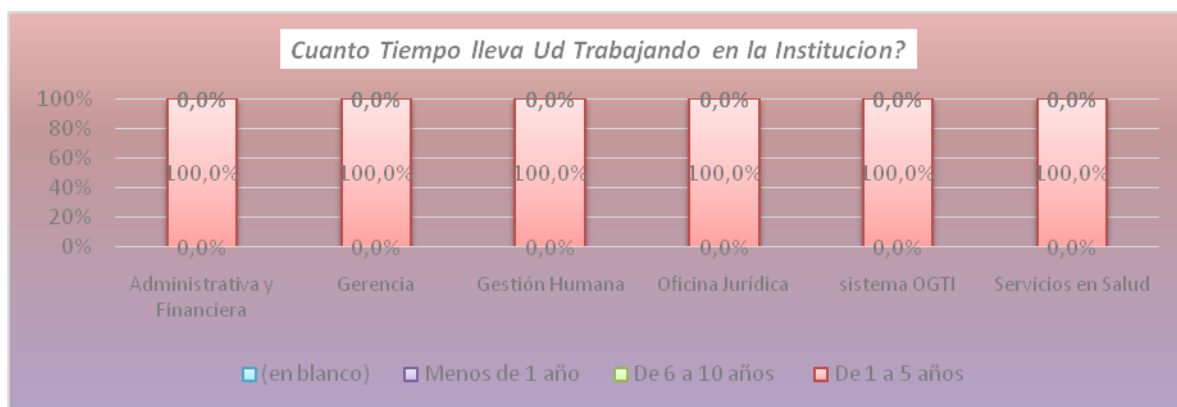


La grafica muestra que el 100% del personal de las áreas administrativas y financiera, gerencia, el 50% en áreas de gestión humana, sistemas OGTI, y servicios en salud están de acuerdo que rara vez surgen problemas en el intercambio de información entre las áreas de la institución; y en la oficina jurídica están en muy desacuerdo.

SECCIÓN F.: ANTECEDENTES

Tabla numero 1

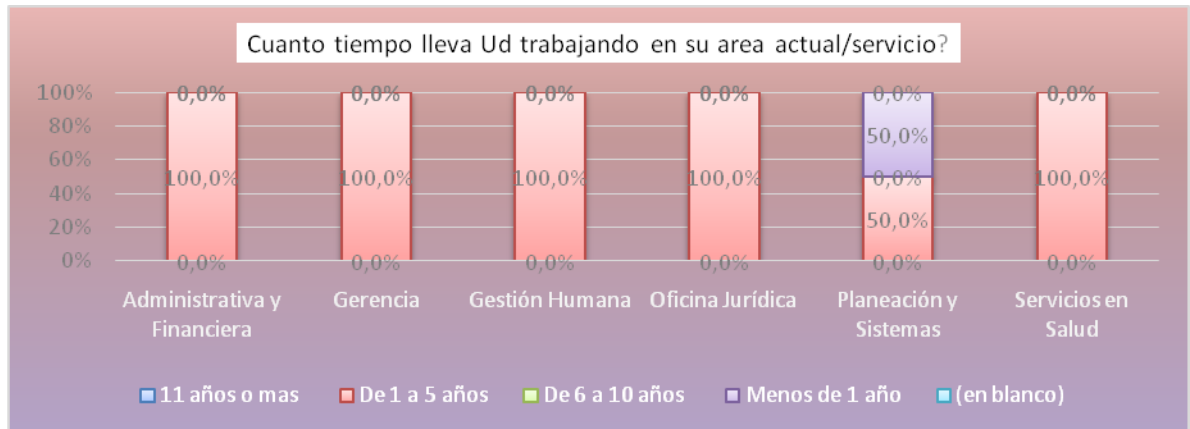
Cuánto Tiempo Lleva Usted Trabajando En La Institución?



Se observa en la gráfica que el 100% del personal del aérea administrativa lleva trabajando en la institución de 1 a 5 años.

Tabla numero 2:

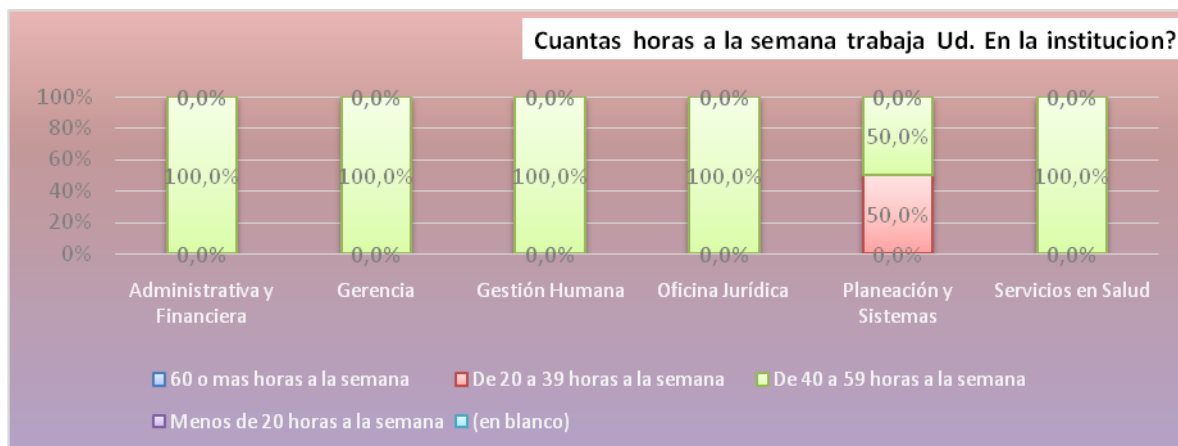
Cuánto Tiempo Lleva Usted Trabajando En Su Actual Área/ Servicio?



La grafica muestra que el 100% del personal de las diferentes áreas administrativas llevan trabajando de 1 a 5 años en su actual área, solo el 50% del personal de planeación y sistemas lleva trabajando menos de un año.

Tabla numero 3:

Cuántas Horas A La Semana Trabaja Usted En Esta Institución?



La grafica muestra que el 100% de los trabajadores de las áreas de la institución trabajan de 40 a 59 horas a la semana, solo un 50% del personal del área de planeación y sistemas trabaja de 20 a 39 horas a la semana.

Tabla numero 4:

Cuál Es Su Cargo En Esta Institución? Marque LA OPCIÓN Que Mejor Describa Su Posición Laboral.

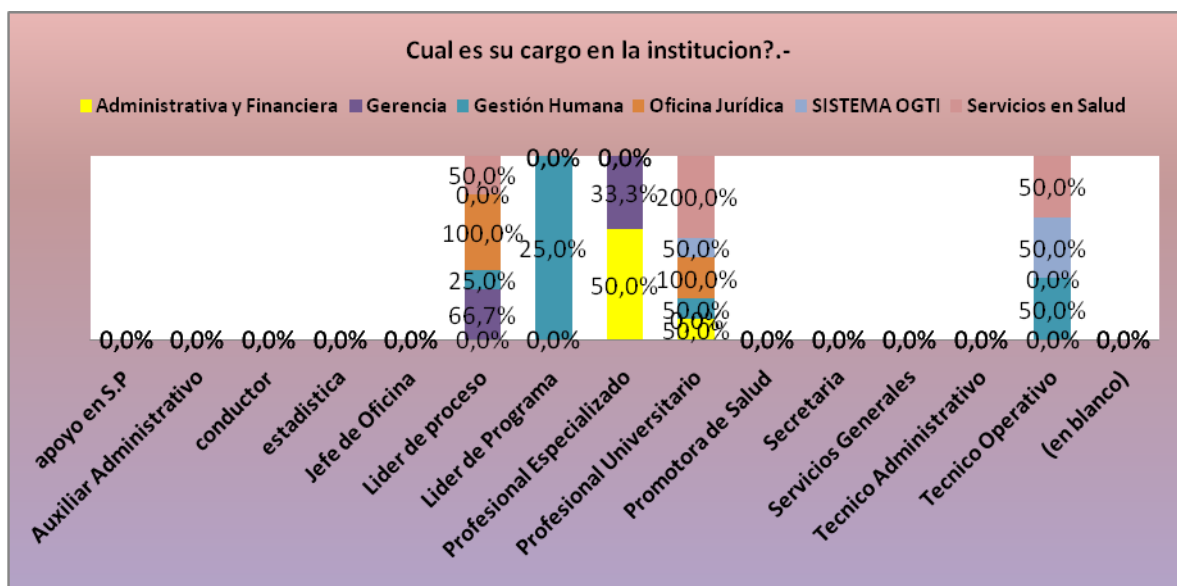
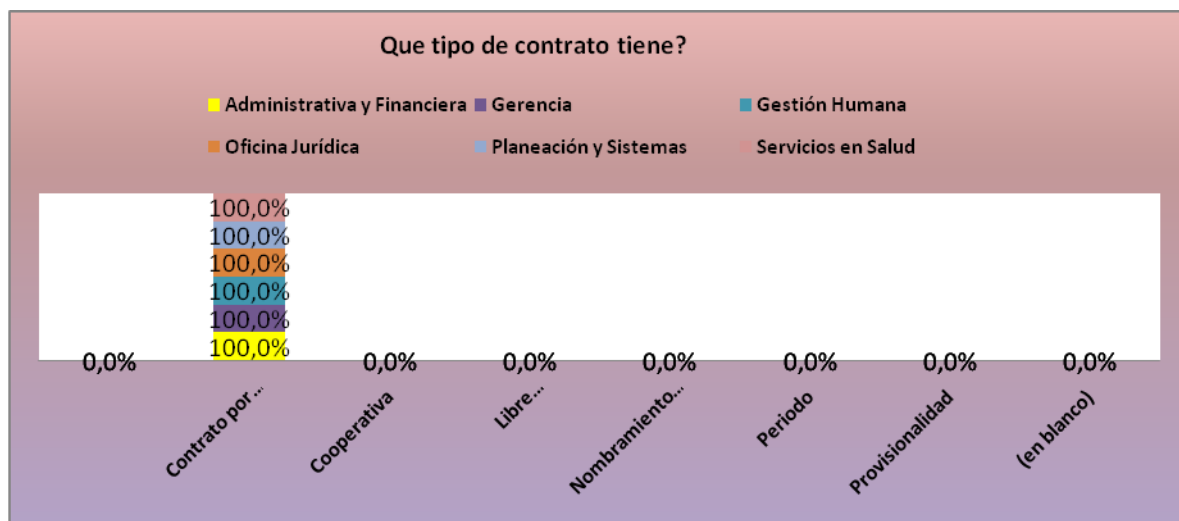


Tabla numero 5:

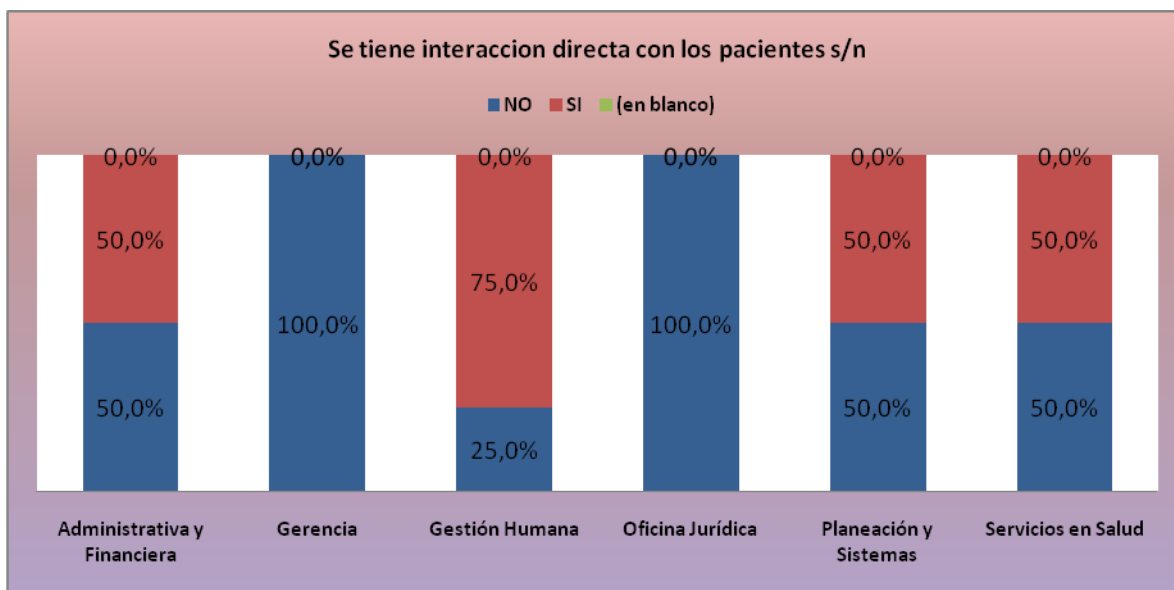
Qué Tipo De Contrato Tiene



La grafica nos muestra que el 100% del personal administrativo en todas sus áreas tiene un contrato por prestación de servicios.

Tabla numero 6:

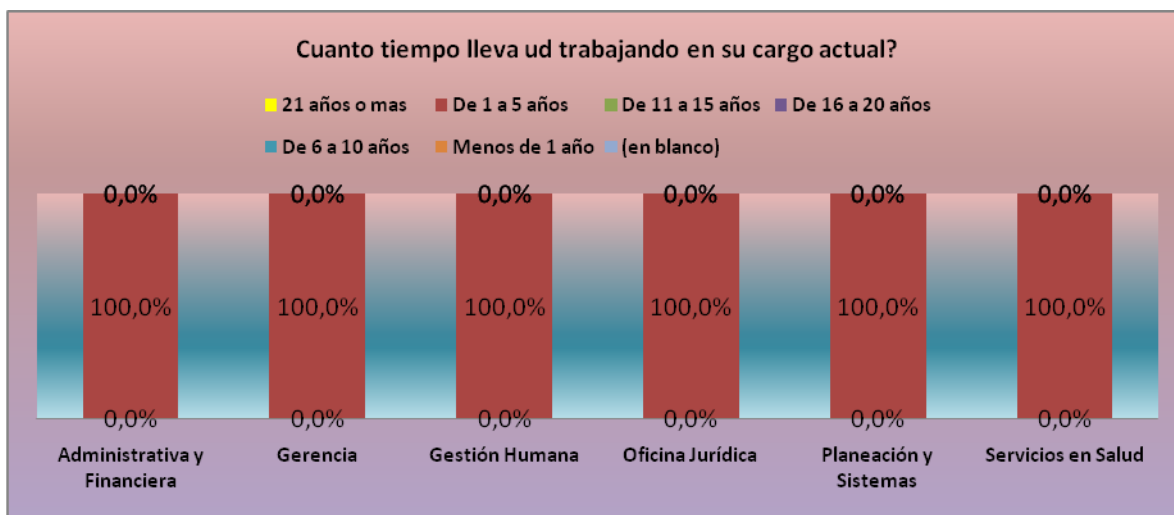
En Su Cargo, ¿Tiene Usted Interacción Directa O Contacto Con Pacientes?



Se observa en la gráfica que el 50% del personal de las áreas administrativas y financiera, planeación, y servicios en salud y el 75% del personal del área de gestión humana tiene contacto directo con pacientes.

Tabla numero 6:

Cuánto Tiempo Lleva Usted Trabajando En Su Actual Cargo?

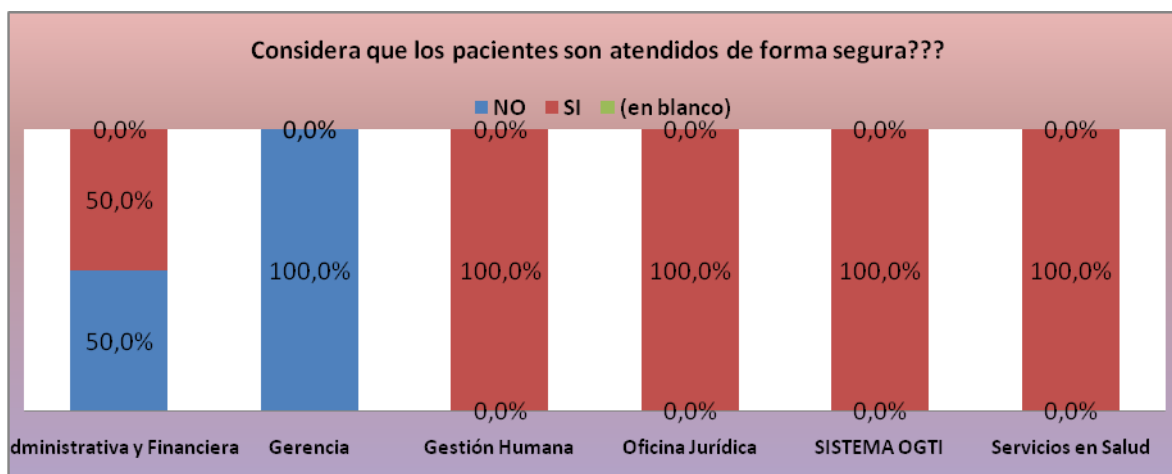


Se observa en la gráfica que el 100% del personal administrativo en todas sus áreas lleva trabajando en su actual cargo de 1 a 5 años

SECCIÓN H.: ATENCION SEGURA

Tabla numero 1:

Considera Que Los Pacientes Son Atendidos De Forma Segura?



La grafica muestra que el personal de las áreas de gestión humana, oficina jurídica, sistemas OGTI, servicios de salud y el 50% del personal del área de administrativa y financiera consideran que los pacientes son atendidos de forma segura.

6 CONCLUSIONES

1 Como se hizo mención en anteriores párrafos, se colige de manera generosa y contundente que la apropiación efectiva, con conciencia empresarial y eficacia de la CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE, difiere del simple concepto de auto percepción, de tal manera que no es un asunto de moda sino de auto control y de capacitación y autoevaluación en cada estación de trabajo o en su defecto en el desempeño cotidiano del Talento Humano que hace practicas de procedimiento invasivos y manejo del paciente.

2. No basta con la simplista postura de la voluntad, si no que se debe estudiar el concepto de seguridad del paciente y hacer auto evaluación continúa en el ciclo PHVA de cada colaborador, lo que en suma del tejido social, ira construyendo el telar que protegerá en últimas a los pacientes que se encuentren en manejo de esta IPS.

3. Se evidencia la necesidad de hacer un programa de auto evaluación practica en cada estación de trabajo y en el desempeño de cada uno de los colaboradores, pues la diferencia entre lo percibido y la realidad deseada es grande e inconsecuente, dejando un limbo cognitivo que es necesario intervenir y palear, con miras a ser una institución idónea.

4. En cuanto a la frecuencia de eventos o errores reportados relacionados con la seguridad del paciente de la IPS Medicina Domiciliaria De Colombia SAS, se encontró que es igual al 8,1% sobre el universo de interés por reportar, indicador que nos dice que no hay una adecuada apropiación de la cultura de seguridad del paciente, siendo esta muy pobre.

7. RECOMENDACIONES

1. La IPS debe hacer un plan de mejoramiento o de capacitación con miras a dejar los mínimos conceptuales apropiados como activo cognitivo en el talento humano de su institución.
2. Es necesario hacer programas de auto evaluación respecto de la cultura de la seguridad del paciente, donde se auto analice el dueño de su estación de trabajo y cada colaborador, pero donde su auditor sea un par en la entidad, esto con el ánimo de generar rote de la información y una aceptación social del tema.
3. Es necesario realizar un plan de manejo y/o de mejora, donde se hagan evaluaciones esporádicas, frecuentes y sorpresa que motiven al contingente de colaboradores y hagan más fácil el proceso de adopción de una cultura segura en el trato y manejo de los pacientes.
4. Es necesario implementar un sistema de capacitación al personal asistencial y administrativo de la importancia del reporte de eventos adversos coadyuvando a mejorar dentro de la institución la cultura de seguridad del paciente.

8. BIBLIOGRAFIA

Sergio Luengas Amaya (2009) .Seguridad del paciente: conceptos y análisis de eventos adversos. Disponible en Internet.

<http://www.anestesiologoscolombia.com/publicaciones/1390/Analisis%20Evento%20Adverso.pdf>

Estudio IBEAS Prevalencia de efectos adversos en Hospitales de Latinoamérica,

España. Ministerio de Sanidad y Política Social – 2009

Ministerio de Protección Social. Lineamientos para la política de implementación de seguridad del paciente disponible en internet

en:<http://www.acreditacionensalud.org.co/catalogo/docs/Lineamientos%20politica%20seguridad%20paciente.pdf>

Ministerio De La Protección Social .Definiciones En Salud Ministerio De La Protección Social. Disponible En Internet.

<http://calidadensalud.minsalud.gov.co/Prestadores/Seguridaddelpaciente/Promoci%C3%B3ndelaCulturadeSeguridaddelPaciente.aspx>

Fermi Roqueta Egea y Cols (2011) Badalona España; “Cultura de seguridad del paciente en los servicios de urgencias.

Encuesta *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPS) de la *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) adaptada al castellano.

Br. Bruno, Dahiana y Cols (2011) realizaron un estudio en la ciudad de Montevideo titulado “cultura de seguridad del paciente”