



VICERRECTORÍA ACADÉMICA
CENTRO INSTITUCIONAL DE INVESTIGACIÓN, PROYECCIÓN Y
DESARROLLO

1. INFORMACIÓN GENERAL DEL PROYECTO

Título: Percepción del personal del área de urgencias del Hospital Marco Fidel Suarez en el municipio de Bello, Antioquia acerca de la cultura de seguridad del paciente, para el año 2015 y primer trimestre del año 2016.

Investigadores: Cindy Juliana Ocampo-Claudia Marcela Pérez-Carolina Patiño -
Claudia Janeth Rincón

Línea de Investigación: Gestión de la Calidad

Área de conocimiento a la que aplica: Salud

Programa de Posgrado al que se articula: Especialización en Administración de la
Salud

Lugar de Ejecución del Proyecto:

Ciudad: Bello

Departamento: Antioquia

Duración del Proyecto (periodos académicos): 2

TABLA DE CONTENIDO :

• Resumen	5
• Descripción o planteamiento del problema	6
• Introducción	7
• Justificación	8
• Objetivos Generales y Específicos	9-10
• Glosario	10
• Marco Teórico	12
• Antecedentes	24
• Diseño Metodológico	29
• Aspectos Éticos	33
• Resultados y Análisis	33
• Lista de Gráficos	41
• Conclusiones	54
• Recomendaciones	58
• Bibliografía	59
• Anexos	65

LISTA DE GRÁFICAS
GRÁFICAS ÁREA ASISTENCIAL

- Gráfica 1: Sección a: Área de trabajo42
- Gráfica 2: Sección b: Su jefe inmediato.....42
- Gráfica 3: Sección c: Comunicación43
- Gráfica 4: Sección c: Reportes43
- Gráfica 5: Sección d: Grado de seguridad del paciente.....43
- Gráfica 6: Sección e: Su institución.....44
- Gráfica 7: Sección h: Antecedentes.....44- 46

- / 7.1 Tiempo de laborar en la institución.....44
- / 7.2 Tiempo en actual área.....44
- / 7.3 Continuidad de la atención de los pacientes cuando se transfieren de un servicio a otro44
- / 7.4 Actual cargo en la institución.....45
- / 7.5 Tipo de contrato.....45
- / 7.6 Tiene interacción directa o contacto con pacientes.....45
- / 7.7 Tiempo en actual cargo.....46

- Gráfica 8: Sección i: Comentarios.....46
- Gráfica 9: Sección j: Atención segura.....46
- Gráfica 10: Ponderado respuestas positivas y negativas.....47

GRÁFICAS ÁREA ADMINISTRATIVA

- Gráfica 11: Sección a: Área de trabajo.....47
- Gráfica 12: Sección b: Su jefe inmediato.....47
- Gráfica 13: Sección c: Comunicación.....48

- Gráfica 13.1: Preguntas 6 a 1048
- Gráfica 14: Sección d: Grado de seguridad del paciente... ..49
- Gráfica 15: Sección e: Su institución... ..49
- Gráfica 16: Sección f: Antecedentes... ..49

- /16.1 Tiempo que lleva laborando en la institución... ..49
- / 16.2 Tiempo que lleva laborando en área de servicio actual... ..50
- / 16.3 Horas que trabaja a la semana... ..50
- / 16.4 Cargo en la institución... ..50
- / 16.5 Tipo de contrato... ..51
- / 16.6 En el cargo, tiene interacción directa o contacto con los pacientes.51
- / 16.7 Tiempo en el actual cargo... ..51

- Gráfica 17: Sección g: Comentarios... ..52
- Gráfica 18: Sección h: Atención segura... ..52
- Gráfica 19: Ponderado preguntas positivas y negativas... ..53
- Gráfica 20: Ponderado final clima de seguridad del paciente... ..53

2.1 RESUMEN

La cultura de seguridad del paciente está relacionada con el conjunto de creencias, disposiciones y actitudes que asumen las personas en su ejercicio laboral con el fin de garantizar que los usuarios de los servicios que brindan, no experimentarán daño innecesario o potencial derivado de dichas atenciones; en este orden de ideas, este estudio investigativo describe la percepción referida por el personal del área de urgencias del Hospital Marco Fidel Suarez en el municipio de Bello, Antioquia frente a dicho modelo cultural organizacional.

Para ello se utilizó una metodología de tipo descriptivo con enfoque cuantitativo y el instrumento "Encuesta Clima de Seguridad del paciente" se aplicó a una muestra de 163 colaboradores del área de urgencias, que aceptaron participar voluntariamente y cumplieron los requisitos de inclusión planteados; finalmente como hallazgos se obtuvieron referencias positivas a cerca de dicha cultura por parte del personal encuestado, quienes manifiestan como aspectos relevantes la comunicación, el trabajo en equipo, el acompañamiento por parte de los líderes y jefes de área, la capacitación y entrenamiento técnico en protocolos y guías de manejo para asegurar el ejercicio laboral adecuado y el direccionamiento estratégico que apoya la vivencia y compromiso con el cumplimiento de la política de seguridad. El 94.5% de dicha población participante, expresó que considera que en general a la atención brindada por la institución es segura.

Entre los aspectos a mejorar destacan las percepciones de preocupación pero en menor nivel a cerca de, uno, las posibles acciones punitivas que puedan tomarse contra ellos ante las notificaciones de eventos adversos, y dos, frente al cambio de áreas de los pacientes dentro de la institución, ya que consideran estos como riesgos en la atención que podría afectar la seguridad del paciente.

Como conclusión general se evidencia el claro compromiso de la institución frente al aseguramiento de una atención integral y segura para sus usuarios.

2.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA. PREGUNTAS DEL CONOCIMIENTO

La seguridad del paciente es un tema actualmente tratado con especial cuidado, ya que se constituye como un requerimiento legal para el funcionamiento de las entidades en salud, sin embargo existen recientes investigaciones que afirman que su ejecución y vivencia al interior de las instituciones no se percibe cumplida en un nivel óptimo, refieren entre otras variables, por no sostener un compromiso organizacional integral, que permita orientar la acción hacia la implementación, permanencia y fortalecimiento de este modelo cultural.

Desde este enfoque, procesos tan sencillos como los reportes de los actos fallidos asistenciales, se configuran como los de mayor ausencia dentro del compilado documental de las entidades, sumado a la falta capacitación en temas relativos a dicha política, y el ocasionalmente pobre entrenamiento en manejo y diligenciamiento de los formatos propios, aunado al poco apoyo y compromiso del nivel organizacional directivo.

Es así, como la política de seguridad del paciente expedida en junio de 2008 es transversal a los cuatro componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, donde se ambiciona una orientación hacia la prestación de servicios de salud de manera más segura, exigiendo un flujo constante y claro de la información a todos los sectores involucrados, de la mano del despliegue y generación de conocimiento asociado, con el propósito de no solo sensibilizar, si no generar la apropiación y empoderamiento de la ejecución técnica, profesional y ética de todos los postulados de esta por parte de los actores de dichos sectores inmersos.

Por lo que la pretensión de este trabajo investigativo, radicó especialmente en identificar la percepción que tiene el personal de la cultura de seguridad del

paciente de la institución, y la revisión de aquellas variables que se constituían como limitantes del cumplimiento de este requisito, buscando entregar las recomendaciones y sugerencias pertinentes que permitiesen re direccionar el quehacer de los actores involucrados, incluyendo a todos los sectores y niveles organizacionales, mejorando con ello, la percepción de la cultura organizacional de la seguridad del paciente en la entidad.

2.3 INTRODUCCIÓN

Considerando el tema de la Seguridad del paciente como un reto de alta prioridad en cumplimiento para el modelo de salud colombiano, que a nivel organizacional está constituido como una apuesta por la mejora de los servicios prestados, y que como tal se configura como el resultado del compromiso de todos los sectores y niveles de la organización, el interés particular del presente estudio, apunta a la revisión específica de los factores que intervienen en los procesos de implementación, administración y mantenimiento del modelo de cultura organizacional que permita el cumplimiento de dicha premisa.

Para ello a la luz de las diversas teorías, planteamientos y sugerencias técnicas, el hallazgo principal es que este modelo de cultura organizacional centrado en la Seguridad del Paciente, exige evaluar de manera permanente y detallada los riesgos asociados a la atención en salud, además de analizar de manera constante y coherente la ocurrencia de eventos adversos que se presenten, en lo respectivo al recurso humano, técnico, tecnológico, de infraestructura, y demás particularidades inmersas en dichos procesos prestados por la institución a sus afiliados, con el fin de generar planes de acción que permitan corregir los errores y prevenir la ocurrencia futura de los mismos riesgos y de asociados; así como, la manera de dar oportuna y efectiva solución a la diversidad de inconvenientes

derivados, que puedan acarrear afectaciones directas a la imagen pública de la entidad.

De este modo se presentan a continuación los aspectos relevantes encontrados en el estudio acerca de la percepción de la cultura organizacional de la seguridad del paciente que tiene el personal del área de urgencias del Hospital Marco Fidel Suárez del municipio de Bello Antioquia, registrado en el año 2015 y el primer trimestre del 2016, a la luz del marco legal, las normativas propias de la política y la estructura cultural pensada desde las teorías y postulados de los distintos investigadores en la materia.

2.4 JUSTIFICACIÓN

La Seguridad del Paciente es un tema de interés especial en la actualidad, ya que se configura como uno de los retos principales para las instituciones de salud que evitar convertirse en instituciones que brinden una atención de muy bajos estándares de calidad, con poca humanización y con foco en las limitaciones existentes entre el paciente y las intervenciones que requiere para mejorar su calidad de vida y recuperar su salud, y lograr constituirse como entidades que propendan por la atención integral, transparente y oportuna que tanto requiere nuestra nación, como lo referencian los investigadores titulares de la obra "Bioética y salud pública en y para américa latina", Francisco Javier León correa y Patricia Sorokin.¹

Para convertir esta política pública de decretos teóricos a ejercicios prácticos en las instituciones de salud, es necesario, primero, una evaluación permanente y proactiva de los riesgos asociados a la atención en salud para posteriormente diseñar e implementar de manera permanente las barreras de seguridad necesarias para evitar posibles errores en su ejecución. Por ello la pretensión principal de este proceso investigativo se centra en la evaluación del contexto real

de la cultura de seguridad del paciente percibida por el personal que labora en la institución, para de esta manera, brindar herramientas pertinentes en el direccionamiento del quehacer diario a la garantía de la calidad y el cumplimiento de esta política, tanto por parte del equipo directivo, como para el resto de niveles de la organización, con la finalidad de emprender acciones que permitan intervenir de manera oportuna y generar alternativas de prevención de dichos actos inseguros, y mitigar de esta manera el posible desconocimiento de la importancia y trascendencia de implementar dicho modelo cultural.

Para lograr las metas propuestas de la política pública de Seguridad del paciente, en primera instancia es necesario fortalecer el compromiso explícito de la alta gerencia de la entidad con el cumplimiento de la política y vivencia de la cultura en la extensión de su naturaleza jurídica, procedimental y desde el manejo del recurso humano, siendo esto indispensable para el resto de actores, ya que configura sus posibilidades de gestión y ejecución del resto de procesos que comprende.

De este modo la ocurrencia de eventos adversos como resultado de múltiples factores, entre ellos, el inadecuado desarrollo de protocolos clínicos, la insuficiencia de personal y de recursos financieros e incluso condiciones inadecuadas de infraestructura de las clínicas y hospitales, podría ser prevenible a la luz de prácticas monitoreadas, con los insumos necesarios requeridos, y sobre todo, con la garantía de seguridad para el personal, para que este a su vez pueda generar los protocolos de alto nivel para garantizar la seguridad en la atención del paciente; por ello la expectativa de este proceso investigativo será generar las alternativas estratégicas que permitan el despliegue de planes de gestión que asuman el rol activo en el cumplimiento de esta política, con soporte en las necesidades, expectativas y posibilidades propias de la organización.

3. OBJETIVOS:

3.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la percepción de cultura de la seguridad del paciente del personal de urgencias del Hospital Marco Fidel Suárez en el municipio de Bello, Antioquia, acerca de la cultura de seguridad del paciente, en el año 2015 y primer trimestre del 2016.

3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 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) del personal asistencial y administrativo de urgencias del Hospital Marco Fidel Suárez en el municipio de Bello, Antioquia
- Establecer el grado general de percepción en seguridad del paciente del personal asistencial y administrativo de urgencias del Hospital Marco Fidel Suárez en el municipio de Bello, Antioquia
- Establecer la frecuencia de eventos o errores reportados relacionados con seguridad del paciente del personal asistencial y administrativo de urgencias del Hospital Marco Fidel Suárez en el municipio de Bello, Antioquia

4.1 REFERENTE TEORICO:

Glosario técnico:

Seguridad del paciente: Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías que con base en evidencias probadas científicamente, propenden minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso durante la atención de salud o de mitigar sus posibles consecuencias. ¹

Falla de atención en salud: Deficiencia para realizar una acción prevista según lo esperado de acuerdo a la programación o plan inicial, que puede manifestarse a través de la ejecución de procesos inadecuados (fallas en la acción) o a través de la no ejecución de los procesos adecuados (fallas de omisión), sea en el proceso de planeación o de ejecución. Fallas consideradas no intencionales.²

Riesgo: Es la probabilidad que un incidente o evento adverso ocurra.³

Violación de la seguridad de la atención en salud: Las violaciones de la seguridad de la atención en salud son de carácter intencional e involucran la desviación deliberada de un proceso, un estándar o una norma de funcionamiento establecida. ³

Barrera de seguridad: Una acción o circunstancia que reduce la probabilidad de presentación del incidente o evento adverso.⁴

Sistema de Gestión del evento adverso: Conjunto de herramientas, procedimientos y acciones utilizadas para identificar y analizar el proceso de progresión de una falla a la producción de daño al paciente, con el fin de prevenir o mitigar las consecuencias derivadas. ⁴

Acciones de reducción de riesgo: Intervenciones a las estructuras o procesos de atención en salud con el fin de minimizar la probabilidad de ocurrencia de un incidente o evento adverso. Dichas acciones pueden ser de carácter proactivo como el análisis de modo y falla y el análisis probabilístico del riesgo, entre tanto, las acciones reactivas son derivadas del aprendizaje posterior a la presentación del incidente o evento. ⁵

Evento centinela: Incidente inexplicado que produce como resultado la muerte o serias afectaciones físicas y/o psicológicas, o aumenta el riesgo de aparición, la pérdida de una parte o función corporal, así como la variación de procesos por los que su recurrencia podría implicar una posibilidad significativa de un resultado adverso serio.⁵

SOGCS: Conjunto de normas, requisitos, mecanismos y procesos estandarizados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país. ⁶

Atención en salud: Aquellos servicios recibidos por individuos o poblaciones con el fin de promover, mantener, hacer seguimiento, o restaurar las condiciones de salud. ⁶

Evento trazador: Sus causas pueden estar asociadas a fallas considerables en la calidad de la atención, y ser comunes a otros eventos, indicando una alta probabilidad de que alguno o varios de los procesos de atención asociados a la ocurrencia del evento no tengan el correcto funcionamiento. Por lo que requieren de un proceso de trazabilidad que permita identificar el análisis de causas probables que llevaron a la contingencia. ⁶

Incidente: Evento producido por fallas en la atención de un paciente que no le genera daño.⁷

Indicio de atención segura: Un suceso que alerta el incremento del riesgo de ocurrencia de un incidente o un evento adverso.⁸

MARCO TEORICO:

La cultura en la Seguridad del Paciente “Es una disciplina dentro del sector salud que aplica métodos científicos de seguridad con el objetivo de lograr un sistema confiable de atención. La seguridad del paciente es también un atributo de los sistemas de atención a la salud; minimiza la incidencia e impacto de eventos adversos y maximiza la recuperación de los mismos.” XIX

Como toda relación humana, la confianza es un elemento esencial; por tal motivo la formación del personal médico debe ser transversal frente a las necesidades no solo físicas sino psicológicas de los pacientes.

"La Seguridad del Paciente es un tema complejo y como tal la principal amenaza es hacerlo inabordable. En los últimos años estamos asistiendo al pleno desarrollo de una política y estrategia global en países con diferente nivel de desarrollo, auspiciada por la Organización Mundial de la Salud. De esta manera, la opción estratégica por la seguridad se ha incluido en las agendas de las instituciones, organizaciones y sistemas de salud. Pero más allá de iniciativas que puedan hacer parecer una cuestión de modas, la seguridad del paciente tiene un fundamento legal y ético. El problema de la seguridad clínica de los pacientes pertenece al mundo de la salud y no sólo a los hospitales". IX, XXV

Velar por la cultura en Seguridad del Paciente no solamente le corresponde a las clínicas, hospitales, IPS, entre otras, sino también a los entes gubernamentales, pues son quienes deben realizar programas para dar a conocer el tema, y en cuanto a los prestadores de servicios, son los gerentes quienes deben velar porque los protocolos y guías clínicas se lleven a cabo, realizando seguimiento y capacitaciones acerca de algunos riesgos que se asocian a diferentes procedimientos a todo el personal a su cargo, para prevenir posibles errores y disminuir los mismos. Cada profesional debe concientizarse de la importancia de seguir cada una de las guías y protocolos de cada empresa prestadora de servicios de salud.

"El estudio de la cultura de la Seguridad del Paciente es actualmente un tema obligado que puede facilitar la retroalimentación de los sistemas de salud, con la posibilidad de implantar medidas de mejora basadas en la determinación de problemas concretos. La cultura de la seguridad del paciente puede analizarse en diferentes niveles de la atención médica y constituye la esencia misma de las instituciones, en la que se pueden identificar fortalezas y debilidades que configuran la forma como los miembros piensan, se comportan y abordan su trabajo". IIII.

De acuerdo con lo anterior se evidencia un porcentaje significativamente bajo en la falta de reporte de eventos adversos, es una situación preocupante, pues si no se evidencia un reporte, no hay manera de mejorar este aspecto y no se puede

hablar de una cultura en seguridad del paciente, sin antes tener claro algunos aspectos que se relacionan con este tema. Es importante que la gerencia se empodere de este tema y realice acciones para incrementar en cada institución la cultura en la Seguridad del Paciente, no solamente en el servicio de urgencias, sino en la institución en general.

En un estudio realizado en México que buscaba identificar las áreas de fortaleza y oportunidad de mejora continua, percibidas por el personal de enfermería en relación a la cultura de seguridad en la atención de los pacientes en un Hospital General del Sistema de Salud, encontraron que “las dimensiones percibidas como fortalezas son el trabajo en equipo en la unidad/servicio y aprendizaje organizacional. Las dimensiones percibidas hacia la mejora continua fueron: dotación de personal, respuesta no punitiva a los errores, apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente, percepción de seguridad, problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades y franqueza de la comunicación” vi

El reporte de eventos adversos se debe dar a nivel integral, por razón de que, cada ente forma un conjunto y si uno falla, falla todo el sistema, de ahí, que la comunicación, el trabajo en grupo o en equipo, delegar funciones y demás, sean esenciales en la construcción de una cultura organizacional propositiva y preparada para reaccionar frente a situaciones adversas con metodología y estructuraciones cercanas a los postulados de la política de Seguridad del Paciente.

El desarrollo y análisis de la seguridad del paciente nos permite abordar necesariamente eventos adversos (EA), que “son los daños, o lesiones que acontecen durante el proceso asistencial y, al no estar directamente producidos por la enfermedad en sí, se pueden considerar motivados por el propio sistema sanitario, ya sea por acción u omisión. También debemos hablar de lo que es un incidente, que es una acción o conjunto de acciones por comisión u omisión que podría haber dañado al paciente, pero que este daño no ha llegado a producirse, es decir, que difiere de un efecto adverso “sólo” en el resultado para el paciente”. i

Los EA se presentan generalmente por negligencia, por desconocimiento o por indiferencia, ya que no se tienen en cuenta los intereses y necesidades del paciente.

La formación académico-profesional es un elemento contextual trascendental en el tratamiento y desarrollo de las consultas médicas por partes de los pacientes, sin importar la necesidad requerida. Por tal motivo, la capacidad de respuesta del equipo médico se ve evaluado por la satisfacción y buenos resultados frente a los retos presentados por los usuarios de los servicios. Si dicho equipo interdisciplinario de profesionales no se cuentan en sus máximas capacidades físicas, psicológicas y académicas óptimas, habrá mayor posibilidad de generarse EA.

"Implementar una cultura positiva de seguridad del paciente previene la aparición de eventos adversos e incidentes, permite aprender de los errores, busca la causa raíz y modifica los procedimientos con el fin de evitar la reaparición de los errores. En un estudio realizado en diferentes hospitales, donde querían evaluar la seguridad del paciente se lleva a cabo a partir de la aplicación de encuestas. Para esta evaluación se cuenta con el Cuestionario Sobre la Seguridad del Paciente en los Hospitales, desarrollado por la Agency for Healthcare Research and Quality de los Estados Unidos. En este estudio "se puede conocer la percepción que tienen los médicos pasantes del servicio social sobre las doce dimensiones de la seguridad de los pacientes, entre las que se incluyen la notificación de eventos, el trabajo en equipo, comunicación y coordinación, Los resultados en los que se encontraron valores positivos fueron los de Trabajo en equipo, Aprendizaje organizacional, Retroalimentación y Apoyo de la gerencia.

La frecuencia de eventos notificados tiene una calificación negativa, con 66.9 puntos en contra, que se suma a que el 44% de los encuestados nunca ha reportado un evento adverso o incidente durante su formación académica." 11

El desconocimiento de la cultura de la seguridad del paciente por parte del personal administrativo y médico de las instituciones de salud es un elemento que se tiene en cuenta en las investigaciones sobre el tema por varias razones. Inicialmente por el bajo rendimiento frente a los indicadores de satisfacción del usuario y en segundo punto tiene que ver con la baja calidad de servicio recibido

por parte de los usuarios, lo que termina afectando su salud y la imagen de la institución involucrada.

“La seguridad del paciente ha despertado un enorme interés en las últimas décadas. Según diferentes estudios, los sistemas de salud están expuestos al error y su riesgo de eventos adversos es significativo, situando su ocurrencia entre el 3,7-16,6% de todos los ingresos hospitalarios. En 1964, Schimmel llamó la atención sobre el hecho de que un 20% de los pacientes que ingresaban en hospitales universitarios sufrían algún evento iatrogénico y que el 25% de los mismos se podrían considerar como graves. Desde entonces, la evidencia internacional ha establecido que una gran proporción de los eventos adversos es prevenible ya que muchos de los daños producidos al paciente pueden ser atribuidos a problemas en el sistema sanitario”. VII, por otro lado y “progresando en ese afán por mejorar la seguridad del paciente, el Institute of Medicine (IOM) en los EE UU inició en 1998 un proyecto denominado: “Quality of Health Care in América”, con el objetivo de desarrollar una estrategia que diera lugar a una mejora significativa en la calidad de la sanidad en los EE UU a lo largo de la siguiente década. Dentro de este amplio proyecto se inscribe en una fase inicial el informe: “To Err is Human: building a Safer Health System”, que examina los errores médicos en los EE UU y es una llamada a la acción para hacer los cuidados sanitarios más seguros para los pacientes” XXIX

Es importante conocer no solamente la percepción que tiene el personal de la salud en cuanto a seguridad del paciente, sino también la percepción del mismo paciente frente a esta cultura, realizando encuestas sobre el personal, el trato brindado y si cumplen o no con todos los protocolos de seguridad que debe tener cada institución prestadora de servicios de salud, en cuanto a una mejora significativa en la calidad de la sanidad, proyecto realizado en los Estados Unidos es importante retomar este ejemplo el cual se puede realizar a través de campañas educativas con los padres de familia, profesores y alumnos para que generen conciencia sobre importancia de la higiene y los cuidados preventivos para evitar cualquier tipo de enfermedad de carácter infeccioso.

En un estudio realizado en la ciudad de Bogotá, Colombia, "describe la percepción de dicha cultura referida por el personal de enfermería en instituciones prestadoras de servicios de salud del tercer nivel de complejidad que hacen parte del Sistema de Seguridad Social en Salud en Bogotá, Colombia", donde encontraron que "la cultura de seguridad del paciente referida por el personal de enfermería se evidencia por resultados positivos en la coordinación y comunicación eficaz dentro de las unidades y la percepción generalizada de que la gerencia se interesa en la seguridad del paciente. En los aspectos a mejorar se destaca la percepción de personal insuficiente y el alto flujo de personal ocasional percibidos como riesgos en la atención que afecta la seguridad del paciente. Los participantes del estudio indican que al notificar eventos adversos se llevarán a cabo acciones punitivas en su contra". x

Es evidente que cuando hay poco personal, también hay sobrecarga de trabajo, lo que genera no solamente cansancio físico para el profesional, sino también inseguridad para el paciente.

El incremento de personal calificado y competente en instituciones de la salud es un atenuante para el mejoramiento en la asistencia de la seguridad del paciente porque conlleva a elevar el porcentaje en cuanto al bienestar, atención, eficiencia, rapidez, y servicio oportuno de los usuarios, todo esto en el marco de acciones institucionales que propendan el mejoramiento, organización y sistematización de los procesos anteriormente descritos.

"La seguridad del paciente constituye una prioridad en la gestión de la calidad de cualquier servicio sanitario. Todo paciente tiene derecho a una atención eficaz y segura, es por esto que se realizó un estudio, donde, se construyó el mapa de riesgo, para lo que se utilizó el mapa de procesos previamente elaborado sobre el que se identificaron todos los puntos críticos y el tipo de evento adverso que puede aparecer en cada uno de estos puntos, encontrando como resultado: El número de eventos adversos identificados para la totalidad del Servicio de Cirugía Pediátrica fue de 58. Se detectaron hasta 128 fallos, producidos por 211 causas, posterior a esto se hizo una propuesta de 424 medidas concretas en forma de acciones preventivas". xv

El proceso de identificación y clasificación de los eventos adversos se convierte en una necesidad imperante no solo en los servicios de urgencia sino en las demás áreas asistenciales. Si hay mayor recolección de información, hay mayores posibilidades de tomar mejores decisiones frente a los retos presentados por el sistema de salud para la institución.

"Es por todos conocido que los SIAU, junto con las unidades de cuidados intensivos y el área quirúrgica son, probablemente, las áreas del hospital de mayor riesgo de sucesos adversos. Los SIAU atienden al año más de 26 millones de consultas, según estadísticas del año 2008" ^{iv}

Para reducir todos estos problemas en cuanto a seguridad del paciente, luego de analizar los factores preponderantes frente a las situaciones que estaban afectando en mayor medida la prestación de los servicios de salud, la Organización Mundial de la Salud creó la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente en el 2004, la cual "promueve la sensibilización y el compromiso político para mejorar la seguridad de la atención y apoya a los estados miembros en la formulación de políticas y prácticas para la seguridad de los pacientes en todo el mundo. Un elemento fundamental del trabajo de la Alianza es la formulación de Retos Mundiales como: Atención limpia atención segura; Cirugía Segura salva vidas y Combate a la resistencia antimicrobiana".

Una de las sugerencias establecidas por dicha alianza es transitar hacia una cultura de la seguridad con procesos de entendimiento e interiorización de su importancia y mecanismos por parte del personal médico., con la meta y propósito fundamental de evitar los riesgos innecesarios para el paciente. ^{xiii, xviii, xxx}

El diseño y la prevención de los problemas de calidad, con una cuidadosa planificación, son dos componentes necesarios de los programas de calidad de los servicios de salud. Las Guías de Práctica Clínica (GPC) son un conjunto de "recomendaciones desarrolladas de forma sistemática para ayudar a profesionales y pacientes a tomar decisiones sobre la atención sanitaria más apropiada, y seleccionar las opciones diagnósticas o terapéuticas más adecuadas a la hora de abordar un problema de salud o una condición clínica específica". ⁸ Todo esto tiene que ver también con las

"implicaciones de la carga de trabajo de enfermería en la seguridad del paciente, muchos vacíos de conocimiento siguen siendo en este campo. Hay una necesidad urgente de estudios diseñados para determinar el alcance y la naturaleza de las funciones de las enfermeras en la mejora de la seguridad del paciente." xxviii.

Por más evidencia científica que se encuentra acerca de la importancia y el funcionamiento de las guías y protocolos médicos, se ha vuelto evidente que una de las situaciones problemáticas tiene que ver con la falta de interés por parte del personal médico de interiorizar a sus prácticas estos nuevos lineamientos. Según expertos para evitar esto se debe transformar la organización con base al seguimiento y evaluación de los trabajadores frente a la puesta en marcha de estas guías y protocolos y de esta manera iniciar una franca disminución frente a los eventos adversos.

"Los eventos adversos agudizan temáticas en los servicios de atención a la salud, las cuales son poco discutidas y contextualizadas - por ser un asunto de difícil abordaje - y muchas veces tratadas de manera velada por los profesionales e incluso por los usuarios". xxvi

A pesar del porcentaje relativamente bajo, el número de muertes es muy significativo, teniendo en cuenta que hoy en día existen numerosos protocolos para asistir a un paciente, es por esto que la seguridad del paciente se debe volver un objetivo para todas las instituciones, los índices de eventos adversos son muy elevados, lo que puede terminar en graves afectaciones para los pacientes. iv, xii.

Tanto las instituciones de salud como las instituciones de educación superior con vocación médica deben brindar siempre actualizaciones sobre todo lo que tiene que ver con la cultura en la seguridad del paciente.

Para identificar los riesgos en este caso en el servicio de urgencias se debe trabajar en equipo, es decir, uno de los elementos fundamentales en la interiorización de estas políticas es la necesidad de apoyar los conocimientos en el colega y definir roles para evaluar los protocolos puestos en marcha.

Para esto debe haber una gestión de riesgos, donde después de la identificación de estos, se creen estrategias para disminuirlos, capacitando al personal; la

detección precoz de un EA, analizar casos ya presentados de EA y comunicación con el paciente sobre su propia seguridad, además de la notificación de los eventos. El profesional de la salud debe dar a conocer de forma detallada y en el momento que ocurra el EA para realizar dicha gestión, pues si el profesional omite cualquier tipo de información, puede estropear el análisis de este y por lo tanto el tratamiento de los datos.

"La información sobre errores médicos y EA es muy reciente ya que los primeros estudios datan de los años 60, pero hasta la década de los 90 se comenzó a disponer de evidencia científica". 1

"Según la revisión de algunos historiales médicos en EE.UU se producen al año 1 millón de EA cuyas consecuencias serán que entre 44.000 y 98.000 pacientes mueren cada año por errores médicos".1

Por otro lado Zhan y Miller examinaron la incidencia de EA en 18 hospitales, como conclusión argumentaron que los EA son responsables de 2.4 millones de días de estancia hospitalaria en Estados Unidos y más de 30 mil muertes al año.

"Davis encontró 12,9% de EA durante las hospitalizaciones en Nueva Zelanda. El Departamento de Salud del Reino Unido, en su informe del año 2000, An organization with a memory, estimó que se producen EA en cerca del 10% de las hospitalizaciones, es decir 850.000 eventos al año. En Australia, la tasa de EA descrita fue del 16,6% entre los pacientes ingresados. Por tanto las frecuencias de EA en los diferentes estudios se sitúan en torno al 10% de los pacientes que acuden a un hospital, con un rango que varía desde el 4 al 17%". 1. "Un estudio realizado sobre 30.195 altas en Nueva York, indicaba que sobre el total de los EA detectados el 13,3% se debía a infección de la herida quirúrgica (y de éstos un 12,5% eran debidos a negligencias, un 12,9% de los EA producidos se debían a complicaciones en la técnica quirúrgica y un 10,6% eran complicaciones tardías de la cirugía" 1.

En lo que se refiere a la infección nosocomial, en España se cuenta con datos desde el año 1990, en el que se realizó por primera vez el Estudio de prevalencia de Infecciones nosocomiales (EPINE). "Este estudio en el año 2005 arroja una tasa de prevalencia de infección nosocomial de 6,9%, frente a un 8,5% del año 90, apreciándose

una tendencia descendente estadísticamente significativa, esto se debe a actuaciones preventivas como el uso de sondajes urinarios cerrados o la introducción en los hospitales de las soluciones alcohólicas para el lavado de manos". I

Un tema que aún debe la investigación científica es el papel de los pacientes y los errores en la autoadministración de medicación, en comparación con la frecuencia de EA por deficiencias sanitarias y errores involuntarios de los profesionales. XXVII

Es importante que la población conozca sobre los errores que ellos pueden llegar a cometer y que atentan contra su propia vida, pues no siempre el profesional en salud es el directamente culpable de lo que pueda pasar con dichos pacientes.

"En los servicios de salud, la calidad se ha convertido en una ventaja competitiva para las organizaciones. La sociedad exige cada vez más la excelencia en los servicios prestados, situación que arroja conclusiones como la necesidad imperante de desarrollar una cultura organizacional de seguridad en la asistencia de los pacientes.

La cultura organizacional es la personalidad de la organización y, como tal, se manifiesta en sus políticas, decisiones y cotidiano de su funcionamiento diario, en las formas con que las personas interaccionan entre sí, cómo hacen su trabajo y comunican entre sí". VIII

Esto nos lleva a pensar, que a pesar de que existen numerosos estudios sobre la cultura en la seguridad del paciente, aún en todas las instituciones de salud falta aplicar las recomendaciones inscritas en los mismos.

En un estudio realizado en 24 hospitales de España que buscaba describir la metodología y los principales resultados sobre el clima de seguridad encontraron que: "el 50% califica la seguridad entre 6 y 8 (en una escala de 10); el 95% notificó menos de 2 eventos en el último año. Como positivas destacan las dimensiones "trabajo en equipo dentro de las unidades/servicios" y "Acciones de la dirección/supervisión de la unidad/servicio que promueven la seguridad". Como debilidades destacan la dotación de personal, trabajo en equipo entre unidades/servicios, percepción de seguridad y apoyo de la gerencia en la seguridad del paciente. Las diferencias significativas entre hospitales, tipo de profesional y servicio señalan una actitud generalmente más positiva en hospitales pequeños y servicios de farmacia y más negativa entre los médicos" XI

A pesar de que día tras día se abordan problemáticas inherentes a la prestación del servicio de salud como la sobrecarga de trabajo y las consecuencias que esto trae, aún no se han tomado correctivos frente a dicha situación. Este punto disminuye las posibilidades de conocer las diferentes metodologías para la seguridad del paciente y de esta manera evitar errores médicos o eventos adversos.

La comunicación interdisciplinaria e interinstitucional a través de la recolección de informes y seguimiento a los reportes de los errores y eventos adversos son un elemento importante para que las empresas prestadoras de servicios de salud tomen correctivos, pero al no existir motivaciones claras e incluso tiempo para implementar estas acciones, aún no es visible la disminución de estos.

"El objetivo de un estudio realizado en el año 2011 era determinar las actitudes y percepciones de los trabajadores de la salud, que en últimas constituye la cultura de seguridad del paciente como determinante para una atención segura". ^{xiv}, donde no se encontró un nivel alto de evidencia, por lo que en Colombia se hace necesario realizar más estudios científicos acerca de la cultura en la seguridad del paciente, pues para tomar decisiones y mejorar en este aspecto, debe existir un cúmulo importante de información con comprobación científica, y de esta manera tomar mejores decisiones frente a la disminución e incluso abolición muchos eventos adversos que se presentan todos los días.

En los diferentes estudios consultados se eleva otra amenaza, las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria, que tienen que ver con las adquiridas por parte de los pacientes en el momento de recibir la atención médica en las instituciones prestadoras de salud. Esta es una de las causas preponderantes de morbilidad en usuarios del servicio, principalmente en países en vía de desarrollo.

^{xvii}

"Desde el Servicio de Medicina Preventiva del Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil se llevó a cabo un programa para la vigilancia y el control de las Infecciones Asociadas con la Asistencia Sanitaria (IAAS) en el que se incluyen actividades relacionadas con la vigilancia de las infecciones en las áreas de cuidados intensivos, de

las infecciones asociadas a procedimientos quirúrgicos y de la incidencia de patógenos de importancia epidemiológica, como el *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina (SARM)".^{XII}.

La iniciativa anteriormente descrita obtuvo como resultado parcial un aumento en la interiorización de dicha técnica por parte de diferentes grupos médicos, pero al analizar los datos completos se hizo evidente que aumentó la prevalencia de pacientes infectados.

"En Colombia, a pesar de las normas vigentes, no existe un registro unificado de las infecciones asociadas a la atención en salud y el dato nacional reportado oficialmente sobre su frecuencia en forma regional no sólo no representa al total de instituciones prestadoras de salud, sino que claramente evidencia un subregistro (1,6% en 496 instituciones)".^{XXIII}

Situación que hace evidente la necesidad prioritaria de aumentar el número de investigaciones frente a esta temática y la importancia de llevar esta realidad a la agenda nacional en salud.

Los resultados de diversos programas de promoción y prevención para disminuir el índice, no han cumplido con el objetivo de lograr la adherencia de un 100% de las personas implicadas, es cierto también que en cada intervención realizada el porcentaje logra subir de manera muy lenta, pero no se logra disminuir la tasa de infección nosocomial, el compromiso con estos programas debe ser integral, es decir, no solo las autoridades competentes desde el área estratégica sino también desde las áreas tácticas y operativas, además de involucrar de manera activa a la población general.

"Aún con los esfuerzos que se han realizado para mejorar la calidad y la seguridad del paciente hospitalizado a través del reporte de los EA y la certificación hospitalaria, no se ha logrado establecer la obligatoriedad del reporte, ni incluir tópicos sobre la seguridad del paciente de forma explícita en la formación académica de los profesionales de la salud, a pesar que en varios estudios se ha comprobado que los profesionales con mayor cultura del reporte han sido profesionales de enfermería, y por otra parte, la certificación hospitalaria se ha convertido en una práctica para competir contra otras instituciones de

asistencia pública o privada, haciendo que la atención de la salud no sea equitativa ni igualitaria en todo el país” xvi.

La mayoría de eventos adversos son evitables, pero la no adherencia a los protocolos de la mayoría de instituciones prestadoras de servicios de salud, por razones anteriormente nombradas como la sobrecarga de trabajo no hay una cultura sobre la importancia de interiorizar a las acciones institucionales las guías y prácticas clínicas.

De estos retos mundiales tienen conocimiento las instituciones de salud, pero no la población que recibe la atención, a pesar de que esto está escrito no se están teniendo en cuenta en los planes de promoción y prevención; para esto es necesario que se sigan realizando capacitaciones y de esta manera concientizar a los trabajadores de la salud y a los mismos pacientes. Del mismo modo al existir mayor conocimiento sobre estas políticas hay una mayor facilidad de realizar seguimientos frente al cumplimiento de las metas propuestas para la seguridad del paciente

4.2 ANTECEDENTES LEGALES:

“En la actualidad Colombia cuenta con una política Nacional de seguridad del paciente, liderada por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, cuyo objetivo es prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir, y de ser posible, eliminar la ocurrencia de eventos adversos para contar con instituciones seguras y competitivas internacionalmente. Así, desde junio de 2008, el Ministerio de la Protección Social expidió los Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente” 9

“La Unidad Sectorial de Normalización es el organismo técnico definido por el Decreto 1011 de 2006 como “una instancia técnica para la investigación, definición, análisis y concertación de normas técnicas y estándares de calidad de la atención de salud” en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud de Colombia. El

Decreto 3257 de 2008, estableció la independencia del Subsistema Nacional de Calidad del Sistema Nacional de Competitividad, y el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud (SOGC), pero prevé que estos dos sistemas deben actuar de manera coordinada en donde hayan aspectos comunes” 9.

Ley 100 del Diciembre 23 1993 Establece en el título II el sistema general de seguridad social El nuevo SGSSS estableció también la reforma del sector de servicios de salud.

Entre los principios que orientan la reforma, la equidad ocupa un lugar preeminente, y es entendida como la provisión gradual de servicios de salud de igual calidad a todos los habitantes de Colombia, independiente de su capacidad de pago.

Artículo 173. Se destaca dentro del artículo dos funciones enfocadas a la garantía de la seguridad del paciente en el proceso de atención en una institución de salud las siguientes:

- Formular y adoptar, en coordinación con el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, las políticas, estrategias, programas y proyectos para el Sistema General de Seguridad Social en Salud, de acuerdo con los planes y programas de desarrollo económico, social y ambiental que apruebe el Congreso de la República
- Expedir y Dictar las normas científicas que regulan la calidad de los servicios y el control de los factores de riesgo, que son de obligatorio cumplimiento por todas las Entidades Promotoras de Salud y por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud y por las direcciones seccionales, distritales y locales de salud, así como la evaluación de ellas.

Artículo 185: Las Instituciones Prestadoras de Servicios deben tener como principios básicos la calidad y la eficiencia y tendrán autonomía administrativa, técnica y financiera

Artículo 186. El Gobierno Nacional propiciará la conformación de un sistema de acreditación de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, para brindar información a los usuarios sobre su calidad y promover su mejoramiento.

Artículo 227. Es facultad del Gobierno Nacional expedir las normas relativas a la organización de un sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención de salud, incluyendo la auditoría médica de obligatorio desarrollo en las Entidades Promotoras de Salud, con el objeto de garantizar la adecuada calidad en la prestación de los servicios.

La información producida será de conocimiento público. Ley 715 de Diciembre 21 de 2001 por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros.

Artículo 42. Corresponde a la Nación la dirección del sector salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud en el territorio nacional.

Artículos 43, 44 y 45. Corresponde a los departamentos, municipios y distritos dirigir, coordinar y vigilar el sector salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud en el territorio de su jurisdicción.

Artículo 56. Todos los prestadores de servicios de salud, cualquiera que sea su naturaleza jurídica o nivel, de complejidad deberán demostrar ante el Ministerio de Salud o ante quien éste delegue, la capacidad tecnológica y científica, la suficiencia patrimonial y la capacidad técnica administrativa, para la prestación del servicio a su cargo.

Ley 1122 de Enero 9 de 2006 Ministerio de la Protección Social La presente ley tiene como objeto realizar ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios. Con este fin se hacen reformas en los aspectos de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización y mejoramiento en la prestación de servicios de salud, fortalecimiento en los programas de salud pública y de las funciones de, inspección, vigilancia y control y la organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud.

Decreto 1011 del 3 de Abril de 2006 Ministerio de la Protección Social Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de

Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SOGCS). Este es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país. Aplica a todos prestadores de servicios de salud que operen en todo el territorio colombiano. Excepto a las Instituciones del Sistema de Salud pertenecientes a las Fuerzas Militares y a la Policía Nacional, las cuales podrán acogerse de manera voluntaria al SOGCS y de manera obligatoria, cuando quieran ofrecer la prestación de servicios de salud a Empresas Administradoras de Planes de Beneficios -EAPB-, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud -IPS-, o con Entidades Territoriales. En dicho decreto también se establece la seguridad como el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

Artículo 3: Características del SOGCS. Para efectos de evaluar y mejorar la calidad de la atención en salud deberá cumplir con las siguientes características:

- **Accesibilidad:** es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el SGSSS.
- **Oportunidad:** es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios de salud que se requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud.
- **Seguridad:** Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente comprobadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención en salud o de mitigar sus consecuencias.
- **Pertinencia:** es el grado en el cual los usuarios obtiene los servicios que requieren, con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia científica y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.

- Continuidad: es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basadas en el conocimiento científico.

Artículo 40: Responsabilidad en el ejercicio de la auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en salud debe ejercerse tomando como primera consideración la salud y la integridad del usuario y en ningún momento, el auditor puede poner en riesgo con su decisión la vida o integridad del paciente.

Resolución 2680 de 2007 Ministerio de la Protección Social Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención.

Circular 030 De 19 De Mayo de 2006 Superintendencia Nacional de Salud Imparte instrucciones en materia de indicadores de calidad para evaluar y mejorar la calidad de la atención en salud. El Sistema obligatorio de Garantía de Calidad ha definido los procesos de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud, que deben desarrollar las instituciones prestadoras de servicios de salud, y las EPS definidas en el artículo 181.de la Ley 100 de 1993, para generar, mantener y mejorar una provisión de servicios accesibles y equitativos con nivel profesional óptimo teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos y lograr la adhesión y la satisfacción de los usuarios.

Lineamientos para la Implementación de la Política de Seguridad del Paciente en la República de Colombia junio de 2008 La política de seguridad del paciente, no fomenta la impunidad cuando la acción insegura se deba a negligencia o impericia o hay intención de hacer daño y respeta por lo tanto el marco legal del país. Pero de igual manera procura proteger al profesional que de manera ética y responsable analiza las fallas de la atención y los eventos adversos para desarrollar barreras de seguridad que protejan al paciente. Tanto las experiencias internacionales como la nacional son claras en evidenciar que benefician a las instituciones y al profesional de la salud mediante tres mecanismos:

- El impacto de las acciones para la mejora de la seguridad del paciente incide en prevenir la ocurrencia de eventos adversos y por lo tanto en la disminución de los procesos legales.
- Los mejores protocolos de manejo del paciente al mejorar el resarcimiento de la institución y del profesional con este, en muchas ocasiones evitan que los pacientes o sus familias instauren acciones legales que de otra manera si se hubieren producido.
- Cuando la situación llega a una instancia legal el tener procesos de seguridad del paciente podría constituirse en un factor atenuante y no tenerlo en un factor que pudiera considerarse agravante.

Dado que la lesión por evento adverso no se encuentra tipificada.

Circular Única 049 del 5 de Abril de 2008²¹ Modificación a las instrucciones generales y remisión de información para la inspección, vigilancia y control contenidos en la Circular Externa número 047 (Circular Única) En el Título II se refiere a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) y en su Capítulo I a las Entidades Promotoras de Salud (EPS) con relación al Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad para la Atención en Salud. Hace referencia las acciones y los reportes que deben presentar en materia de: Red de Prestadores de Servicios de Salud, Autorización de funcionamiento EPS Régimen Subsidiado, Sistema Único de Habilitación Empresas Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado, Auditoría para el Mejoramiento de la Atención en Salud (PAMEC), Sistema de información para la calidad, Sistema de Referencia y Contra referencia, Atención Inicial de Urgencias y Comités Técnico-Científicos.

Ley 1122 del 09 enero de 2007 crea la comisión de regulación en salud CRES la cual es un sistema de inspección, vigilancia y control del SGSS en cabeza de la superintendencia nacional de salud, acorde a sus competencias y el defensor del usuario en salud. La seguridad del paciente es parte fundamental en el sistema obligatorio de la garantía de la calidad SOGCS y se describe como una característica de este definida como un 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 en salud.

4 METODOLOGÍA PROPUESTA

5.1 Localización del estudio:

Esta investigación se llevó a cabo en el área de urgencias de la E.S.E. HOSPITAL MARCO FIDEL SUÁREZ de Bello, en departamento de Antioquia, que presta servicios de salud de mediana y de alta complejidad a la población del norte del Valle de Aburrá, para ello cuenta con la tecnología apropiada y personal idóneo, comprometido con la vida, seguridad y satisfacción de sus usuarios, brindando una atención humanizada y procesos asistenciales de alta calidad.

Su sede de operación se encuentra ubicada en la Av. 42 #52-6, en el municipio de Bello, Antioquia, oferta sus servicios para población de Régimen contributivo y por actualización y reforma de normativa, a Régimen subsidiado.

Su estructura permite brindar servicios de atención de mediana y algunos de alta complejidad para población de todos los rangos cronológicos, desde un modelo de atención en salud enfocado hacia el tratamiento, recuperación y mejoramiento de la capacidad de vida de la población demandante.

5.2 Tipo de estudio:

El estudio realizado es de tipo descriptivo con enfoque cuantitativo, y tuvo como pretensión la recolección de la información por medio de un formato tipo encuesta, aplicada al personal, que permite recoger las opiniones acerca de la percepción que tienen de la cultura de seguridad del paciente, con el fin de determinar elementos para describir y analizar el impacto real de su ejecución en la institución.

5.3 Población

Personal del área administrativa y asistencial de la E.S.E. HOSPITAL MARCO FIDEL SUÁREZ de Bello: 282 colaboradores.

5.3.1 Reseña histórica

La E.S.E. Hospital Marco Fidel Suárez de Bello, obtuvo su personería jurídica por medio de la Resolución N°055 del 21 de julio de 1961 emanada de la Gobernación de Antioquia, bajo el nombre de HOSPITAL MUNICIPAL PIO XII, institución sin ánimo de lucro dedicada a prestar servicios de salud a la comunidad con origen público.

Por resolución N° 063 del 28 de junio de 1985 se cambió por el nombre DAVID VELASQUEZ TORO, en ese entonces se consideraba como entidad de primer nivel de atención y según Resolución N° 088 del 29 de agosto de 1986 se modificó el artículo 3° de la Resolución 063 quedando como HOSPITAL MARCO FIDEL SUÁREZ. Luego, la ordenanza No.44 del 16 de noviembre de 1994 (art.5) transformó el Hospital en una Empresa Social del Estado del orden Departamental, de segundo nivel de atención.

Desde entonces se rige por la normatividad de la ley 100 de 1993 y sus decretos reglamentarios. Su dirección está en manos de la Junta Directiva y del Gerente elegido por el señor Gobernador de una terna seleccionada por la misma.

A comienzos de febrero del año 2007, un hecho trascendental parte en dos su historia: el traslado a la sede donde funcionaba la Clínica Víctor Cardenas del Seguro Social, lo que le permite duplicar su capacidad de atención y ampliar su portafolio de servicios. Este crecimiento consolida su autonomía administrativa, económica y financiera.

El 7 de octubre de 2010, siguiendo con el Plan de Desarrollo Departamental "Antioquia para todos, manos a la obra", se hace la inauguración y la reapertura de la Sede Niquía con los servicios de hospitalización y urgencias pediátricas 24 horas, con el objetivo de fortalecer la red pública de atención en salud.

Es así, como la E.S.E. HOSPITAL MARCO FIDEL SUÁREZ de Bello cuenta actualmente con dos sedes, una ubicada en la autopista prestando servicios de salud de mediana y algunos de alta complejidad y la otra ubicada en el sector de Niquía con servicios exclusivos de Pediatría, comprometidos siempre con el bienestar de todos los Antioqueños.

5.4 Muestra

El instrumento se aplicará a una muestra de 163 colaboradores asistenciales y administrativos del área de urgencias de la E.S.E. HOSPITAL MARCO FIDEL SUÁREZ de Bello, muestra obtenida a través de la metodología que comprende la estratificación de ambos niveles organizacionales, para un total de 109 colaboradores del área asistencial y 55 del área administrativa.

5.5 Instrumento

“Encuesta Clima de Seguridad del paciente” (tomado del centro de gestión hospitalaria; adaptado a las necesidades de la institución), que evalúa la percepción del cumplimiento de la cultura de seguridad del paciente para el área de urgencias del hospital.

Su estructura se basa en ocho secciones, que abarcan las siguientes temáticas:

- ✓ SECCIÓN A: Área de Trabajo: Que consta de 9 preguntas.
- ✓ SECCIÓN B: Jefe Inmediato: Que consta de 4 preguntas.
- ✓ SECCIÓN C: Comunicación: Que consta de 10 preguntas.
- ✓ SECCIÓN D: Grado de seguridad de paciente: Que consta de preguntas.
- ✓ SECCIÓN E: Su Institución: Que consta de 1 preguntas.
- ✓ Sección F: Antecedentes: Que consta de 23 preguntas.
- ✓ Sección G: Comentarios: Que consta de espacio para comentarios pertinentes.
- ✓ Sección H: Atención segura: Que consta de 1 preguntas.

5.6 Plan de recolección de la información:

La socialización se realizó a través de una reunión con el personal, con la ayuda del jefe de cada área para hacer la difusión del contenido y propósito del ejercicio, y se motivó al personal del área de urgencias a participar en el estudio y diligenciar el instrumento. Las encuestas fueron entregadas a todo el personal de urgencias que cumplían con los criterios de inclusión. Las encuestas fueron recogidas tan pronto como fueron diligenciadas, en un periodo estipulado de 20 minutos y fueron puestas en custodia de la enfermera que trabaja en la institución, miembro del equipo investigador.

Posterior a la recolección de las encuestas aplicadas con base en la muestra estratificada, se procedió a analizar las variables que fueron operacionalizadas de manera intencional y se arrojaron los resultados en Excel para realizar la tabulación de la información por cada sección tratada en el formato encuesta, se realizaron gráficos de apoyo y se procedió a registrar los hallazgos encontrados y a formular las conclusiones pertinentes y las sugerencias consideradas con base en los resultados encontrados, con un enfoque reflexivo-practico que le permita a la organización una radiografía clara, integral y útil para incluir posibles planes de acción dentro de su planeación estratégica organizacional.

(VER ANEXO 1.1) Mayor información en "Operacionalización de variables"

6. COMPONENTE ETICO :

Desde nuestro deber ético profesional debemos propender herramientas útiles para el fortalecimiento y desarrollo del sector salud, poniendo a uso del sistema, no solo nuestros conocimientos, si no nuestra propuesta de mejoramiento y soluciones prácticas, que lleguen no solo a las entidades que brinden los servicios si no a la sociedad en general, para que juntos construyamos país.

En este orden de ideas, el impacto esperado, inicia con el re-direccionamiento del quehacer ético que rige la actuación de quienes son los actores en el marco de la política de Seguridad del paciente en la institución, que compone los vinculados por contratación de prestación de servicios y los vinculados mediante un contrato laboral directamente con la ESE HOSPITAL MARCO FIDEL SUAREZ, para prestar su servicios a la salud de la población designada, desde los principios básicos de la política, que priman “La Integridad, La Integralidad, La honestidad y La Transparencia” en la acción profesional, con sentido de responsabilidad social e impacto duradero en la calidad de vida de los clientes internos y externos.

7 RESULTADOS:

7.1: Área asistencial:

De la Sección A “su área de trabajo”(Grafica 1), se observa un relevante 58,9% de los colaboradores encuestados que refieren percibieren su área de trabajo características como la colaboración y el trabajo en equipo, y una preocupación por evitar las acciones que afecten a sus pacientes, así como la contar con la suficiencia del personal para brindar la atención requerida por los pacientes, frente a un 21,6% que consideran que no pre-existen dichas condiciones, finalmente un 19,4% no refirió ninguna inclinación particular, siendo porcentajes considerablemente más bajos los que percibieron de manera no favorable las variables que componen esta sección, que se considera, hace las veces de evaluador del nivel talento humano en la organización, frente a no solo la suficiencia, si no al compromiso con brindar una atención bajo los estándares de calidad esperados.

Esto continua guardando coherencia con un 57,1% que registró en la Sección B “Su jefe inmediato” (Grafica 2), considerar presentes y adecuados los procesos de retroalimentación, seguimiento y planeación por parte de sus jefes, en

contraposición del 23,7% que manifestó no contar con las mismas condiciones, de nuevo evidenciando una percepción positiva más alta.

Respecto a la sección C: "Comunicación" (Grafica 3), el 59,6% considera que los procesos son facilitadores de la implementación y mantenimiento de la cultura de seguridad del paciente, refiriendo la información como accesible, abierta y de confiabilidad para todos los niveles de la institución, respecto a un muy bajo porcentaje del 17,5% que los manifiesta como limitados; esto permite evidenciar que efectivamente los canales comunicativos son percibidos como favorables, dado que, favorecen el intercambio de datos relevantes respecto a la cultura y su cumplimiento en la organización, toda vez que, la información se maneja de manera horizontal con todos los sectores de la entidad, que se comparten y socializan los hallazgos relacionados a los errores cometidos, así como los costos derivados y la suficiencia en los stands de insumos, medicamentos y dispositivos requeridos para la atención integral y segura de los pacientes, permitiendo con ello, como lo expresan diversos planteamientos teóricos, mayor empoderamiento y seguridad en el ejercicio laboral por parte del personal y mayor confianza en la garantía del cumplimiento de la atención segura y adecuada.

En este orden de ideas, respecto al campo de "Reportes", se observa que guarda también coherencia con la percepción positiva del personal, ya que el 68,8% de la población encuestada refiere tener una percepción de eficiencia y responsabilidad con los reportes de los errores de las prácticas asistenciales, respecto a un 9,7% que considera hay menos compromiso con dicho reporte de manera oportuna y rigurosa, variable que puede analizarse como resultado de dichos canales comunicativos claros y eficientes, como del compromiso del área de urgencias con el modelo cultural.

Del mismo modo, la percepción del grado de general de la seguridad del paciente en las prácticas asistenciales "Sección D" (Grafica 4), reporta que el 28,3%

manifestó una percepción positiva, en contraposición del 11% que la reporto negativa y un 60,5% que la tiene en una consideración de cumplimiento aceptable.

Así pues, el 45.2%, refirió un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente, así como procesos de coordinación, planeación y cooperación entre las áreas que intervienen en la atención de los pacientes, así como un papel protagónico de la gerencia dentro de dichos procesos, frente a solo el 2.4% que expreso estar muy en desacuerdo con este contexto laboral.

Uno de los posibles análisis a la luz de los diversos postulados teóricos que permite arrojar la Sección H "Antecedentes", es que dado que cerca del 50% de la población encuestada (44.9%) lleva en 1 y 5 años prestando sus servicios en la institución investigada, esto ha permitido que se logre mayor continuidad en los procesos de entrenamiento y capacitación en las temáticas relacionadas con el establecimiento y permanente cumplimiento de la cultura de seguridad del paciente, así como también puede considerarse un factor relevante para que los procesos comunicativos sean eficientes por el largo tiempo compartido entre compañeros de área, que a su vez, apoya la creación de una misma metodología de trabajo y establecimiento de leyes y hábitos laborales compartidos, que conjugan usualmente, según los hallazgos, en garantizar a los pacientes una atención segura.

Dentro de esta afirmación, es necesario denotar que la distribución de la población encuestada puede tener relevancia a la hora del establecimiento de la cultura en la entidad, dado que el 24.7% representa el rol de medicina general, el 14.6% el rol de enfermería superior, el 11.9%, el rol de medicina especializada, el 9.1% el rol de camillero y el 6.4% los asociados al Centro regulador, evidenciando con ello que la población más amplia es la de médicos, quienes por obligación institucional, deben estar más inmersos en programas de capacitación y actualización técnica

en protocolos y guías de manejo y en conocimientos relacionados a la garantía de la seguridad del paciente.

Del mismo modo, puede interpretarse que la modalidad de contratación puede estar infiriendo en ello, ya que el 66% de la población se encuentra vinculada por cooperativa, el 20.1% por contrato de prestación de servicios y el 13.7% afirma estar en carrera administrativa, lo que a la luz de varios planteamientos teóricos, puede representar que el personal ante la incertidumbre de continuar con el ejercicio de su rol, le otorga un alto valor a sus actuaciones con relación a los pacientes, ya que si al evaluar su desempeño se hallan múltiples errores y eventos adversos cometidos, existe mayor probabilidad de continuar prestando sus servicios para la institución, lo que puede considerarse como una práctica laboral de mayor cuidado como un acto de autocuidado y preservación también, y, dado que el 87.5% respondió que tienen contacto directo con los pacientes, contra el 12.2% que refirió contacto derivado, puede apoyar este planteamiento.

Finalmente, el 63.3% de la población encuestada refirió que considera que los pacientes son atendidos en la institución de forma segura, frente a un 11.9% que considera lo contrario, y solo el 4.5% de la población sustentó a manera de comentarios su percepción, frente a un 95.4% que omitió este campo.

De manera más específica, se optó por hacer un análisis cuantitativo de la distribución de respuestas positivas versus las negativas, con el fin de dar una interpretación aún más detallada de la percepción del personal encuestado frente a la cultura de seguridad del paciente, análisis que arrojó:

- Sección A: Un 37% de respuestas positivas.
- Sección B: Un 10,2% de respuestas positivas.
- Sección C: Un 18,5% de respuestas positivas.
- Sección D: Un 10% de respuestas positivas.

- Sección E: Un 3% de respuestas positivas.
- Sección F: Un 23,8% de respuestas positivas.
- Para un ponderado total de 65,7% que el área asistencial del servicio de urgencias de la institución expresa respecto a su percepción de la cultura de seguridad del paciente, indicando una tendencia positiva general respecto al funcionamiento de los elementos que componen su estructura.

7.2 AREA ADMINISTRATIVA:

Es relevante que para el personal encuestado de la población administrativa (55 colaboradores), en la sección A (Área de trabajo) el 67,6% se encuentran de acuerdo y muy de acuerdo con que en su unidad es importante el trabajo en equipo, es habitual el trato respetuoso y colaborativo y en general las acciones para mejorar la seguridad del paciente, lo que hace que el personal se sienta con la libertad de solicitar ayuda cuando así lo necesite, compartiendo la percepción de sus compañeros del área asistencial, por otro lado el 15,3% refieren estar en desacuerdo y el 16,9% no hace ningún tipo de referencia frente a estas afirmaciones.

Frente a la Sección B "Su jefe inmediato", 47,6% de la población mostró gran inclinación al afirmar que sus jefes inmediatos con regularidad hacen comentarios favorables a cerca de sus trabajos, aceptan sugerencias cuando se realiza alguna acción particular en pro de la seguridad del paciente y no suelen tomar en cuenta los errores o sucesos problemáticos en relación que son repetitivos, si no que realizan el acompañamiento pertinente y la retroalimentación oportuna.

Entre tanto, el 9,6% de los colaboradores manifestaron estar en desacuerdo y el 42,5% restante, no presentaron ninguna inclinación particular, siendo este un porcentaje representativo de la muestra, frente a algunos postulados teóricos,

puede verse como una situación normal el abstenerse de evaluar o dar juicios de valor al ejercicio laboral de los líderes por temor a las acciones punitivas posteriores o a la confrontación.

En contraposición, para la sección C "Comunicación", el porcentaje de percepciones favorables aumento, siendo el 63% de la población quienes se encuentran de acuerdo con que la comunicación entre gerencia, junta directiva, colaboradores es efectiva en relación a todos los aspectos asociados a las posibles afectaciones para los pacientes y solo un 5,2% se manifestó en desacuerdo con dichas postulaciones positivas, sin embargo reaparece una muestra representativa que no quiso referir ningún argumento, representando el 31,6% restante.

Continuando, para el interrogante a cerca del Grado de Seguridad del Paciente en la Sección D, 32,7% lo percibe como excelente, el 58,1% expresa considerarlo en muy buen nivel y solo un 9% le valoró como aceptable, guardando coherencia con todas las manifestaciones positivas que hasta ahora se han presentado para ambos niveles organizacionales encuestados.

Del mismo modo, el 76,4% para la Sección E "Su institución" expresan estar de acuerdo con que ésta mantiene una preocupación proactiva por generar ambientes laborales que propicien la seguridad del paciente, así como sostienen canales de comunicación abiertos y fluidos y es evidente la participación gerencial y de líderes de área dentro de la garantía de dichos niveles de seguridad, frente un porcentaje del 4,3% que manifiesta estar en desacuerdo con dichas afirmaciones, lo que de nuevo permite a la luz de la teoría concluir que la organización hace grandes esfuerzos por promover las acciones preventivas pertinentes en relación a la seguridad de los pacientes, realiza el seguimiento y acompañamiento oportunos y genera y socializa las estrategias adecuadas para los problemas relacionados, mostrando un evidente compromiso con la mejora continua y entregar una atención integral y segura.

Así pues, hay un dato relevante que se había expresado también en el análisis de la información obtenida de la población asistencial encuestada, es que la condición de antigüedad de los colaboradores, puede considerarse una variable favorable para mantener la cultura de seguridad del paciente en la institución, ya que facilita continuar la ilación en los contenidos técnicos entregados, los programas de capacitación y entrenamientos y el establecimiento de prácticas laborales aprobadas por todos los miembros del equipo, que ya han logrado mejor habituación y adaptación no solo de las normatividades, si no a los mismos compañeros, esto sustentado en que el 34,5% de esta muestra lleva sirviendo para la institución entre 6 y 10 años y el 21,8% más de 11 años, respecto al 12,7% que lleva entre 1 y 5 años de trabajo.

En este orden de ideas, la intensidad horaria invertida en la actividad laboral influye de manera determinante también en el establecimiento y mantenimiento de la cultura de seguridad del paciente, como lo sostienen diferentes postulados teóricos, y como en la referencia de la población la mayoría están entre 20 y 39 horas a la semana, siendo el 94,5% que lo afirmó, esto evita el desgaste y sobreacumulación de trabajo, y con ello, permite mayor focalización de las funciones cognitivas y la disposición actitudinal para realizar funciones asociadas a la promoción y vivencia de la cultura en todas las practicas que requiere, esto en relación a los resultados de la Sección H.

Otro dato relevante que comparte el análisis de la población del área asistencial encuestada, es la modalidad de contratación y su influencia en mantener la cultura, dado que el 67,2% de la muestra tiene contrato por prestación de servicios, el 18,1% es por cooperativa y el 14,5% está por carrera administrativa, dando espacio para la propuesta teórica que refiere que percibir la estabilidad laboral asociada a los resultados de su desempeño, generan mayor cuidado en su práctica laboral, teniendo con ello mayor detalle en cada actuación relacionada a la garantía de la seguridad del paciente en la atención brindada.

Respecto a la distribución de los roles de los 55 colaboradores encuestados el 9% corresponden a los auxiliares administrativos, el 14,5% a los jefes de oficina, el 12,7% a los líderes de programa, el 3,6% a los profesionales especializados, el 9% a los profesionales universitarios, el 1,8% a las secretarías, el 1,8% a los técnicos operativos y el grueso de la población se concentró en el área de servicios generales, siendo el 47,2%. En coherencia con ello, de la muestra global el 92,7% expreso tener contacto con los pacientes frente a un 3,6% que manifestó no tenerlo y un último 3,6% que no responde.

Finalmente se repite la tendencia del ausentismo para hacer comentarios libres al respecto en la encuesta para Sección I, donde solo el 16,3% expresa algún pensamiento relacionado frente al 83,6% que no referencia ninguno particular.

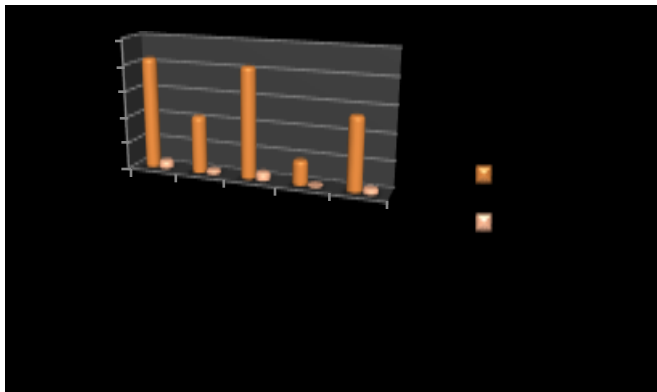
Y a manera concluyente el 94,5% considera que los pacientes son atendidos de forma segura en la institución en contraposición al 5,4% que no comparte dicha afirmación, lo que refleja la misma realidad expresada por el área asistencial, de la mayoría más relevante en consideraciones favorables hacia la cultura de seguridad del paciente en la E.S.E, guardando coherencia con todas expresiones positivas referidas a lo largo de la encuesta, esto siendo relacional con la distribución de respuestas positivas y negativas que arrojó:

- Sección A: Un 20,4% de respuestas positivas.
- Sección B: Un 6,1% de respuestas positivas.
- Sección C: Un 18,5% de respuestas positivas.
- Sección D: Un 3,1% de respuestas positivas.
- Sección E: Un 53,1% de respuestas positivas.
- Sección F: Un 100% de respuestas positivas.
- Para un ponderado total de 20,2% que el área administrativa del servicio de urgencias de la institución expresa respecto a su percepción de la

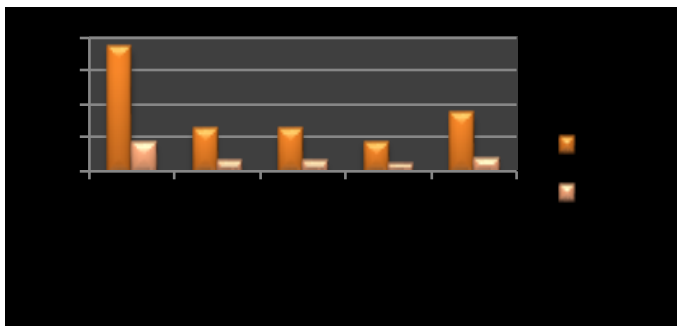
cultura de seguridad del paciente, indicando una tendencia baja positiva general respecto al funcionamiento de los elementos que componen su estructura, señalando más aspectos a mejorar que el área asistencial.

LISTADO DE GRAFICAS AREA ASISTENCIAL

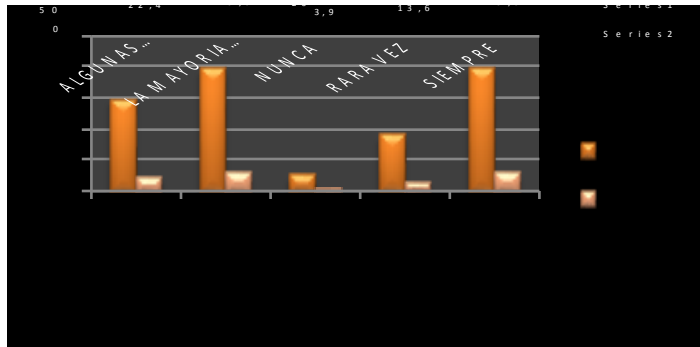
GRAFICA 1: SECCION A: AREA DE TRABAJO



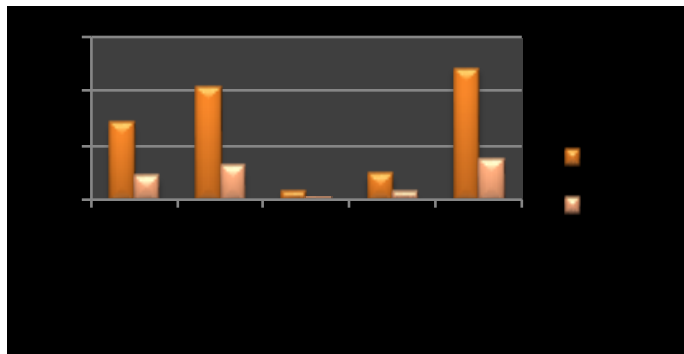
GRAFICA 2: SECCION B: SU JEFE INMEDIATO



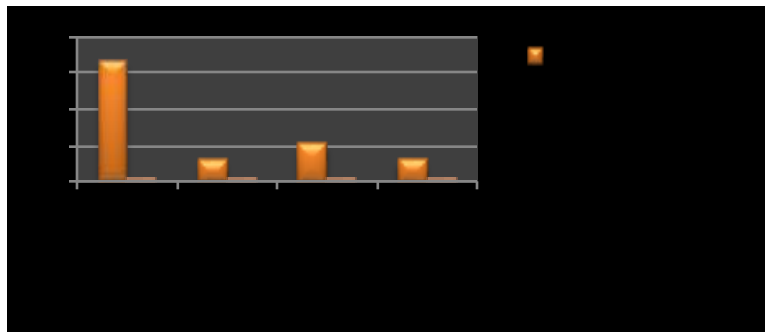
GRAFICA 3: SECCION C: COMUNICACIÓN



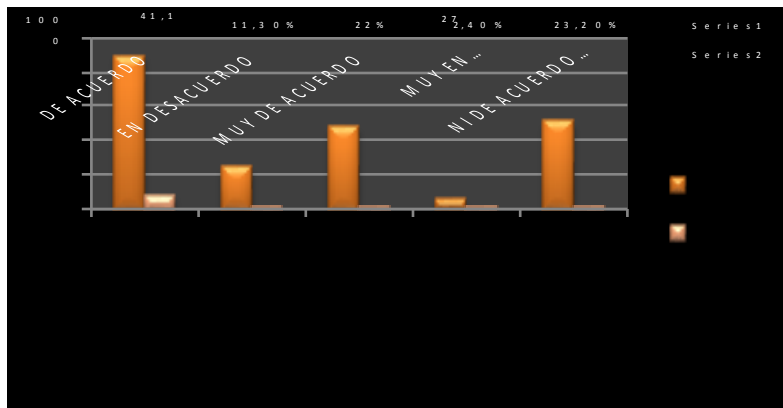
GRAFICA 4: SECCION C: REPORTES



GRAFICA 5: SECCION D: GRADO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

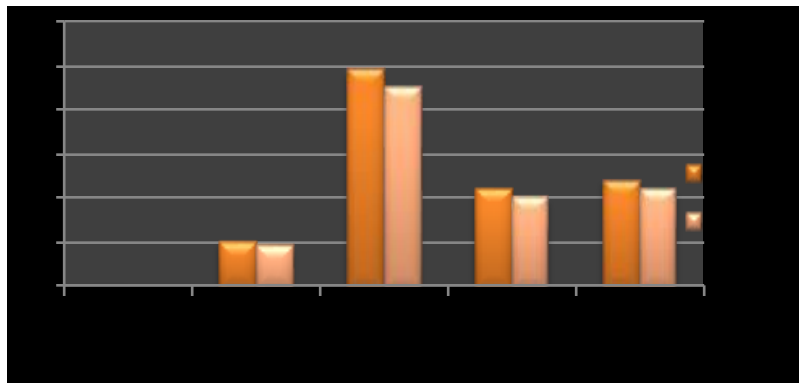


GRAFICA 6: SECCION E: SU INSTITUCION

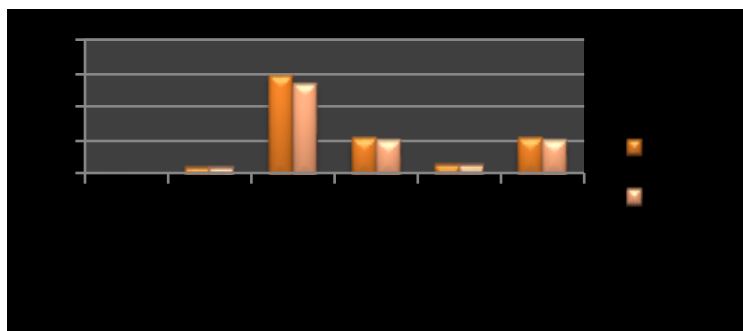


GRAFICA 7: SECCION H: ANTECEDENTES

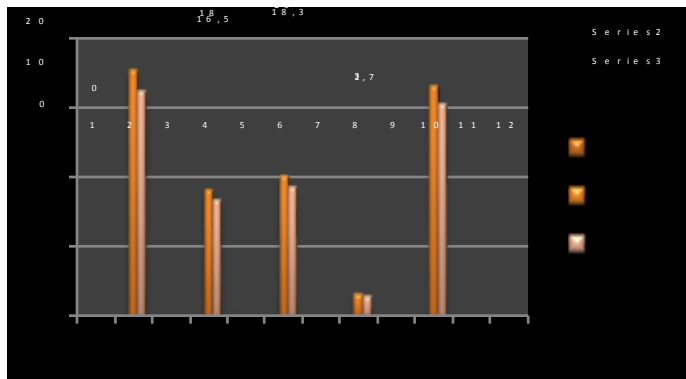
7.1 Tiempo de laborar en la institución



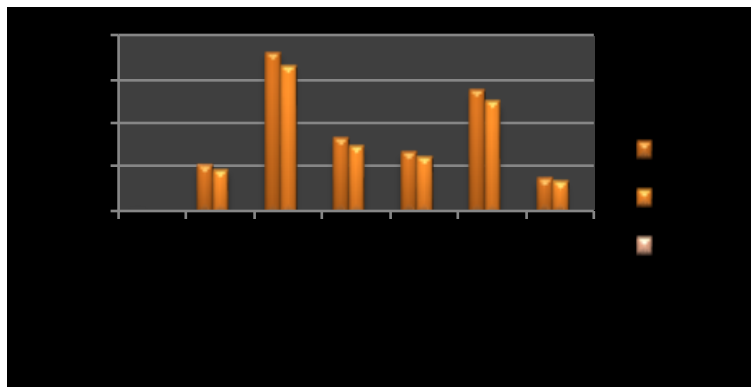
7.2 Tiempo en actual área



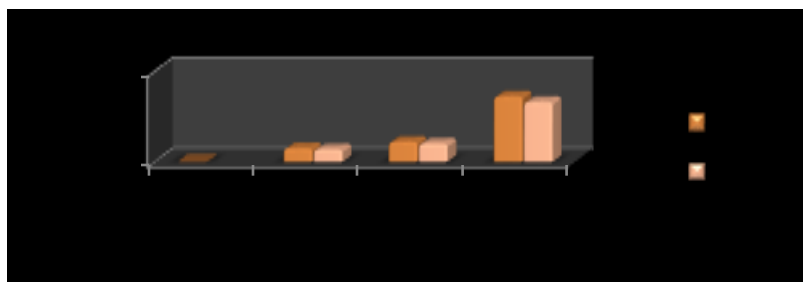
7.3 Continuidad de la atención de los pacientes cuando se transfieren de un servicio a otro



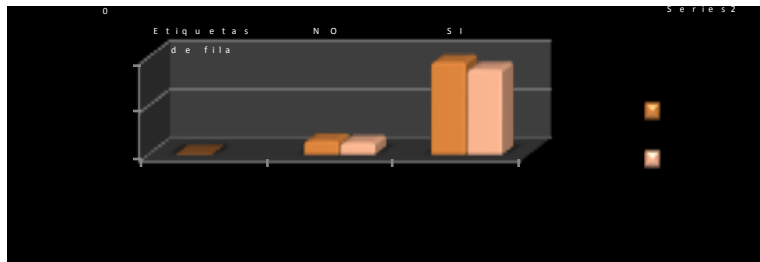
7.4 Actual cargo en la institución



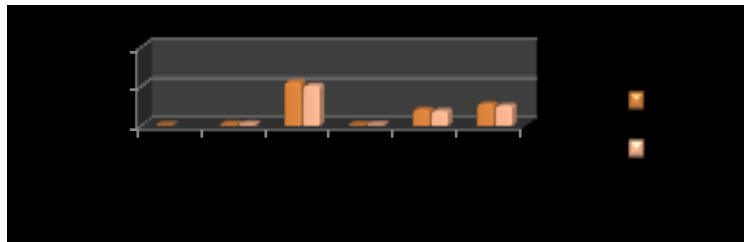
7.5 Tipo de contrato



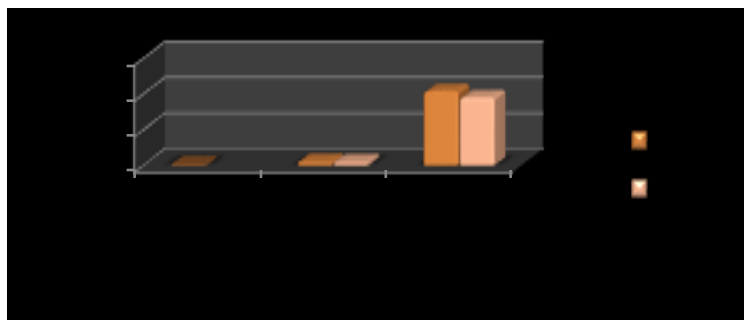
7.6 Tiene interacción directa o contacto con pacientes



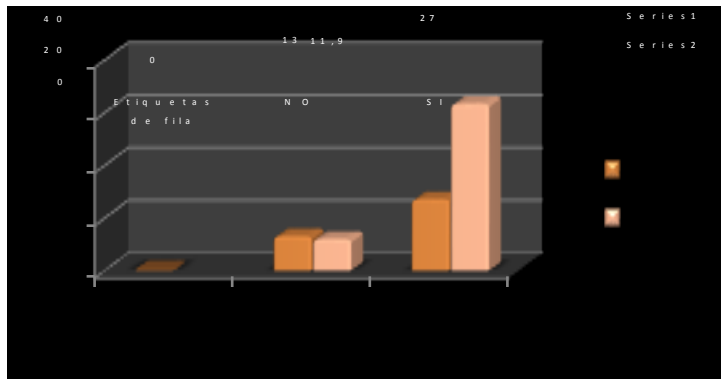
7.7 Tiempo en actual cargo



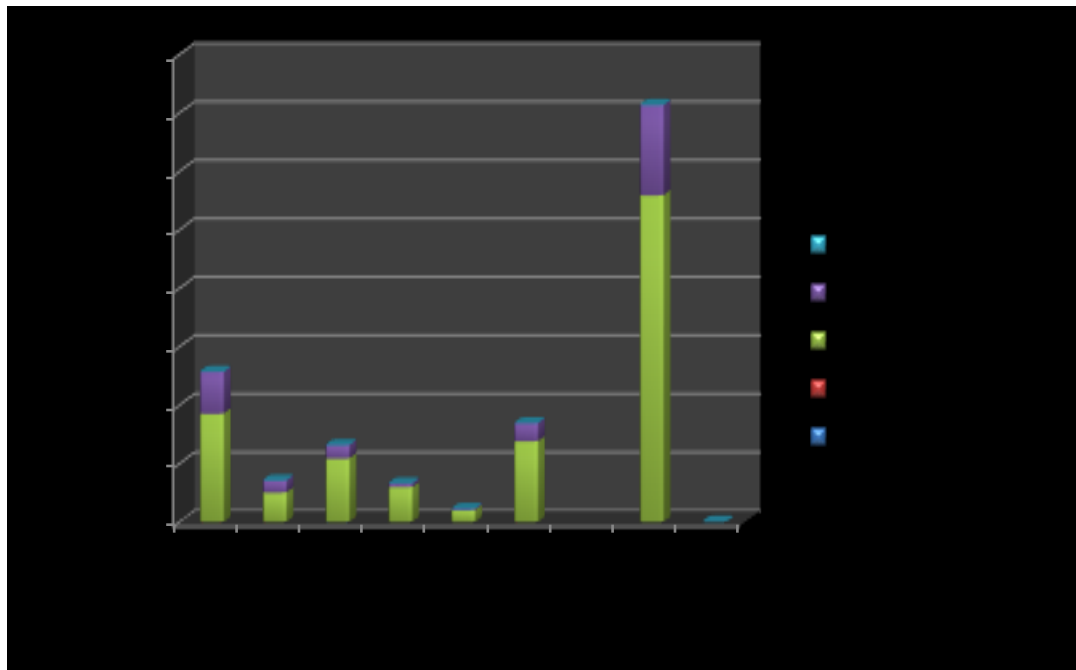
GRAFICA 8: SECCION I: COMENTARIOS



GRAFICA 9: SECCION J: ATENCIÓN SEGURA

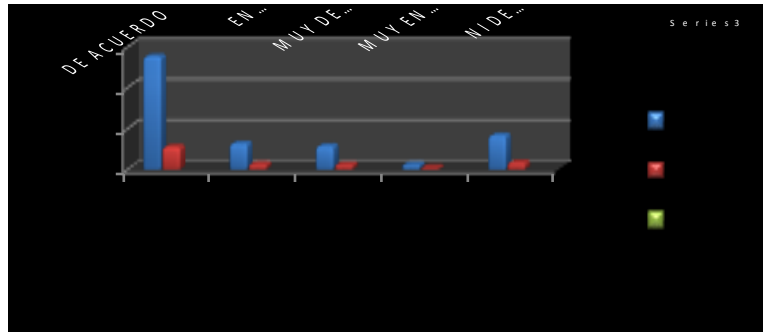


GRAFICA 10: PONDERADO RESPUESTAS POSITIVAS Y NEGATIVAS

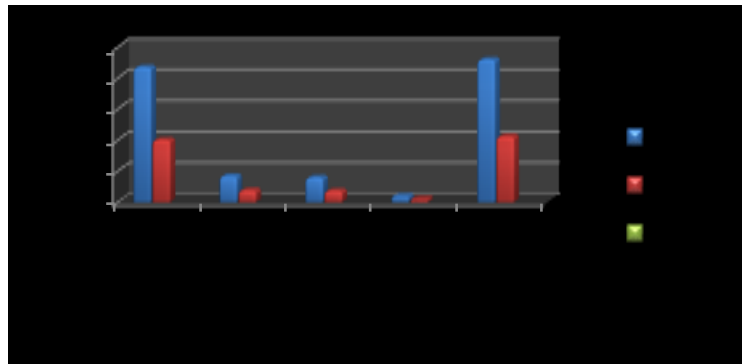


AREA ADMINISTRATIVA

GRAFICA 11: SECCION A: ÁREA DE TRABAJO

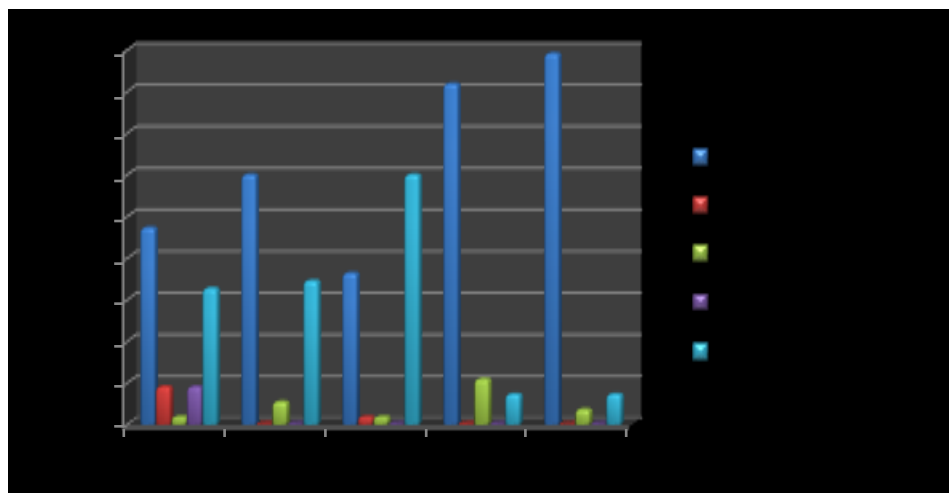


GRAFICA 12: SECCION B: SU JEFE INMEDIATO

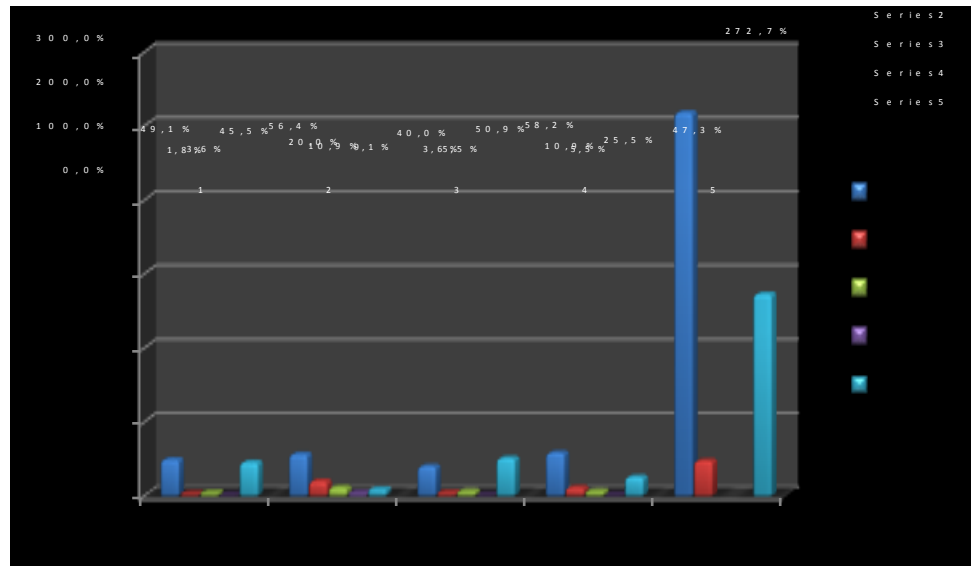


GRAFICA 13: SECCION C: COMUNICACIÓN

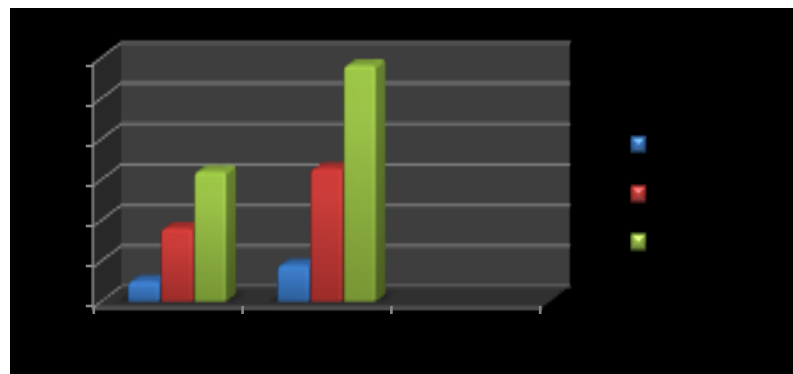
GRAFICA 13: Preguntas 1 a 5



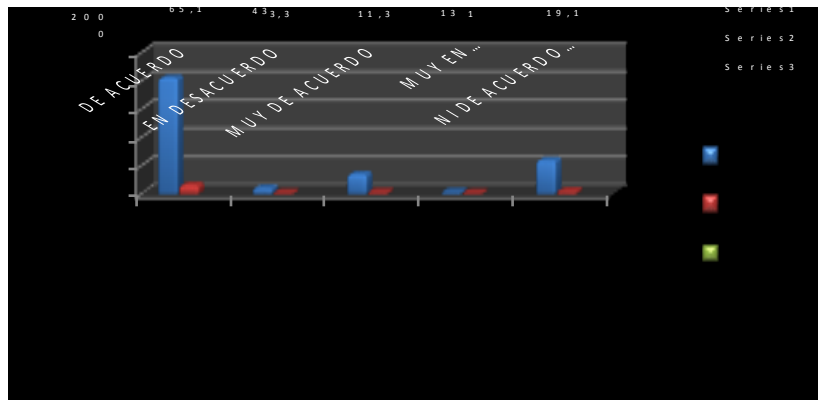
GRAFICA 13.1: Preguntas 6 a 10



GRAFICA 14: SECCION D: GRADO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

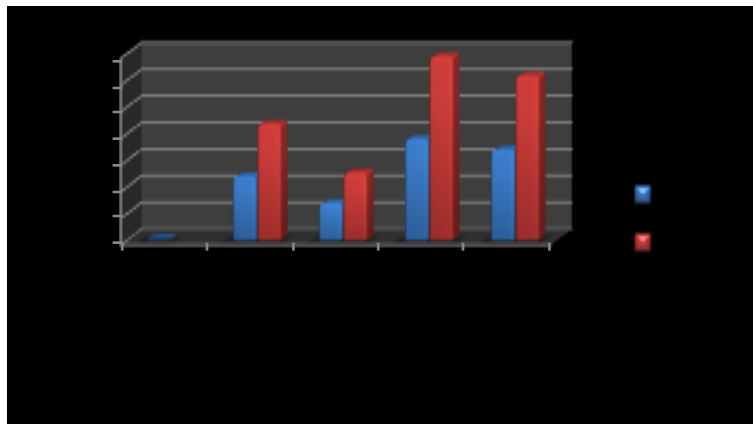


GRAFICA 15: SECCION E: SU INSTITUCION

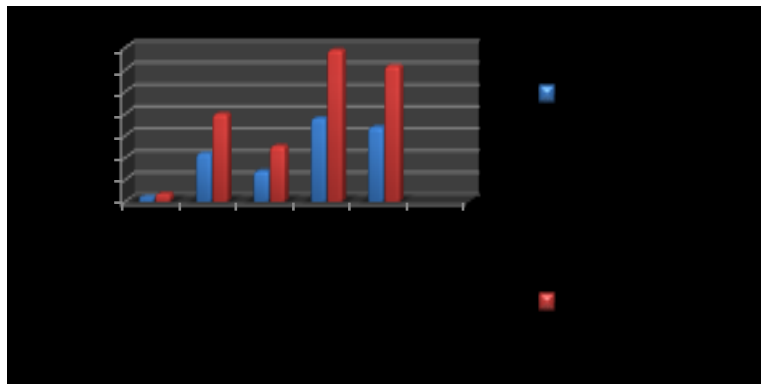


GRAFICA 16: SECCION F: ANTECEDENTES

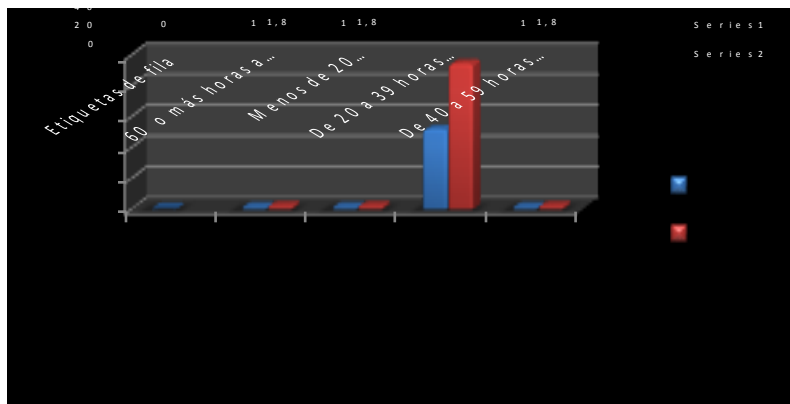
16.1 Tiempo que lleva laborando en la institución



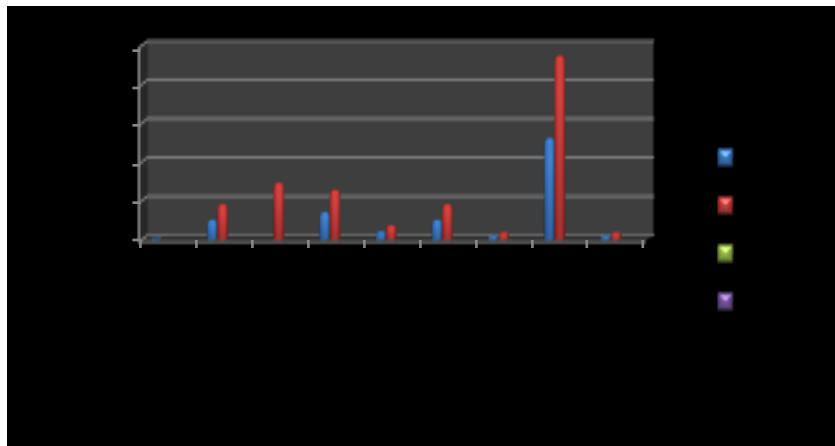
16.2 Tiempo que lleva laborando en área de servicio actual



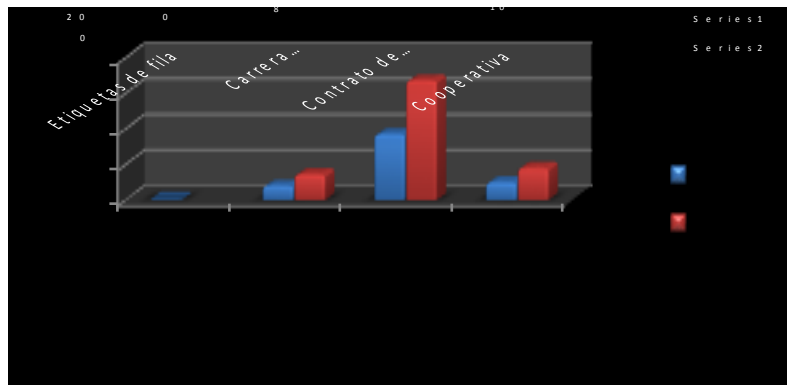
16.3 Horas que trabaja a la semana



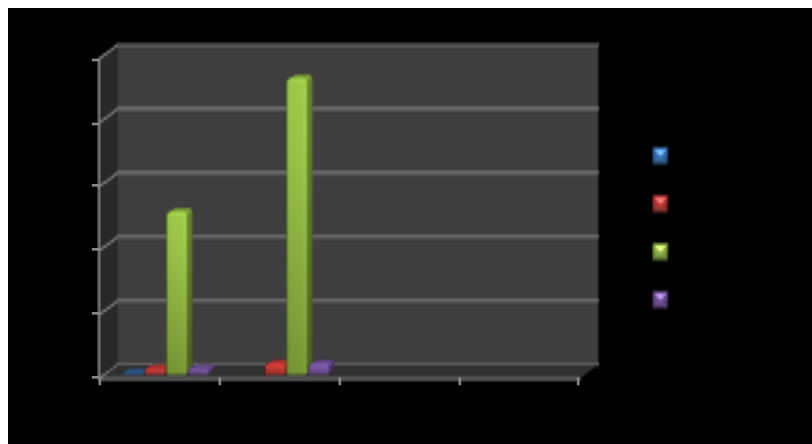
16.4 Cargo en la institución



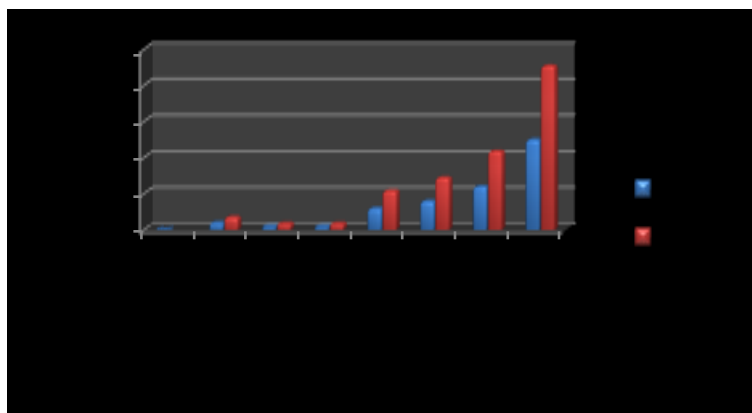
16.5 Tipo de contrato



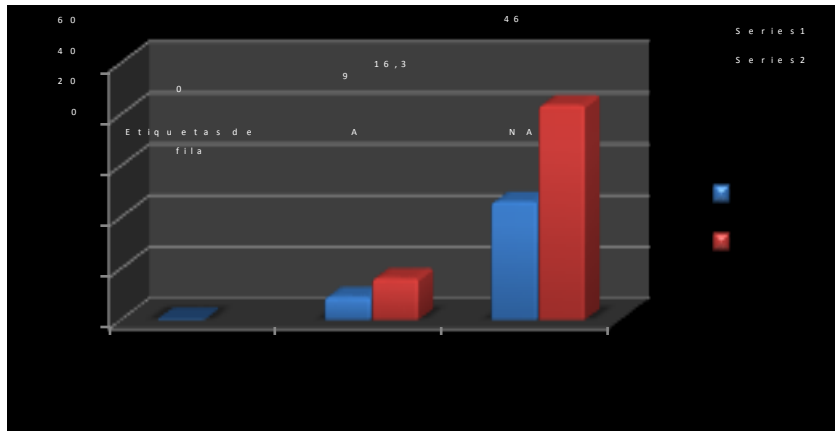
16.6 En el cargo, tiene interacción directa o contacto con los pacientes



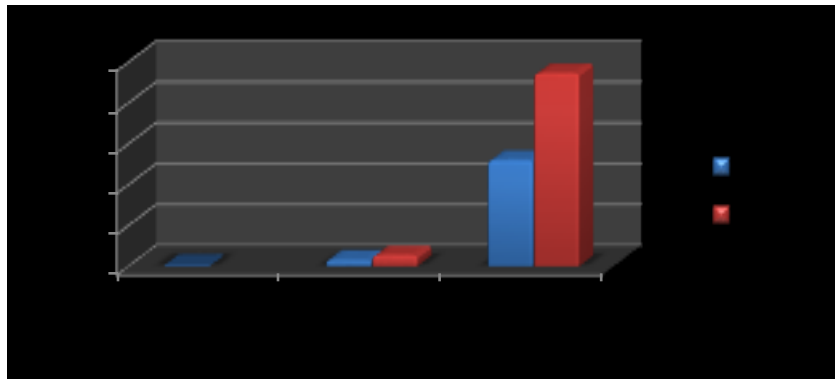
16.7 Tiempo en el actual cargo



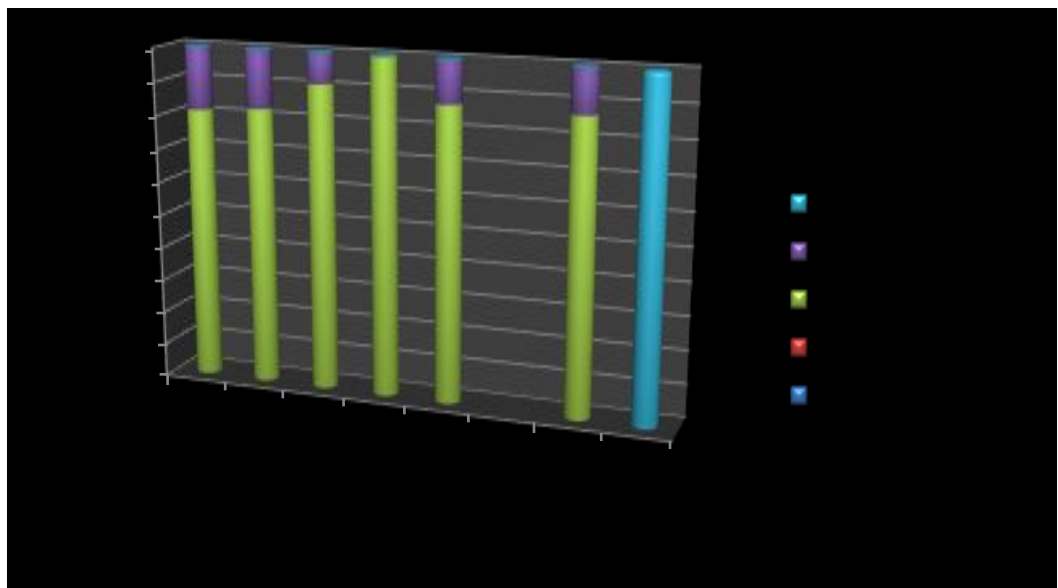
GRAFICA 17: SECCION G: COMENTARIOS



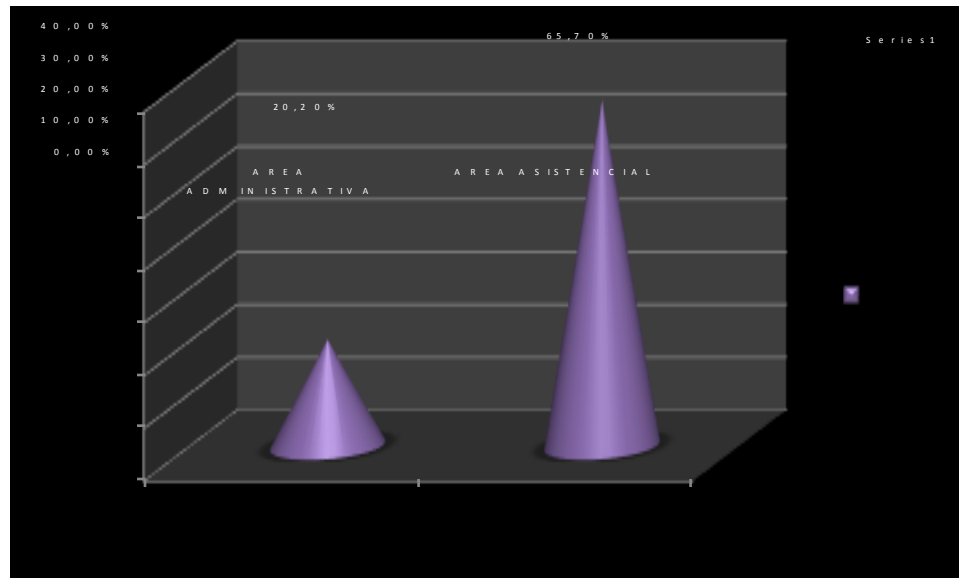
GRAFICA 18: SECCION H: ATENCION SEGURA



GRAFICA 19: PONDERADO PREGUNTAS POSITIVAS Y NEGATIVAS



GRAFICA 20: PONDERADO FINAL CLIMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE



8 CONCLUSIONES:

- Es evidente el grado de satisfacción con el trabajo dentro de las áreas y unidades para la población encuestada, ya que para el área asistencial el 58,9% de los colaboradores refieren percibir en su unidad características como la colaboración y el trabajo en equipo, y una preocupación por evitar las acciones que afecten a sus pacientes, así como contar con la suficiencia de personal para brindar la atención requerida por los pacientes, igual que un alto 67,6% del área administrativa que apoyan la percepción favorable, evidenciando con ello el compromiso organizacional con brindar una atención bajo los estándares de calidad esperados.
- Respecto a la percepción que tienen de los jefes inmediatos y su influencia en la garantía de la seguridad del paciente, un 57,1% de la población asistencial y un 47,6% del área administrativa, afirman considerar presentes

y adecuados los procesos de retroalimentación, seguimiento y planeación por parte de sus jefes en temas relacionados con la seguridad de sus pacientes, fortaleciendo este modelo cultural en la organización.

- En relación al proceso de comunicación organizacional, el 59,6% de colaboradores asistenciales y el 63% de colaboradores administrativos refieren percibirlos como positivos, dado que, favorecen el intercambio de datos relevantes respecto a la cultura y su cumplimiento en la organización, toda vez que, la información se maneja de manera horizontal con todos los sectores de la entidad, que se comparten y socializan los hallazgos relacionados a los errores cometidos, así como los costos derivados y la suficiencia en los stands de insumos, medicamentos y dispositivos requeridos para la atención integral y segura de los pacientes, permitiendo con ello, como lo expresan diversos planteamientos teóricos, mayor empoderamiento y seguridad en el ejercicio laboral por parte del personal y mayor confianza en la garantía del cumplimiento de la atención segura y adecuada.
- El campo de "Reportes" guarda también coherencia con la percepción positiva del personal, reflejando un 68,8% de la población encuestada que refiere tener un concepto de eficiencia y responsabilidad con los reportes de los errores de las prácticas asistenciales evidenciando compromiso con la oportunidad y rigurosidad en su diligenciamiento, variable que puede analizarse como resultado de dichos canales comunicativos claros y eficientes, como del compromiso del área de urgencias con el modelo cultural.
- Para el campo de percepción general del grado de la seguridad del paciente, el 90,8% de la población administrativa le considera entre excelente y muy bueno igual que el 39,3% de la población asistencial, lo que permite concluir que los colaboradores tienen un concepto de garantía de seguridad alto en las atenciones y servicios que brindan a sus pacientes.

- En relación a la percepción general de la institución, el 45.2% de la población asistencial y el 76,4% de la administrativa, refirieron que consideran que el ambiente laboral promueve la seguridad del paciente, a través de los procesos de coordinación, planeación y cooperación entre las áreas que intervienen en la atención de los pacientes, y destacan el papel protagónico de la gerencia dentro de dichos procesos, sumado a una consideración macro frente a la organización, donde expresan que mantiene una preocupación proactiva por potenciar la cultura de seguridad del paciente, así como por sostener canales de comunicación abiertos y fluidos y promover la participación de todos los niveles institucionales en la garantía de dicha promesa de valor de seguridad.
- Otra conclusión relevante, y con base en los diversos postulados teóricos, es la que permite arrojar la Sección H "Antecedentes", que mostró que cerca del 50% de la población encuestada, siendo el 44.9% para los empleados asistenciales y el 56,3% de los empleados administrativos, que llevan prestando sus servicios en la institución en un tiempo superior a un año, y esto puede dar a entender, que ha sido lo que ha permitido que se logre mayor continuidad en los procesos de entrenamiento y capacitación en las temáticas relacionadas con el establecimiento y permanente cumplimiento de la cultura de seguridad del paciente, así como también puede considerarse un factor relevante para que los procesos comunicativos sean eficientes por el considerable tiempo compartido entre compañeros de área, lo que a su vez, apoya la creación de una misma metodología de trabajo y establecimiento de leyes y hábitos laborales compartidos, que conjugan usualmente y según los hallazgos, en garantizar a los pacientes una atención segura.
- Frente a la modalidad de contratación el 79,7% de la población asistencial y el 85,3% de la administrativa, se encuentran vinculados por prestación de servicios y por cooperativa, lo que a la luz de varios planteamientos teóricos, puede representar que el percibir la estabilidad laboral asociada a los

resultados de su desempeño, generan mayor cuidado en su práctica laboral, teniendo con ello mayor detalle en cada actuación relacionada a la garantía de la seguridad del paciente en la atención brindada.

- Para el campo que hace referencia a la intensidad horaria invertida en la actividad laboral, el 94,5% de la población afirmó que trabajan entre 20 y 39 horas a la semana, consideración que para los planteamientos teóricos, influye de manera determinante en el establecimiento y mantenimiento de la cultura de seguridad del paciente, ya que laborar un tiempo “justo”, evita el desgaste y sobreacumulación de trabajo, y con ello, permite mayor focalización de las funciones cognitivas y la disposición actitudinal para realizar funciones asociadas a la promoción y vivencia de la cultura en todas las practicas que requiere.
- Con referencia a la distribución de la población encuestada en el área asistencial, se evidenció que puede tener relevancia a la hora del establecimiento de la cultura en la entidad, dado que el 24.7% representa el rol de medicina general, el 14.6% el rol de enfermería superior, el 11.9% , el rol de medicina especializada, el 9.1% el rol de camillero y el 6.4% los asociados al Centro regulador, evidenciando con ello que la población más amplia es la de médicos, quienes por obligación institucional, deben estar más inmersos en programas de capacitación y actualización técnica en protocolos y guías de manejo y en conocimientos relacionados a la garantía de la seguridad del paciente.
- Respecto a la distribución de los roles de los 55 colaboradores encuestados del área administrativa, el 9% corresponden a los auxiliares administrativos, el 14,5% a los jefes de oficina, el 12,7% a los líderes de programa, el 3,6% a los profesionales especializados, el 9% a los profesionales universitarios, el 1,8% a las secretarias, el 1,8% a los técnicos operativos y el grueso de la población se concentró en el área de servicios generales, siendo el 47,2% . En coherencia con ello, de la muestra global el 92,7% expreso

tener contacto con los pacientes rente a un 3,6% que manifestó no tenerlo y un último 3,6% que no responde.

- Sin embargo vale la pena anotar, que hay expresiones de ocasional preocupación frente al proceso de reportede errores y eventos adversos, que consideran surgen, por temor a que sean registrados en sus hoja de vida o a perder sus puestos.
- Finalmente, el 63.3% de la población del área asistencial refirió que considera que los pacientes son atendidos en la institución de forma segura, y del área administrativa el94,5% , esto guardando coherencia con la distribución de respuesta positivas frente a las negativas entregadas, lo que permite evidenciar que en general la percepción de la cultura organizacional a cerca de la seguridad del paciente en el área de urgencias del Hospital Marco Fidel Suarez es positiva y favorable.
- En una perspectiva global el área asistencial del servicio de urgencias de la institución presenta una tendencia positiva general respecto al funcionamiento de los elementos que componen su estructura, con un ponderado total de 65,7% de respuestas positivas, respecto al área administrativa, que presentó un 20,2% , señalando más aspectos a mejorar para fortalecer dicho modelo cultural en la organización.

9 RECOMENDACIONES

- Con base en los hallazgos del estudio, donde se observa que el59.8% del área asistencial y el63% del área administrativa que expresan que dentro del programa de formación y capacitación organizacional, se incluyen temas relacionados a la seguridad del paciente, por lo que se recomienda continuar con las estrategias de fortalecimiento del modelo cultural, ampliando el entrenamiento en las normativas y lineamientos de manejo de la política de seguridad del paciente, esto como pilar técnico que conforma la vivencia de la cultura dentro de la organización, se sugiere para ello,

buscar metodologías experienciales que permitan mayor aproximación a los posibles escenarios y situaciones que pueden presentarse dentro de los contextos de los pacientes, haciendo más fácil el aprendizaje por parte de todos los niveles organizacionales.

- Se sugiere en estos procesos de acompañamiento generar espacios para aumentar la confianza del personal en el proceso de reportes de errores y eventos adversos, garantizándoles un manejo ético y legal de su situación y un acompañamiento por parte de sus líderes de área para mejorar su actuar y evitar la ocurrencia de nuevos equívocos, y con ello incentivar la cultura del reporte y disminuir la percepción de temor a acciones punitivas cuando los realizan, esto por la evidencia en el campo que cuestionar por este proceso en específico, que a pesar de que un 68,8% de la población encuestada refiere que lo considera adecuado, oportuno y pertinente, hay expresiones en los campos de comentarios que reflejan dicho temor ante la debida notificación, siendo un 9,7% del total de la muestra.
- Debido a la percepción positiva general de la población encuestada, donde un 59,6% del área asistencial y un 63% del área administrativa refieren procesos comunicativos pertinentes, horizontales y abiertos, otra recomendación es realizar jornadas de socialización de los hallazgos encontrados en relación a la seguridad del paciente, conjuntas entre el personal administrativo y asistencial, con el fin de generar un espacio de análisis, crítica y proposición por parte de todos los niveles organizacionales en la creación de planes y estrategias de intervención y prevención de dichos eventos que atentan contra la atención segura para la población afiliada.
- Como sugerencia final, con base en los resultados evidenciados para la Sección B, relacionada con el relacionamiento entre colaboradores y jefes inmediatos, donde el 57,1% del área asistencial y el 47,6% del área administrativa lo consideran adecuado y constructivo para su desempeño y la prevención de acciones equivocadas en la atención del usuario, se

recomienda continuar con las líneas de acompañamiento y retroalimentación directa, oportuna y eficiente por parte de los líderes y compañeros de área para el personal que ha incurrido en errores en su práctica laboral, haciendo reuniones focales para compartir experiencias exitosas de manejo de dichas situaciones, todo enfocado al fortalecimiento de la cultura de seguridad del paciente.

- Cuando se realicen retroalimentación a las personas que han incurrido en errores en sus prácticas laborales, hacerlo de manera pública solo al interior de su área de trabajo y socializar de manera anónima el suceso particular en los demás espacios externos, con el fin de proteger el buen nombre del colaborador y no dejarlo en evidencia, evitando con ello que bajen los niveles de motivación por realizar los debidos reportes.

10 BIBLIOGRAFIA:

- I. Muiño Míguez A, Jiménez Muñoz B, Pinilla Llorente M, Durán García F, Cabrera Aguilar M. Medicina Interna 2A. Medicina Preventiva y Gestión de Calidad. Farmacia. Hospital Universitario Gregorio Marañón. Madrid. Seguridad del paciente. Madrid Vol. 24, N.º 12; pp. 602-606, 2007. Citado 20 Julio 2015. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S021271992007001200010&script=sci_arttext.
- II. Pérez-Castro J, Vázquez Jaramillo C, Olvera-Martínez L, Burgos-Martínez L, Pastrana-Gómez A, González-Olvera A, Delgado-Bernal M, Márquez-Villarreal H, Real-Tovar F. 2014. Percepción de la cultura de seguridad del paciente en médicos pasantes del servicio social. Rev CONAMED 2014;19(2):52-58. [file:///D:/Downloads/4-175-1-PB%20\(1\).pdf](file:///D:/Downloads/4-175-1-PB%20(1).pdf)
- III. Fajardo-Dolci G, Rodríguez-Suárez J, Arboleya-Casanova H, Rojano-Fernández C, Hernández-Torres F, Santacruz-Varela J. Cultura sobre

seguridad del paciente en profesionales de la salud.

<http://www.redalyc.org/pdf/662/66220323010.pdf>

- IV. Tomas S, Chanovas M, Roqueta F, Toranzo T. La seguridad del paciente en urgencias y emergencias: balance de cuatro años del Programa SEMES Seguridad Paciente. Emergencias. 2012; (24):225-233.
- v. Vázquez-Espinosa E, Menéndez M, Valbuenac S, Aibard C, Aranaz-Andrés J, Vázquez F. Evaluación de la calidad de las guías y protocolos de lavado de manos existentes en España. 2010. Citado 23 Julio 2015. Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13155677&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=2&ty=134&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=2v135nSupl.1a13155677pdf001.pdf.
- vi. Castañeda-Hidalgo H, Garza Hernández R, González Salinas J F, Pineda Zúñiga M, Acevedo Porras G, Aguilera Pérez A. 2013. Percepción De La Cultura De La Seguridad De Los Pacientes Por Personal De Enfermería http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532013000200008&script=sci_arttext
- vii. Escobar-Aguilara G, Gómez-García A, T, Ignacio-García B E, Rodríguez-Escobar C J, Moreno-Casbasa T, Fuentesaz-Gallego G, González-María E, Contreras-Moreira M. Entorno laboral y seguridad del paciente: comparación de datos entre los estudios SENECA y RN4CAST. http://www.seguridaddelpacienteyenfermero.com/docs/articulos/articulo_28.pdf
- viii. Camargo T, Queiroz Bezerra A L, Branquinho S, de Camargo Silva N C, Bauer A E. 2014. Cultura de la seguridad del paciente en la atención sanitaria: un estudio bibliométrico.

<http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=s1695->

[1412014000100017&script=sci_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=s1695-1412014000100017&script=sci_arttext)

- IX. Martínez Quesada E, Hueso Montoro C, Gálvez González M. 2010. Fortalezas y amenazas en torno a la seguridad del paciente según la opinión de los profesionales de enfermería. www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/es_07.pdf
- X. Gómez Ramírez O, Arenas Gutiérrez W, González Vega L, Garzón Salamanca J, Mateus Galeano E, Soto Gámez A. 2011. Cultura de seguridad del paciente por personal de enfermería en Bogotá, Colombia. <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v17n3/art09.pdf>
- XI. P.J. Saturno Z.A, Da Silva G, de Oliveira-Sousa Y, Fonseca A. Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en los hospitales del Sistema Nacional de Salud español. De Souza-Oliveira y Grupo Proyecto ISEP. 2008. <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-analisis-cultura-sobre-seguridad-del-13132768>
- XII. Molina-Cabrillana J, Alvarez-Leona E, Quoria A, Garcia-de Carlosb P, Lopez-Carrioa I, Bolanos-Riveroc M, Hernandez-Veraa J R, Ojeda-García I. Impacto de la mejora de la higiene de las manos sobre las infecciones hospitalarias. Rev Calid Asist. 2010; 25(4):215-222. Citado 24 Julio 2015. Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?f=10&pid=13153596&pid_usuario=0&pcontactid=&pid_revista=256&ty=105&accion=L&origen=zonalectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=256v25n04a13153596pdf001.pdf
- XIII. Meléndez Méndez C, Garza Hernández R, González Salinas J F, Castillo Castillo S, González García S, Ruiz Hernández E. Percepción Del Personal De Enfermería Hacia La Cultura De Seguridad En Un Hospital Pediátrico En México. Revista Cuidarte. 2014. <http://www.revistacuidarte.org/index.php/cuidarte/article/view/92/19>

- xiv. Gómez Ramírez O J, Soto Gámez A, Arenas Gutiérrez A, Garzón Salamanca J, González Vega A, Mateus Galeano E. Una mirada actual de la cultura de seguridad del paciente [revista en la Internet]. [citado en 2011]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v29n2/v29n2a15.pdf>
- xv. Paredes Esteban R M, Castillo Fernández A L, R. Miñarro del Moral J I, Garrido Pérez R, Granero Cendón O, Gómez Beltrán M J, Berenguer García M. Tejedor Fernández. 2014. Elaboración de un plan de seguridad del paciente en un Servicio de Cirugía Pediátrica. http://www.secipe.org/coldata/upload/revista/2014_27-4_157-164.pdf
- xvi. Ibáñez-León J C, Zárate-Grajales R A, Salcedo-Álvarez R A. Factores relacionados con la seguridad y la calidad de la atención en el paciente hospitalizado. 2014 Resultados preliminares. <file:///D:/Downloads/37-140-1-PB.pdf>
- xvii. Pérez Pérez P, Herrera Usagre M, Bueno Cavanillas A, Alonso Humada M S, Buiza Camacho B, Vázquez Vázquez M. Higiene de las manos: conocimientos de los profesionales y áreas de mejora. Cad. Saúde Pública vol.31 n.1 Rio de Janeiro Jan. 2015 Epub Jan 2015. Citado 26 Julio 2015. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0102311X2015000100149&script=sci_arttext.
- xviii. Zenewton André da Silva Gama, de Souza Oliveira A C, Saturno Hernández P. Cultura de seguridad del paciente y factores asociados en una red de hospitales públicos españoles. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 29(2):283-293, fev, 2013. <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v29n2/15.pdf>.
- xix. Paul A. Gluck MD, Seguridad del Paciente Cierta Avance y Numerosos Retos. Obstet Gynecol 2012;120:1149-59. http://journals.lww.com/greenjournal/Documents/Nov2012_GluckCES_Translation.pdf

- xx. Dr. Vázquez Niebla J C, Dra. Ortiz González C, Dra. Ley Ng M, Dr. Pérez Penco JM, Calero Ricardo J L. Prevalencia de infecciones cervico-vaginales en embarazadas en un hospital obstétrico de referencia de Ciudad de la Habana. Rev Cubana Obstet Ginecol 2007; 33. Citado 26 Julio 2015. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol33_2_07/gin01207.html.
- xxi. Ministerio de Sanidad y Consumo. Prácticas Seguras Simples. Recomendadas por agentes gubernamentales para la Prevención de Efectos Adversos (EA) en los pacientes atendidos en hospitales. Madrid. 2008. p. 1 – 98.
- xxii. Gómez Ramírez O, Arenas Gutiérrez W, González Vega L, Garzón Salamanca J, Mateus Galeano E, Soto Gámez A. 2010. <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v17n3/art09.pdf>
- xxiii. Álvarez C A. La prevención de las infecciones asociadas a la atención en salud: un reto en el mejoramiento de la seguridad del paciente. Infectio. 2010; 14(4): 239-240. <file:///D:/Downloads/62-222-1-PB.pdf>.
- xxiv. Martínez A, Hueso C, Galves M, Soto A. Fortalezas y amenazas en torno a la seguridad del paciente según la opinión de los profesionales de enfermería, 2010:1-8. http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/es_07.pdf.
- xxv. Martínez Ques A A, Hueso Montoro C, Gálvez González M. Fortalezas y amenazas en torno a la seguridad del paciente según la opinión de los profesionales de enfermería. http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/es_07.pdf
- xxvi. Wegner W, Rubim Pedro E N. La seguridad del paciente en las circunstancias de cuidado: prevención de eventos adversos en la hospitalización infantil. http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n3/es_a02v20n3.pdf
- xxvii. Mira J J, Navarro I M, Guilabert M, Aranaz J. Frecuencia de errores de los pacientes con su medicación. 2012.

<http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1020->

[49892012000200001&script=sci_arttext](http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1020-49892012000200001&script=sci_arttext)

xxviii. Magalhães A, Dallagnol C, Beryl P. Carga de trabajo de enfermería y seguridad del paciente - un estudio de método mixto con un enfoque restaurativo ecológica. Rev. Latino. 2013. pág.146-154.

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-

[11692013000700019](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692013000700019)

xxix. Estudio Ibeas Prevalencia De Efectos Adversos En Hospitales De Latinoamérica. Informes, Estudios E Investigación 2010 Ministerio De Sanidad Y Política Social.

[Http://Www.Seguridaddelpaciente.Es/Resources/Contenidos/Castellano/](http://www.Seguridaddelpaciente.Es/Resources/Contenidos/Castellano/)

[2009/Informe_Ibeas.Pdf](http://www.Seguridaddelpaciente.Es/Resources/Contenidos/Castellano/2009/Informe_Ibeas.Pdf)

xxx. Bernal M, Pena L, Escudero S. Plan estratégico de seguridad del paciente.2011.1-98.

http://www.saludmentalextramadura.com/fileadmin/documentos/Documentos_Tecnicos_SES/plan_estrategico_seguridad_pacientes.pdf

BIBLIOGRAFIA:

1. Palacio Betancourt D, Rodriguez Restrepo C, Cuervo Valencia C, Echeverri López R, Mendez Cubillos C, Correa Serna L. Ministerio de la Protección Social República de Colombia. La Seguridad del Paciente y la Atención Segura. Versión: 1.0 fecha última actualización: 31 de diciembre de 2009. Citado 27 Julio 2015. Disponible en: <http://www.unisinucartagena.edu.co/ObservatorioS/doc/La%20Seguridad%20del%20Paciente%20y%20la%20Atencion%20Segura.pdf>
2. EnColombia. Modelo conceptual y definiciones básicas de la política de seguridad del paciente. Revista Academia Nacional de Medicina de Colombia. Volumen 81. Citado 27 Julio 2015. Disponible

- en:http://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/academedia/va_81/respuesta-del-ministerio1/.
3. Instituto de Investigaciones Epidemiológicas. Seguridad del Paciente y error en Medicina. Citado 27 Julio 2015. Disponible en: <http://www.errorenmedicina.anm.edu.ar/glosario.asp>.
 4. Instituto Nacional de Salud. ¿Qué son las IAAS. Última modificación 08/09/2015. Citado 27 Julio 2015. Disponible en: <http://www.ins.gov.co/iaas/paginas/que-son-las-iaas.aspx>.
 5. Cubides Amesquita J. Seguimiento Riesgos y Eventos Adversos. Seguridad. Citado 27 Julio 2015. Disponible en: www.creosltda.com/attachments/3_SEGURIDAD.pdf
 6. Ministerio de Salud y Protección Social. Normativa: Acuerdos. Martes 20 de Agosto 2015. Citado 27 Julio 2015. Disponible en: www.minsalud.gov.co
 7. Ministerio de la Protección Social, Republica de Colombia. Guía técnica "Buenas Prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud". Versión 001. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/1/Gu%C3%ADa%20T%C3%A9cnica%20de%20Buenas%20Pr%C3%A1cticas%20en%20Seguridad%20del%20Paciente.PDF>
 8. Seguridad Del Paciente Y La Atención Segura Paquetes Instruccionales Guía Técnica "Buenas Prácticas Para La Seguridad Del Paciente En La Atención En Salud. Minsalud. Versión 2.0. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia-buenas-practicas-seguridad-paciente.pdf>
 9. Ministerio de Salud y Protección Social. Normativa: Acuerdos. Martes 20 de Agosto 2015. Citado 27 Julio 2015. Disponible en: www.minsalud.gov.co.

