

**EVALUACIÓN DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL
PERSONAL ADMINISTRATIVO Y ASISTENCIAL DE LA INSTITUCIÓN
INTEGRADOS EN SALUD LIMITADA EN EL MUNICIPIO DE VILLA DEL
ROSARIO**

**GUSTAVO ANDRÉS BOADA MÁRQUEZ
NELCY JOHANA FLÓREZ RODRÍGUEZ
YULI KATHERINE PAREDES VILLALBA**

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE MANIZALES
ESPECIALIZACIÓN EN ADMINISTRACIÓN DE LA SALUD A DISTANCIA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
SAN JOSE DE CÚCUTA
2017**

**EVALUACIÓN DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL
PERSONAL ADMINISTRATIVO Y ASISTENCIAL DE LA INSTITUCIÓN
INTEGRADOS EN SALUD LIMITADA EN EL MUNICIPIO DE VILLA DEL
ROSARIO**

**GUSTAVO ANDRÉS BOADA MÁRQUEZ
NELCY JOHANA FLÓREZ RODRÍGUEZ
YULI KATHERINE PAREDES VILLALBA**

**Trabajo de investigación para obtener el título de:
ESPECIALISTA EN ADMINISTRACIÓN EN SALUD**

**Asesor:
PAULA ANDREA PEÑA LÓPEZ**

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE MANIZALES
ESPECIALIZACIÓN EN ADMINISTRACIÓN DE LA SALUD A DISTANCIA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
SAN JOSE DE CÚCUTA
2017**

TABLA DE CONTENIDO

1.Informacion general del proyecto	7
2.Resumen	7
2.2Introducción	7,8
2.3 Planteamiento del problema	8,9
2.4 Justificación	10,11
3.Objetivos	12
3.1 Objetivo general	12
3.2Objetivos específicos	12
4.Referente teórico	12
4.1 Antecedentes	12,16
4.2 Marco teórico	16
4.2.2 Seguridad del paciente	16
4.2.3 Cultura de seguridad del paciente	16,18
4.2.4 Elementos básicos de una cultura de calidad y seguridad	18,19
4.2.5 Política de seguridad del paciente	20,21
4.2.6 Buenas practicas	21
4.2.7 Procesos institucionales seguros	21,22
4.2.8 Procesos asistenciales seguros	22,23
4.2.9 Seguridad del paciente como eje de la acreditación y habilitación	24
4.2.10 Marco conceptual	25,26
4.2.11 Marco legal	26
5.Metodología	27
5.1 Diseño y enfoque	27
5.2 Población	27
5.3 Muestra	27
5.4 Plan de recolección de información	27
5.5 Instrumentos	27
5.6 Plan de análisis de la información	27,28
5.7 Componente ético	28
6.Resultados	29,91
7.Conclusiones	92,93
8. Recomendaciones	94
9. Bibliografía.	95,97

LISTA DE GRAFICOS

AREA ASISTENCIAL

6.1 SECCION A: AREA DE TRABAJO

Gráfico 1, pregunta 1	29
Gráfico 2, pregunta 2	29
Gráfico 3, pregunta 3	30
Gráfico 4, pregunta 4	30
Gráfico 6, pregunta 5	31
Gráfico 6, pregunta 6	31
Gráfico 7, pregunta 7	32
Gráfico 8, pregunta 8	32
Gráfico 9, pregunta 10	33
Gráfico 10, pregunta 15	33
Gráfico 11, pregunta 16	34
Gráfico 12, pregunta 17	34
Gráfico 13, pregunta 18	35

6.2 SECCION B: SU JEFE INMEDIATO

Gráfico 14, pregunta 1	37
Gráfico 15, pregunta 2	37
Gráfico 16, pregunta 3	38
Gráfico 17, pregunta 4	38

6.3 SECCION C: COMUNICACIÓN

Gráfico 18, pregunta 1	39
Gráfico 19, pregunta 2	40
Gráfico 20, pregunta 3	40
Gráfico 21, pregunta 4	41
Gráfico 22, pregunta 5	41
Gráfico 23, pregunta 6	42

6.4 SECCION D: FRECUENCIA DE EVENTOS ADVERSOS/ ERRORES REPORTADOS

Gráfico 24, pregunta 1	43
Gráfico 25, pregunta 2	44
Gráfico 26, pregunta 3	44

6.5 SECCION E: GRADO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Gráfico 27, pregunta 1	45
------------------------	----

6.6 SECCION F: SU INSTITUCIÓN

Gráfico 28, pregunta 1	46
Gráfico 29, pregunta 2	46
Gráfico 30, pregunta 3	47
Gráfico 31, pregunta 4	47
Gráfico 32, pregunta 5	48
Gráfico 33, pregunta 6	48
Gráfico 34, pregunta 7	49
Gráfico 35, pregunta 8	49

Gráfico 36, pregunta 9	50
Gráfico 37, pregunta 10	50
6.7 SECCION G: NÚMERO DE EVENTOS ADVERSOS/ERRORES REPORTADOS	
Gráfico 38, pregunta 1	52
6.8 SECCION H: ANTECEDENTES	
Gráfico 39, pregunta 1	53
Gráfico 40, pregunta 2	53
Gráfico 41, pregunta 3	54
Gráfico 42, pregunta 4	54
Gráfico 43, pregunta 5	55
Gráfico 44, pregunta 6	55
Gráfico 45, pregunta 7	56
6.9 SECCION J : ATENCION SEGURA	
Gráfico 46, pregunta 1	57
AREA ADMINISTRATIVA	
6.10 SECCION A: ÁREA DE TRABAJO	
Gráfico 47, pregunta 1	58
Gráfico 48, pregunta 2	58
Gráfico 49, pregunta 3	59
Gráfico 50, pregunta 4	59
Gráfico 51, pregunta 5	60
Gráfico 52, pregunta 6	60
Gráfico 53, pregunta 7	61
Gráfico 54, pregunta 8	61
Gráfico 55, pregunta 9	62
6.11. SECCION B: SU JEFE	
Gráfico 56, pregunta 1	63
Gráfico 57, pregunta 2	64
Gráfico 58, pregunta 3	64
Gráfico 59, pregunta 4	65
6.12 SECCION C: COMUNICACIÓN	
Gráfico 60, pregunta 1	66
Gráfico 61, pregunta 2	66
Gráfico 62, pregunta 3	67
Gráfico 63, pregunta 4	67
Gráfico 64, pregunta 5	68
Gráfico 65, pregunta 6	68
Gráfico 66, pregunta 7	69
Gráfico 67, pregunta 8	69
Gráfico 68, pregunta 9	70
Gráfico 69, pregunta 10	70
6.13 SECCION D: GRADO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	

Gráfico 70, pregunta 1	72
6.14 SECCION E: SU INSTITUCIÓN	
Gráfico 71, pregunta 1	73
Gráfico 72, pregunta 2	73
Gráfico 73, pregunta 3	74
Gráfico 74, pregunta 4	74
Gráfico 75, pregunta 5	75
Gráfico 76, pregunta 6	75
Gráfico 77, pregunta 7	76
Gráfico 78, pregunta 8	76
Gráfico 79, pregunta 9	77
Gráfico 80, pregunta 10	77
Gráfico 81, pregunta 11	78
Gráfico 82, pregunta 12	78
Gráfico 83, pregunta 13	79
Gráfico 84, pregunta 14	79
Gráfico 85, pregunta 15	80
Gráfico 86, pregunta 16	80
Gráfico 87, pregunta 17	81
Gráfico 88, pregunta 18	81
Gráfico 89, pregunta 19	82
Gráfico 90, pregunta 20	82
Gráfico 91, pregunta 21	83
Gráfico 92, pregunta 22	83
Gráfico 93, pregunta 23	84
6.15 SECICON F: ANTECEDENTES	
Gráfico 94, pregunta 1	86
Gráfico 95, pregunta 2	87
Gráfico 96, pregunta 3	87
Gráfico 97, pregunta 4	88
Gráfico 98, pregunta 5	88
Gráfico 99, pregunta 6	89
Gráfico 100, pregunta 7	89
6.16. SECCION H: ATENCION SEGURA	
Gráfico 101, pregunta 1	90
6.17 PONDERADO FINAL CLIMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	
Gráfico 102.	91



**VICERRECTORÍA ACADÉMICA
CENTRO INSTITUCIONAL DE INVESTIGACIÓN, PROYECCIÓN Y
DESARROLLO**

1. INFORMACIÓN GENERAL DEL PROYECTO

Título:

EVALUACIÓN DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL PERSONAL ADMINISTRATIVO Y ASISTENCIAL DE LA INSTITUCIÓN INTEGRADOS EN SALUD LIMITADA EN EL MUNICIPIO DE VILLA DEL ROSARIO

Investigadores: Yuli Katherine Paredes Villalba ,Nelcy Johana Flórez Rodríguez, Gustavo Andrés Boada Márquez

Línea de Investigación: Gestión de calidad

Área de conocimiento a la que aplica: Salud

Programa de Posgrado al que se articula: Especialización en Administración en salud

Lugar de Ejecución del Proyecto:

Ciudad: Villa del rosario Departamento: Norte de Santander

Duración del Proyecto (periodos académicos):2

2. RESUMEN

2.1 RESUMEN

La cultura de seguridad del paciente hace referencia a las actitudes, los valores del personal y de la empresa con referencia a la seguridad y la disminución de eventos adversos. El objetivo que se planteó alcanzar con esta investigación es Determinar la percepción de cultura de la seguridad del paciente en el personal administrativo y asistencial de INTEGRADOS EN SALUD IPS Ltda, para la lo cual se aplicó un instrumento validado(encuesta) que permitió recolectar la información para posteriormente analizarla utilizando Microsoft Excel, y con base en esta información conocer las actitudes de los empleados de INTEGRADOS EN SALUD IPS Ltda con relación a la seguridad del paciente.

2.2 INTRODUCCION

El hecho de que ocurran situaciones o eventos adversos genera en los pacientes condiciones de morbimortalidad, pero que al mismo tiempo generan un aumento en el gasto económico hospitalario así como también generan dicho gasto en las entidades promotoras de salud.

El reconocimiento del grado de cultura de seguridad del paciente es de suma importancia en la atención medica, pues con base en ellas se toman las acciones institucionales necesarias encaminadas a prestar una atención de calidad y segura a los pacientes.

Es por esto que se hace necesaria la implementación de políticas que sean adecuadas y que permitan garantizar seguridad en la atención a los pacientes.

“La seguridad es un principio fundamental de la atención al paciente y un componente crítico de la gestión de la calidad. Mejorarla requiere una labor compleja que afecta a todo el sistema en la que interviene una amplia gama de medidas relativas a la mejora del funcionamiento, la seguridad del entorno y la gestión del riesgo, incluidos la lucha contra las infecciones, el uso inocuo de medicamentos, la seguridad del equipo, las prácticas clínicas seguras y un entorno de cuidados sano. Abarca casi todas las disciplinas y los actores de la atención sanitaria y, por tanto, requiere un enfoque general y multifacético para identificar y gestionar los riesgos reales y potenciales para la seguridad del paciente en cada servicio, y para encontrar soluciones generales a largo plazo para el conjunto del sistema.” (1)

Según la OMS, una manera de incrementar la seguridad del paciente es emprendiendo tres acciones complementarias: “prevenir los eventos adversos; sacarlos a la luz; y mitigar sus efectos cuando se producen. Ello requiere: a) más capacidad para aprender de los errores, que se adquiere mejorando los sistemas de notificación, y realizando una investigación competente de los incidentes y un intercambio responsable de datos; b) más capacidad para anticipar los errores y rastrear las debilidades del sistema que pueden dar lugar a un evento adverso; c) la identificación de las fuentes de conocimiento existentes, dentro y fuera del sector de la salud; d) la introducción de mejoras en el propio sistema de prestación de atención sanitaria, para que se reconfiguren las estructuras, se reajusten los incentivos y la calidad ocupe un lugar central en el sistema. En general, los programas nacionales se articulan en torno a esos principios”(1)

2.3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La seguridad del paciente se considera una prioridad en la asistencia sanitaria, actividad cada vez más compleja, que entraña riesgos potenciales y en la que no existe un sistema capaz de garantizar la ausencia de eventos adversos, ya que se trata de una actividad en la que se combinan factores inherentes al sistema con actuaciones humanas”¹. El componente clave es la Calidad dentro de seguridad al paciente ya que se ha adquirido gran relevancia en los últimos años, tanto para los pacientes y sus familias, que desean sentirse seguros y confiados en los cuidados recibidos por las entidades prestadoras de servicios en Salud o profesionales de la Salud.

“Los efectos no deseados secundarios en la atención sanitaria representan una causa de elevada morbilidad y mortalidad en todos los sistemas de salud desarrollados. La razón fundamental es la creciente complejidad del manejo de los pacientes, en el que interactúan factores organizativos, factores personales de los profesionales y factores relacionados con la enfermedad. De cada 100 pacientes hospitalizados en un momento dado, siete en los países desarrollados y 10 en los países en desarrollo contraerán infecciones relacionadas con la atención de salud. Cientos de millones de pacientes se ven afectados por este

problema cada año en todo el mundo.”² Los daños que se pueden ocasionar a los pacientes en el ámbito médico y el costo que suponen a los sistemas de salud son de tal relevancia que las principales organizaciones como la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud, el Comité de Sanidad del Consejo de Europa, así como diversas agencias y organismos internacionales han desarrollado estrategias en los últimos años para proponer planes, acciones y medidas legislativas que permitan controlar los eventos adversos evitables en la práctica clínica. Sin embargo, los avances científicos de la medicina también pueden acompañarse de riesgos adicionales, sin que necesariamente eso signifique que haya habido una intención de hacer daño por parte de los trabajadores de la salud, más bien hay desconocimiento de los factores que generan las situaciones mórbidas. Aunque en ambos casos las altas tasas de mortalidad eran atribuibles a la atención en salud brindada, no encarnaban ninguna intención de hacer daño sino el desconocimiento de la existencia de unos factores de riesgo, una vez detectados e intervenidos, permitieron incrementar la efectividad de la atención en salud. Los sistemas de prestación de servicios de salud son complejos; por lo mismo, son sistemas de alto riesgo: el ejercicio de la medicina ha pasado de ser simple, poco efectivo y relativamente seguro a ser complejo, efectivo y potencialmente peligroso, si no existen los adecuados controles. Los procesos de atención en salud han llegado a ser altamente complejos, incorporando tecnologías y técnicas cada vez más elaboradas. Sucede entonces, que en una atención en salud sencilla, pueden concurrir múltiples y variados procesos. Para obtener un resultado efectivo en el mejoramiento de la salud del enfermo se hace necesario que cada proceso que se interviene se realice en forma adecuada y coordinada con los demás.

La cultura es uno de los temas más difíciles de abarcar ya que sin cultura de seguridad difícilmente puede haber procesos seguros, cuando se refiere al Modelo de Gestión de Seguridad del Paciente. De hecho, “la experiencia muestra que la cultura espontánea tiende a ser exactamente la opuesta, es decir, una en que los errores se personalizan y ocultan por miedo al castigo, y no se aprende de ellos.”³

Así mismo no existe una cultura por considerarse que esta es una situación de anomalía en la prestación del servicio, creando un entorno punitivo que promueve el ocultamiento y no facilita el análisis de los eventos, por lo tanto no se pueden identificar cuáles son las barreras de seguridad que deben establecerse. Por esta razón no es posible obtener estadísticas que nos permitan evaluar y/o realizar el seguimiento al cumplimiento de la política de seguridad del paciente. En la IPS INTEGRADOS EN SALUD se cree que la problemática es la falta de la cultura de seguridad del paciente, la oportunidad del reporte, líneas de comunicación entre la alta gerencia y los empleados, de ahí se ve la necesidad de realizar la investigación para validar si es efectivamente lo que se cree y por esta razón nos lleva a formularnos la pregunta de investigación.

2.4 JUSTIFICACIÓN

Colombia impulsa una Política de Seguridad del Paciente, liderada por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, cuyo objetivo es prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y de ser posible eliminar la ocurrencia de Eventos adversos para contar con instituciones seguras y competitivas internacionalmente.”⁴ Por esto es importante evaluar el grado de cultura de seguridad del paciente en la Institución Integrados en Salud IPS la cual nos permitirá conocer la percepción del personal administrativo y asistencial frente al tema y evitar la ocurrencia de eventos adversos que puedan atentar contra la integridad física de los usuarios, Así como lo refiere el proyecto IBEAS “el cual ha sido el resultado de la colaboración entre la Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud, el Ministerio de Sanidad y Política Social de España, y los Ministerios de Salud e instituciones de Argentina, Colombia, Costa Rica, México y Perú. Ha sido el primer estudio llevado a cabo a gran escala en América Latina para medir los eventos adversos que ocurren como resultado de la atención médica en los hospitales. Conocer la magnitud y las características del problema es el primer paso para poner soluciones y conseguir disminuir la carga de enfermedad debida a riesgos en los cuidados sanitarios.”⁵. En Colombia desde el año 2006 se estableció la resolución 1446 la cual por la cual se define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores que monitorea el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud , esta norma es importante porque promueve que las instituciones de salud exista personal administrativo y asistencial calificado, insumos y medicamentos necesarios para una buena atención , se debe garantizar que todos los procesos relacionados con un tema de atención que involucra a todos los profesionales de la salud, se hagan de forma segura ; todas las personas involucradas en el proceso de atención en salud deben tener claro cuál es el objetivo de ese proceso y cómo hacerlo de una manera segura para evitar los errores, evitar los eventos adversos porque ello puede terminar en un resultado desfavorable para el paciente.

Derivado de esto una de las situaciones problemática es la adherencia al contenido de seguridad al paciente ya que se debe correlacionar la efectividad de los procesos dentro de la institución y dando cumplimiento a los protocolos de humanización, y a los lineamientos de cultura de seguridad de paciente donde abarca integralmente a los usuarios generando Calidad a los pacientes de la

institución. En esta investigación nos permite medir el grado de percepción de la cultura partiendo de una línea base para obtener o generar planes de mejora para la IPS INTEGRADOS EN SALUD IPS Ltda.

Al realizar la revisión bibliográfica de la región se evidencia la carencia de estudios en el Departamento Norte de Santander que no nos permite conocer cifras o estadísticas que reflejen el grado de cultura en seguridad del paciente frente al problema de salud que se acarrea en las instituciones de Salud del departamento para mitigar el riesgo del paciente teniendo en cuenta como punto principal de la investigación la cultura del personal de la institución y así garantizar que la institución sea pionera en este estudio.

Para la realización de este estudio contamos con el apoyo del representante legal y directivas, así como también con el personal que labora en integrados en salud IPS que se encuentra en las diferentes áreas de la institución, la cual se encuentra ubicada en el Municipio de Villa del Rosario del Departamento de Norte de Santander, donde se prestan los servicios a una población aproximada de 10.000 usuarios del régimen subsidiado, contando con 50 trabajadores entre los cuales está el personal administrativo y asistencial, esta dimensión del impacto que se va tener para el bienestar de los trabajadores y usuarios del régimen subsidiado.

3.OBJETIVOS

3.1OBJETIVO GENERAL

Determinar la percepción de cultura de la seguridad del paciente en el personal administrativo y asistencial de INTEGRADOS EN SALUD IPS Ltda.

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 del reporte, practicas interdisciplinarias) en Integrados en Salud IPS Ltda.
- Establecer el grado general de percepción en seguridad del paciente de Integrados en Salud IPS.
- Establecer la frecuencia de eventos o errores reportados relacionados con la seguridad del paciente en integrados en salud ips

4.REFERENTE TEORICO

4.1 ANTECEDENTES.

La seguridad del paciente es un tema que en la última década ha generado gran inquietud en la comunidad científica y en los ministerios de salud alrededor del mundo razón por la cual se han venido desarrollando diferentes estudios en aras de mejorar la atención y disminuir los eventos adversos que se presentan en una atención médica.

Hacia el año 1999 fue publicado en Estados Unidos un informe titulado “Errar es humano: Construyendo un Sistema de Salud Más Seguro, que concluyó que entre 44 000 a 98 000 personas mueren al año en los hospitales de ese país, como resultado de errores que se suceden en el proceso de atención. De estas muertes, 7000 suceden específicamente como resultado de los errores en el proceso de administración de medicamentos. Estas cifras situaron a la mortalidad por errores médicos en los EUA en los primeros sitios, incluso por encima de la mortalidad producida por accidentes de tránsito, por cáncer de mama o por SIDA. Además, no debemos olvidar que, si bien, los errores asistenciales tienen un costo personal muy importante, ellos erosionan la confianza de los pacientes en el sistema y dañan a las instituciones y a los médicos que son, sin duda, su segunda víctima.”⁶

Así mismo la OMS en el año 2004 lanza la “alianza mundial para la seguridad del paciente”⁷ que buscaba coordinar, difundir y acelerar las mejoras en materia de seguridad del paciente alrededor del mundo, esto debido a que cada año cientos de millones de pacientes se complican a causa de infecciones ocasionadas durante la asistencia médica y algunas de estas deben permanecer más tiempo en el centro de atención, otras quedan con alguna discapacidad y en otros casos mueren generando todas estas situaciones un gasto económico importante para los sistemas de salud.

Según cifras de la OMS más de “1,4 millones de personas en el mundo contraen infecciones en el hospital, del mismo modo se estima que entre el 5% y el 10% de los pacientes que ingresan a hospitales modernos del mundo desarrollado contraerán una o más infecciones, En los países en desarrollo, el riesgo de infección relacionada con la atención sanitaria es de 2 a 20 veces mayor que en los países desarrollados. En algunos países en desarrollo, la proporción de pacientes afectados puede superar el 25%.”⁸

Por otra parte en USA, “uno de cada 136 pacientes hospitalarios se enferman gravemente a causa de una infección contraída en el hospital; esto equivale a 2 millones de casos y aproximadamente 80.000 muertes al año, se calcula que en los Estados Unidos el costo anual producto de las infecciones contraídas en los hospitales está entre 4.500 millones y 5.700 millones de US\$.”⁸

Igualmente la OMS refiere que en Inglaterra, “más de 100.000 casos de infección relacionada con la atención sanitaria provocan cada año más de 5.000 muertes directamente relacionadas con la infección generando un costo de 1.000 millones de libras por año”⁸

También en centro América más exactamente en México “se calcula que 450.000 casos de infección relacionada con la atención sanitaria causan 32 muertes por cada 100.000 habitantes por año, generando un costo anual de 1.500 millones de pesos mexicanos”⁸

Es por lo anterior que en países como España se despertó el interés por la seguridad del paciente lo que permitió desarrollar estrategias que el Ministerio de sanidad y política social viene desarrollando desde 2005 y dentro de sus objetivos están: “1.Promover y desarrollar el conocimiento y la cultura de seguridad del paciente entre los profesionales en cualquier nivel de atención sanitaria incluyendo la difusión de los proyectos desarrollados (entre ellos el estudio ENEAS9, 10, 11), formación de los profesionales y promoción de la investigación. 2. Diseñar y establecer sistemas para la comunicación de los incidentes relacionados con la seguridad del paciente. 3. Promover la implantación de prácticas seguras en los centros sanitarios del Sistema Nacional de Salud (SNS) 4 Facilitar la participación

de pacientes y ciudadanos.”⁹

De la misma manera en el reino unido la preocupación por los errores y sucesos adversos ha llevado a promover una política de identificación y reducción de errores médicos. “Así, tras la publicación del informe del National Health Service (NHS): “An organisation with a memory”, se ha puesto en marcha un plan de gobierno con el objetivo de promover la seguridad del paciente que queda recogido en el programa: “Building a safe NHS”

Este programa se ha beneficiado de intensos contactos e intercambios entre representantes del Reino Unido, Australia y los EE UU, y entre otras iniciativas ha conducido a la creación de un sistema obligatorio para notificar los sucesos adversos y complicaciones derivados de la asistencia sanitaria, gestionado por un organismo de reciente creación, la “National Patient Safety Agency”.⁹

A nivel nacional “Desde 2004, el Ministerio de la Protección Social de Colombia tomó la decisión de impulsar el tema de los eventos adversos trazadores, como se le llamó en ese momento; En diciembre de 2007, publicó el libro “Herramientas para promover la estrategia de la seguridad del paciente en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud”, en el cual se recogen algunos de los avances más notables y se da una visión panorámica de los aspectos conceptuales y técnicos involucrados en esta materia También ofrece herramientas prácticas a las cuales puede acceder el profesional de la salud involucrado en los temas de seguridad del paciente”.¹⁰

Dentro de los estudios que se han realizados se destaca “IBEAS prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica que es un proyecto dirigido por el Ministerio de Sanidad y Política Social de España y la Organización Mundial de la Salud en colaboración con los Ministerios de Argentina, Colombia, Costa Rica, México y Perú y gestionado por la Organización Panamericana de la Salud el cual se diseñó para conocer la incidencia efectos adversos en servicios quirúrgicos, médicos, y médico-quirúrgicos de 8 hospitales de cinco comunidades autónomas diferentes. Pretendía analizar las características del paciente y las de la asistencia que se asocian a la aparición de efectos adversos, así como estimar el impacto de los efectos adversos en la asistencia, distinguiendo los evitables de los que no lo son. Este proyecto fue financiado por el Fondo de Investigaciones Sanitarias del SNS español, y constituyó un excelente banco de pruebas para el Estudio Nacional sobre Efectos Adversos (ENEAS), promovido por el MSPS. El modelo teórico del Proyecto IDEA trata de ser explicativo y evidencia que la barrera que separa los efectos adversos evitables de los que no lo son es tenue, de tal modo que es difícil diferenciar los EA ligados a la asistencia sanitaria de aquellos que vienen condicionados por las características, comorbilidad y/o factores de riesgo intrínsecos del paciente. Dicho estudio concluyó que los eventos adversos estaban relacionados con los cuidados en un 16,24%, con el uso de la medicación

en un 9,87%, con la infección nosocomial en un 35,99%, con algún procedimiento en un 26,75% y con el diagnóstico en un 5,10%. Los 5 EA más frecuentes fueron las úlceras por presión (8,92%), las infecciones de herida quirúrgica (7,96%), las neumonías Nosocomiales (6,37%), sepsis o bacteriemia (6,37%) y las flebitis (5,73%), acumulando un total del 35,4% de los EA identificados. Un 65% de los EA se consideraron evitables. El 61% de las infecciones nosocomiales y un 57% de los EA relacionados con un procedimiento se podrían haber evitado. Actuando sólo sobre estos dos problemas se podrían disminuir los EA en casi un 40%.”⁹

Por otra parte en España realizaron estudio “Cultura de seguridad del paciente y factores asociados en una red de hospitales públicos españoles”¹⁰ el cual tenía como objetivo describir la cultura de seguridad del paciente en una red de hospitales públicos, según las percepciones de los profesionales sanitarios, y analizar la asociación de factores socios laborales, En el cual realizaron una encuesta a 1.113 profesionales de ocho hospitales españoles, a través de un cuestionario con 12 dimensiones de la CSP. Las percepciones se describen mediante los Porcentajes de Respuestas Positivas (PRP) y Negativas (PRN) a cada dimensión, y se analiza la asociación de factores con regresión lineal múltiple. La dimensión "trabajo en equipo en la unidad" se destacó con el mayor PRP (73,5) y "dotación de personal" con el mayor PRN (61). Los factores más asociados a la CSP ($p < 0,05$) fueron el "servicio" (farmacéutico y quirúrgico) y la "profesión" (enfermería), ambos de forma positiva. Así, la mejora de la CSP debe centrarse en la racionalidad de la dotación del personal y aprovecharse de la buena relación dentro de las unidades, utilizando los servicios farmacéutico y quirúrgico, y los enfermeros, como benchmark para otros servicios y profesionales. Del cual concluyeron que se debe aprovechar la buena percepción de la interrelación interna en las diversas unidades/servicios, prestar atención a la racionalidad de la dotación de personal, fomentar la responsabilidad compartida y la coordinación entre unidades/servicios y mostrar una actitud más claramente proactiva hacia la seguridad del paciente por parte de la gerencia. Además, los servicios de farmacia y servicio quirúrgico, y la profesión de enfermería, constituyen factores fuertemente asociados a la percepción positiva de la cultura de seguridad, y deberían probablemente servir de benchmark para otros servicios y profesionales”¹¹

Así mismo en el año 2010 la ACADEMIA MEXICANA DE CIRUGIA publico el estudio “Cultura sobre seguridad del paciente en profesionales de la salud, el cual buscaba identificar el nivel de cultura sobre la seguridad del paciente en los profesionales de la salud para lo cual aplicaron una encuesta a 174 profesionales de la salud, en la cual se preguntaba acerca de la frecuencia de la ocurrencia de eventos adversos. Se analizaron las respuestas de 174 sujetos encuestados, de los cuales 28 (16.1%) trabajan en más de una unidad hospitalaria, 31 (17.8%) correspondieron a medicina, 13 (7.5%) a cirugía y 10 (5.7%) a rehabilitación. La

mayor parte, 84 sujetos (49.4%), trabaja de 40 a 59 horas por semana y 56 (32.2%), 20 a 39 horas por semana. En relación con el grado de seguridad del paciente en la unidad de su hospital, la respuesta varió de excelente, informada por ocho sujetos (4.6%), a muy pobre, consignada por tres (1.7%). La percepción global de seguridad fue de 49%. La dimensión más baja fue la de respuesta no punitiva al error (26%) y la más alta el aprendizaje organizacional (66%).”¹²

4.2 MARCO TEORICO

4.2.2 SEGURIDAD DEL PACIENTE.

“La seguridad del paciente se define como el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencia científicamente comprobadas que propendan por minimizar el riesgo de sufrir eventos adversos en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.”¹³

“En sentido estricto, se puede hablar de seguridad del paciente, como la ausencia de accidentes, lesiones o complicaciones evitables, producidos como consecuencia de la atención en salud recibida.

La seguridad del paciente exige una atención y actuaciones permanentes a varios niveles:

A nivel institucional, implica que los escenarios en que se desarrolla la atención a la salud (hospitales, centros de salud, residencias para personas mayores y discapacitadas,...) deben estar diseñados y organizados para reducir los potenciales riesgos durante la atención de los pacientes.

En el plano profesional, supone un diseño cuidadoso de procesos y procedimientos basados en evidencia científica, acompañados de una mejora continua de los mismos, con el único objetivo de reducir la probabilidad de que ocurran.

A nivel político y social, Esta acorde con las iniciativas mundiales que se están dando en este tema, se encuentra en la agenda de múltiples organizaciones, instituciones, asociaciones internacionales” ¹⁴

4.2.3 CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

“El concepto de cultura de la seguridad se mencionó por primera vez en 1988, en un informe que sobre el desastre nuclear de Chernobyl en la antigua URSS preparó el Grupo Asesor Internacional de Seguridad Nuclear. El concepto ha ganado el reconocimiento mundial en varias industrias, especialmente en industrias de alto riesgo, como la energía nuclear y la aviación. La característica clave de la cultura de la seguridad es "la percepción compartida entre los administradores y el personal sobre la importancia de la seguridad". Cuando la cultura de la seguridad se aplica al cuidado de la salud tiene una importancia aún mayor, ya que la seguridad no sólo se aplica a la fuerza de trabajo sino también a los pacientes que puedan ser perjudicados por la actuación del personal.

Para poder hablar de cultura de seguridad del paciente, es necesario definir cada uno de sus componentes, para tener una mayor claridad del tema.

Según el Diccionario de la Real Academia Española, la palabra **cultura** tiene dos definiciones:

- Conjunto de conocimientos que permite a alguien desarrollar su juicio crítico.
- Conjunto de modos de vida y costumbres, conocimientos y grado de desarrollo artístico, científico, industrial, en una época, grupo social, etc.

Con base en lo anterior, podría afirmarse que la cultura es un conjunto de conocimientos, costumbres y grado de desarrollo a través del cual se expresa un grupo social en un momento determinado, es decir, es la forma cómo un grupo de personas hace las cosas, y esta puede cambiar según el espacio y el tiempo, por tanto no es constante.”¹⁵

“La **seguridad del paciente** es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de minimizar sus consecuencias.

Scott-Cawiezell y colaboradores definieron una cultura justa de la seguridad como un entorno favorable al diálogo abierto con el fin de facilitar prácticas más seguras. En el ámbito académico también se utiliza el término de seguridad psicológica (Tucker y colaboradores), el cual se define como una unidad de apoyo al trabajo en el que los miembros pueden cuestionar las prácticas existentes, expresar sus preocupaciones o sus diferencias, y admitir los errores sin sufrir el ridículo o el castigo.

Más recientemente, Khatri y colaboradores afirman que “desde una perspectiva organizacional, una cultura de seguridad sólo se puede definir como la capacidad de una organización para identificar, informar e investigar los incidentes y tomar las medidas correctivas que mejoren el sistema de atención al paciente y reducir el riesgo de recurrencia” ¹⁵

Debido a que la cultura de seguridad es el producto de valores, actitudes, percepciones, competencias y patrones de comportamiento individuales y grupales que determinan el compromiso, el estilo y el desempeño de una institución, ésta se debe caracterizar por:

- Una comunicación interpersonal adecuada basada en la confianza mutua.
- Percepción compartida de la importancia de la seguridad.
- Confianza de la eficacia de las medidas preventivas.
- Enfoque pedagógico del error como base, que lleve al aprendizaje organizacional y se origine de la conciencia del error cometido.
- La existencia de un plan de capacitación y recursos.
- En el resultado final de este proceso, los colaboradores de la institución no deben sentir miedo de hablar libremente de sus fallas y por ende el auto-reporte de los incidentes y eventos adversos que suceden se debe hacer

evidente.

Una estrategia fundamental para avanzar en esta dirección consiste en favorecer al interior el desarrollo de un clima organizacional educativo, más que en encontrar culpables para imponer un castigo.

Es importante conocer, caracterizar y cuantificar los factores que determinan la cultura de seguridad en una institución; una forma de obtener la información necesaria para direccionar las acciones tendientes a promover este clima cultural y evaluar el impacto de este proceso es la aplicación de la “Encuesta de Clima de Seguridad”¹⁴

“La cultura de seguridad del paciente está afectada por muchas variables y sus procesos de implementación pueden llegar a ser tan diferentes como el número de hospitales existentes. Dado que la cultura define la forma en que un grupo social desarrolla sus procesos, el reto es que cada IPS establezca su propia cultura de seguridad del paciente, ese es el mejor método para dar respuesta a las particularidades y necesidades específicas de cada institución hospitalaria.”¹⁵

4.2.4 Elementos básicos de una cultura de calidad y seguridad

“El interés en la atención centrada en el paciente como una estrategia de seguridad refleja una creciente conciencia entre los prestadores de servicios de salud, de que asuntos como la calidad y la seguridad afectan la prestación del servicio, incluyendo los problemas derivados de los errores, el despilfarro y el abuso o la infrautilización de diversos tratamientos y de prácticas de atención.

El despilfarro en relación con la facturación, las historias clínicas duplicadas, la mala calidad de los registros médicos, los retrasos, y la falta de acceso, entre otros, hacen parte de las brechas en la calidad y la seguridad.

Según el National Quality Forum, los cinco elementos básicos para una cultura de calidad y seguridad son los siguientes:

- **Compromiso con el aprendizaje continuo y el rediseño de procesos**

Las organizaciones que se han comprometido a mejorar la seguridad de los pacientes están abiertas a nuevas ideas, a buscar las mejores prácticas, y a trabajar continuamente para identificar y abordar las deficiencias en la calidad y la seguridad. Los líderes de estas organizaciones deben tener una propensión a escuchar a los pacientes, a las familias, y a todo el recurso humano de sus instituciones, y a tratar las quejas y reclamos que se expresan como oportunidades de mejoramiento. También deben alentar al personal y a las demás directivas a evaluar y reproducir las mejores prácticas, y a participar en la investigación y en los esfuerzos de mejoramiento que les ayuden a identificar las mejores formas de hacer las cosas.

- **Sistema de identificación, mitigación y evaluación de errores**

La existencia de métodos para identificar las fallas en los sistemas y en las prácticas, es fundamental para el éxito de los esfuerzos en la seguridad del paciente. Los métodos que pueden utilizarse incluyen el análisis de los factores humanos, las rondas de seguridad, y las estrategias de detección y prevención tempranas. La utilización de la tecnología y de otros mecanismos para reducir la variación y los errores, es un punto crítico. Estos mecanismos incluyen guías de práctica clínica, los sistemas de apoyo para la toma de decisiones, y las relacionadas con la historia clínica electrónica y la sistematización de la información en línea.

- **Un proceso para asegurar las competencias clínicas, técnicas, interpersonales y analíticas en la gestión de la calidad y en la planeación de la atención y desarrollo de los procesos**

Las IPS, los médicos y todo el recurso humano deben ser tan hábiles en las prácticas de mejoramiento de la calidad como lo son en la planificación de la atención y en su puesta en práctica. El modelo de competencias para cada grupo debe basarse explícitamente en los valores de la organización y destacar las habilidades clínicas y técnicas requeridas, así como los conocimientos y expectativas sobre la conducta relacionadas con el trabajo en equipo, el liderazgo, “PROMOCIÓN DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE” la diversidad, el respeto, la atención centrada en la familia, la confidencialidad, la calidad, el mejoramiento continuo de la gestión de procesos, y la ética.

- **Una metodología para toda la organización para establecer prioridades, desarrollar metas y objetivos, y gestionar el desempeño.**

Los sistemas de gestión de la información, tales como los tableros de control y los cuadros de mando, proporcionan información que les permite a los líderes, a los prestadores y a todo el personal de la organización, establecer objetivos de mejoramiento y evaluar el progreso de las iniciativas puestas en marcha. Estos deben ser de doble vía, para que todos los miembros de la organización, pacientes, las familias, y los miembros de la junta, tengan una comprensión clara de los resultados de la organización, especialmente los relacionados con la calidad y la seguridad.

- **La colaboración interdisciplinaria y el trabajo en equipo como normas**

La creación de una cultura de la seguridad requiere de la colaboración interdisciplinaria y del compromiso de todas las profesiones y departamentos. Esa colaboración es más probable que ocurra cuando la organización mantiene un modelo de liderazgo interdisciplinario en el que enfermeras, médicos y administradores tienen un papel igual y complementario como líderes de las principales iniciativas y programas clínicos. Este modelo de liderazgo crea un clima en el que todo el recurso humano de la institución se ven unos a otros como clientes internos, y además respetan los puntos de vista de los miembros de otros departamentos y disciplinas como contribuciones únicas.”¹⁵

4.2.5 POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

“Colombia impulsa una Política de Seguridad del Paciente, liderada por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, cuyo objetivo es prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y de ser posible eliminar la ocurrencia de eventos adversos para contar con instituciones seguras y competitivas internacionalmente. La Seguridad del Paciente implica la evaluación permanente y proactiva de los riesgos asociados a la atención en salud para diseñar e implantar de manera constante las barreras de seguridad necesarias.”¹⁶

Así, desde junio de 2008, el Ministerio de la Protección Social expidió los “Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente. Como parte de ésta el Ministerio de la Protección Social, por medio de la Unidad Sectorial de Normalización, desarrolló un documento que recoge las prácticas más relevantes desarrolladas en el ámbito de la Seguridad del Paciente (Guía Técnica “Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud), cuya orientación es brindar a las instituciones directrices técnicas para la operativización e implementación práctica de los mencionados lineamientos en sus procesos asistenciales.

La Seguridad del Paciente es una prioridad de la atención en salud en nuestras instituciones, los incidentes y eventos adversos son la luz roja que alerta acerca de la existencia de una atención insegura. Los eventos adversos se presentan en cualquier actividad y son un indicador fundamental de la calidad de esa actividad; y sirven de insumo para poder investigar cuales son las causas que los generan, cuales las disposiciones de las instituciones para que estos aparezcan, y una vez identificadas las causas y los condicionantes, nos permite identificar las barreras que podrían desarrollarse para evitar la reincidencia de este evento adverso. Lo importante es no dejar que suceda el evento adverso, sin investigar las causas que lo provocaron y sin proponer acciones para evitar que siga presentándose.

¿CÓMO SE CONSTRUYE LA POLÍTICA INSTITUCIONAL DE SEGURIDAD DEL PACIENTE?

Por ser la seguridad un atributo de la calidad, la institución debe adoptar a su interior una Política de seguridad inmersa en su Política de calidad. Dicha política debe estar basada en los siguientes lineamientos que sustentan su aparición:

- En el entorno de la atención en salud, las condiciones de trabajo, los riesgos y los pacientes cambian constantemente, lo cual favorece la aparición de eventos adversos.
- Los eventos adversos no son usualmente culpa de las personas. Las instituciones deben considerar la posibilidad de error humano y de fallas en los procesos, cuando los mismos son diseñados.

- Evitar los daños por error es responsabilidad de cada uno en su puesto de trabajo.
- Es mucho más fácil cambiar el diseño de los sistemas que el comportamiento rutinario de las personas.
- Aunque los daños involuntarios a los pacientes no son inevitables, en su mayoría sí se pueden prevenir
- La seguridad del paciente NO SE LOGRA creando un nuevo set de normas, ni diciéndoles a las personas: que por favor, sean más cuidadosos.
- La política de seguridad debe buscar que los profesionales de la salud desarrollen un comportamiento seguro deseado. Este se caracteriza por:
 - Permitir que sea el experto quien haga las cosas
 - Confiar cada vez menos en la memoria
 - Gestionar el riesgo de cada actividad
 - Alertar sin miedo sobre el error
 - Compartir el aprendizaje
 - Ante la duda, pedir ayuda
 - Adhesión a las guías de práctica clínica
 - Adhesión a las guías de procedimientos de enfermería
 - Adhesión a las listas de chequeo que verifican la adherencia a las prácticas seguras” 17

4.2.6 BUENAS PRÁCTICAS

“En general el concepto de “buenas prácticas” se refiere a toda experiencia que se guía por principios, objetivos y procedimientos apropiados o pautas aconsejables que se adecuan a una determinada perspectiva normativa o a un parámetro consensuado, así como también toda experiencia que ha arrojado resultados positivos, demostrando su eficacia y utilidad en un contexto concreto.” 18

4.2.7 PROCESOS INSTITUCIONALES SEGUROS

1. “Contar con un Programa de Seguridad del Paciente que provea una adecuada caja de herramientas para la identificación y gestión de eventos adversos.
 - Política institucional de Seguridad del Paciente.
 - Promoción de la cultura de seguridad.
 - Sistema de reporte de eventos adversos y aprendizaje colectivo, análisis y gestión.
2. Brindar capacitación al cliente interno en los aspectos relevantes de la seguridad en los procesos a su cargo.
3. Coordinar procedimientos y acciones recíprocas de los programas de seguridad del paciente entre asegurador y prestador.
 - Procedimientos de referencia de pacientes.

- Procedimientos para la autorización de servicios.
 - Análisis y medición de los tiempos de espera relacionados con la seguridad del paciente.
 - Seguridad en la entrega de medicamentos POS y no POS.
 - Estrategia de seguridad en los paquetes de servicios.
4. Estandarización de procedimientos de atención.
 - Diseñar y auditar procedimientos de puerta de entrada que garanticen la seguridad del paciente.
 - Desarrollar o adoptar las guías de práctica clínica basadas en la evidencia.
 - Definir por parte de la institución los procedimientos que un profesional puede desarrollar, según estándares.
 - Identificar, analizar y definir conductas en procesos administrativos que pueden poner en riesgo la seguridad de los pacientes.
 5. Evaluar la frecuencia con la cual ocurren los eventos adversos.
 6. La institución debe monitorizar aspectos claves relacionados con la seguridad del paciente.
 7. Utilización y/o desarrollo de software para disminuir riesgo en la prestación del servicio.
 8. Seguridad en el ambiente físico y la tecnología en salud.
 - Ambiente físico seguro.
 - Equipamiento tecnológico seguro.

4.2.8 PROCESOS ASISTENCIALES SEGUROS

1. Detectar, prevenir y reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención en salud.

Se deben impulsar los cinco momentos promovidos por la OMS/OPS:

 - Lavado de manos antes de entrar en contacto con el paciente.
 - Lavado de manos antes de realizar un procedimiento limpio aséptico.
 - Lavado de manos inmediatamente después de un riesgo de exposición a líquidos corporales y tras quitarse los guantes.
 - Lavado de manos después de tocar a un paciente y la zona que lo rodea, cuando deja la cabecera del paciente.
 - Lavado de manos antes de tocar cualquier objeto o mueble del entorno inmediato del paciente, cuando lo deje, incluso aunque no haya tocado al paciente.
2. Mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos.

- Conciliación de medicamentos en todas las fases de la atención.
 - Implementación del sistema de distribución de dosis unitaria.
 - Identificación de alergias en los pacientes.
3. Procesos para la prevención y reducción de la frecuencia de caídas.
 - Clasificar el riesgo de caídas de los pacientes que se internan en la institución.
 - Implementar procesos para la minimización de riesgos derivados de la condición del paciente.
 - Implementar procesos para la mejora de los procesos que potencialmente pueden generar riesgos al paciente.
 4. Mejorar la seguridad en los procedimientos quirúrgicos.
 5. Prevenir úlceras por presión.
 6. Prevenir las complicaciones anestésicas.
 7. Asegurar la correcta identificación del paciente en los procesos asistenciales.
 8. Garantizar la correcta identificación del paciente y las muestras en el laboratorio.
 9. Implementar equipos de respuesta rápida.
 10. Reducir el riesgo de la atención en pacientes cardiovasculares.
 11. Prevenir complicaciones asociadas a la disponibilidad y manejo de sangre y componentes y a la transfusión sanguínea.
 12. Reducir el riesgo de la atención del paciente crítico.
 13. Mejorar la Seguridad en la obtención de ayudas diagnósticas.
 14. Reducir el riesgo de la atención de pacientes con enfermedad mental.
 15. Prevención de la malnutrición o desnutrición.

incentivar prácticas que mejoren la actuación de los profesionales

1. Gestionar y desarrollar la adecuada comunicación entre las personas que atienden y cuidan a los pacientes.
2. Prevenir el cansancio del personal de salud.
3. Garantizar la funcionalidad de los procedimientos de Consentimiento Informado.
4. Establecer pautas claras para el proceso docente asistencial definiendo responsabilidades éticas y legales entre las partes.

involucrar los pacientes y sus allegados en su seguridad

1. Ilustrar al paciente en el autocuidado de su seguridad.
2. Facilitar las acciones colaborativas de pacientes y sus familias para promover la seguridad de la atención". 19

4.2.9 SEGURIDAD DEL PACIENTE COMO EJE DE LA ACREDITACIÓN Y HABILITACION

“La seguridad del paciente es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias”²⁰, según los Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Pacientes del Ministerio de la Protección Social. Igualmente es uno de los ejes del Sistema Único de Acreditación en Salud e implica la evaluación permanente y proactiva de los riesgos asociados a la atención en salud para diseñar e implantar de manera constante las barreras de seguridad necesarias. La Política de Seguridad del Paciente requiere de la coordinación entre actores alrededor de la filosofía y las estrategias para la reducción del riesgo, así como el incremento de las condiciones que caractericen a una institución como segura.

Los sistemas de prestación de servicios de salud son de alto riesgo: el ejercicio de la medicina ha pasado de ser simple, poco efectivo y relativamente seguro a ser complejo, efectivo y potencialmente riesgoso si no existen los adecuados controles. Los procesos de atención en salud han incorporado tecnologías y técnicas cada vez más elaboradas. En una atención en salud sencilla pueden concurrir múltiples y variados procesos; para obtener un resultado efectivo en el mejoramiento de la salud del paciente se hace necesario que cada proceso que interviene se realice en forma adecuada y coordinada con los demás.

La política de Seguridad del paciente incluye la identificación y análisis de los eventos adversos y los incidentes, para identificar sus causas y las acciones para intervenirlos, de manera que a partir del análisis causal se deben diseñar e implementar prácticas seguras en los diferentes procesos de atención acordes con los lineamientos de la Alianza Mundial para la seguridad del paciente de la OMS”.²⁰

“Una institución de salud debe contemplar desde el direccionamiento estratégico, el enfoque de seguridad explícito en la misión, visión, objetivos y políticas entre otros; la existencia y despliegue de un enfoque sistémico e integral en las áreas asistenciales y administrativas y demostrar desarrollos en el tiempo.

Así mismo deben existir mecanismos para identificar, reportar, analizar, intervenir y realizar seguimiento a los eventos adversos, como también la formulación de mejoras, implementación y seguimiento a las mismas.” ²¹

4.2.10 MARCO CONCEPTUAL

Cultura de seguridad: es aquella en la que las organizaciones, prácticas, equipos y personas tienen una conciencia constante y activa del potencial de las cosas que pueden fallar. Tanto las personas como la organización son capaces de reconocer errores, aprender de ellos, y actuar para su rectificación.

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

Seguridad del Paciente: Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

Falla de la Atención en Salud: Una deficiencia para realizar una acción prevista según lo programado o la utilización de un plan incorrecto, lo cual se puede manifestar mediante la ejecución de procesos incorrectos (falla de acción) o mediante la no ejecución de los procesos correctos (falla de omisión), en las fases de planeación o de ejecución. Las fallas son por definición no intencionales.

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

Evento Adverso: Es el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño. Los eventos adversos pueden ser prevenibles y no prevenibles.

Evento Adverso Prevenible: Resultado no deseado, no intencional, que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado.

Evento Adverso No Prevenible: Resultado no deseado, no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial.

Evento Centinela: Es un tipo de evento adverso en donde está presente una muerte o un daño físico o psicológico severo de carácter permanente, que no estaba presente anteriormente y que requiere tratamiento o un cambio permanente de estilo de vida.

Incidente: Es un evento o circunstancia que sucede en la atención clínica de un paciente y que no le genera daño, pero que en su ocurrencia se incorporan fallas en los procesos de atención.

Complicación: Es el daño o resultado clínico no esperado no atribuible a la atención en salud sino a la enfermedad o a las condiciones propias del paciente.

Violación de la Seguridad de la atención en salud: Las violaciones de la seguridad de la atención en salud son intencionales e implican la desviación deliberada de un procedimiento, de un estándar o de una norma de funcionamiento.

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

Fallas latentes: son acciones u omisiones que se dan durante el proceso de

atención en salud por miembros de los procesos de apoyo (Personal administrativo).

Factores contributivos: son las condiciones que predisponen una acción insegura (falla activa).

4.2.11 MARCO LEGAL

- DECRETO 1011 DE 2006: “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”²²
- RESOLUCIÓN 1446 DE 2006 : “Por la cual se define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoria del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud”²³
- RESOLUCIÓN 1043 DE 2006,: “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 y se dictan otras disposiciones”²⁴
- RESOLUCIÓN 1445 DE 2006 : “Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones”²⁵
- RESOLUCIÓN 123 DE 2012: “modificación del artículo 2 de la resolución 1445 de 2006. se adoptan los manuales de estándares que se señalan a continuación: 1. Manual de Estándares de Acreditación para las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios - EAPB. 2. Manual de Estándares de Acreditación para los Laboratorios Clínicos. 3. Manual de Estándares de Acreditación para las Instituciones que ofrecen servicios de Imagenología. 3. Manual de Estándares de Acreditación para las Instituciones que ofrecen servicios de Imagenología.4. Manual de Estándares de Acreditación para las Instituciones que ofrecen servicios de salud de Habilitación y Rehabilitación. 5. Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario”²⁶
- RESOLUCIÓN 2003 DE 2014: “Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud.”²⁷

5.METODOLOGÍA

5.1 DISEÑO Y ENFOQUE

Este es un estudio cuantitativo de carácter descriptivo y prospectivo.

Cuantitativo porque los datos que se recolecten se analizarán en forma numérica con ayuda de la herramienta Microsoft Excel, es descriptivo porque la información será analizada e interpretada a fin de conocer el estado de la problemática en la institución y prospectivo porque “se inician con la observación de ciertas causas presumibles y avanzan longitudinalmente en el tiempo a fin de observar sus consecuencias.”²⁹

5.2 POBLACIÓN

Colaboradores de Integrados en Salud IPS Ltda., quienes calificaron la percepción de seguridad brindada a los pacientes por medio de una encuesta estandarizada.

Integrados en Salud cuenta con una planta de personal de 41 empleados entre personal administrativo y asistencial.

5.3 MUESTRA

Para esta investigación no se realizó muestreo probabilístico estratificado por área específica o afijación proporcional debido a que el número total de empleados es de 41 personas en su defecto se aplicó un censo puesto que este abarca la totalidad de la población.

5.4 PLAN DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

La recolección de la información se realizó mediante la aplicación de encuesta que permitieron medir la cultura de seguridad del paciente de los trabajadores asistenciales y administrativos de Integrados en Salud IPS Ltda.

5.5 INSTRUMENTOS

El instrumento corresponde al suministrado por el macroproyecto, adaptado por el Centro de Gestión Hospitalaria y el Ministerios de Protección Social.

5.6 PLAN DE ANALISIS DE LA INFORMACIÓN

La información recolectada se registró en una hoja electrónica de Microsoft Excel previamente diseñada que cuenta con gráficos que permiten realizar

comparaciones entre los datos recolectados.

5.7 COMPONENTE ETICO

La investigación se realizó bajo principios éticos basados en el beneficio, respeto y justicia que propenderá para el mejoramiento de la calidad con la recopilación de información a través del instrumento. Se contó con la autorización de la junta directiva de Integrados en Salud I.P.S para el desarrollo de la investigación y se garantiza la confidencialidad de los resultados encontrados por los investigadores a través de las encuestas, además se dio a conocer a los participantes en el estudio la información adecuada sobre este, para que puedan estar en capacidad de comprenderlo y tomar la decisión de manera voluntaria de participar o no en el mismo.

6.RESULTADOS O DISCUCION

6. GRÁFICAS ÁREA ASISTENCIAL 6.1 SECCIÓN A ÁREA DE TRABAJO

GRÁFICO1.PREGUNTA 1. EN ESTA UNIDAD, LA GENTE SE APOYA MUTUAMENTE

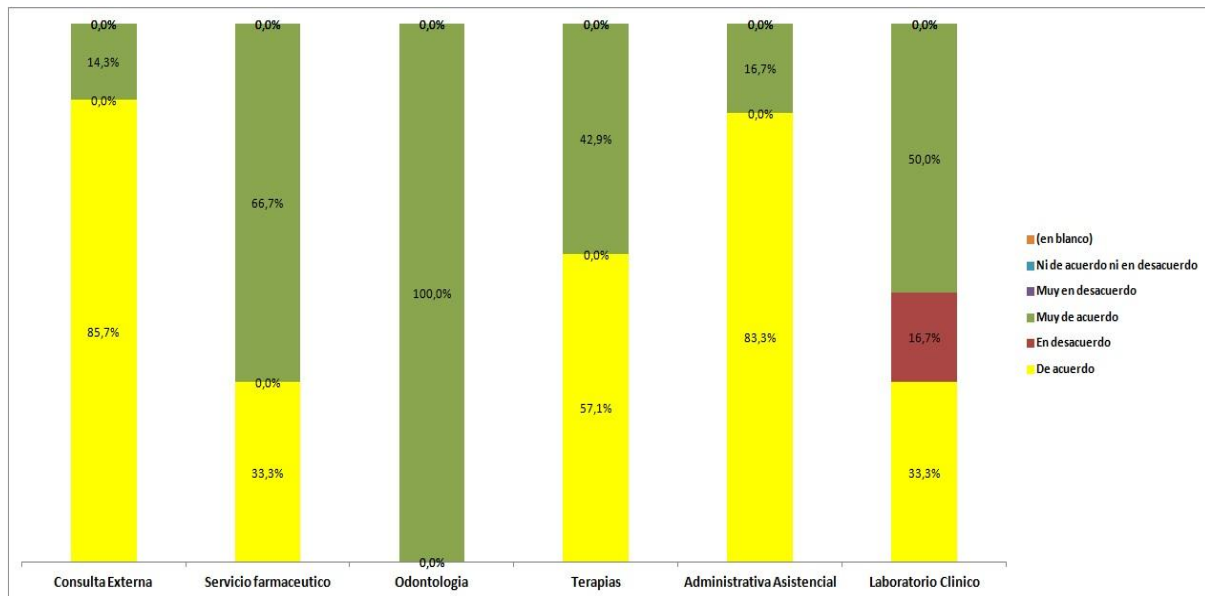
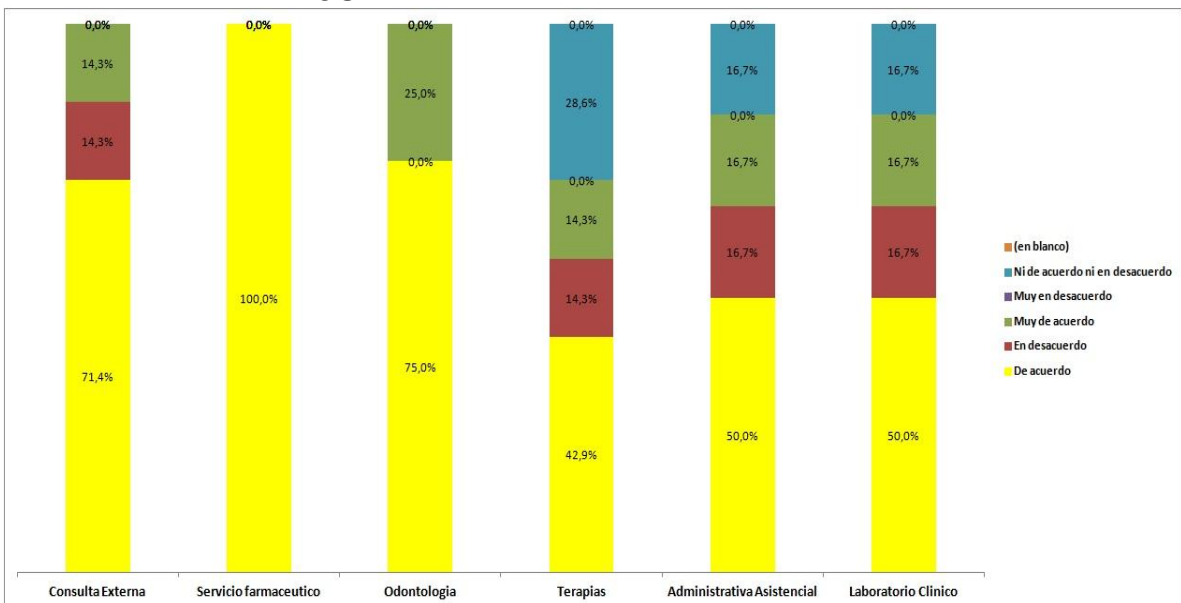
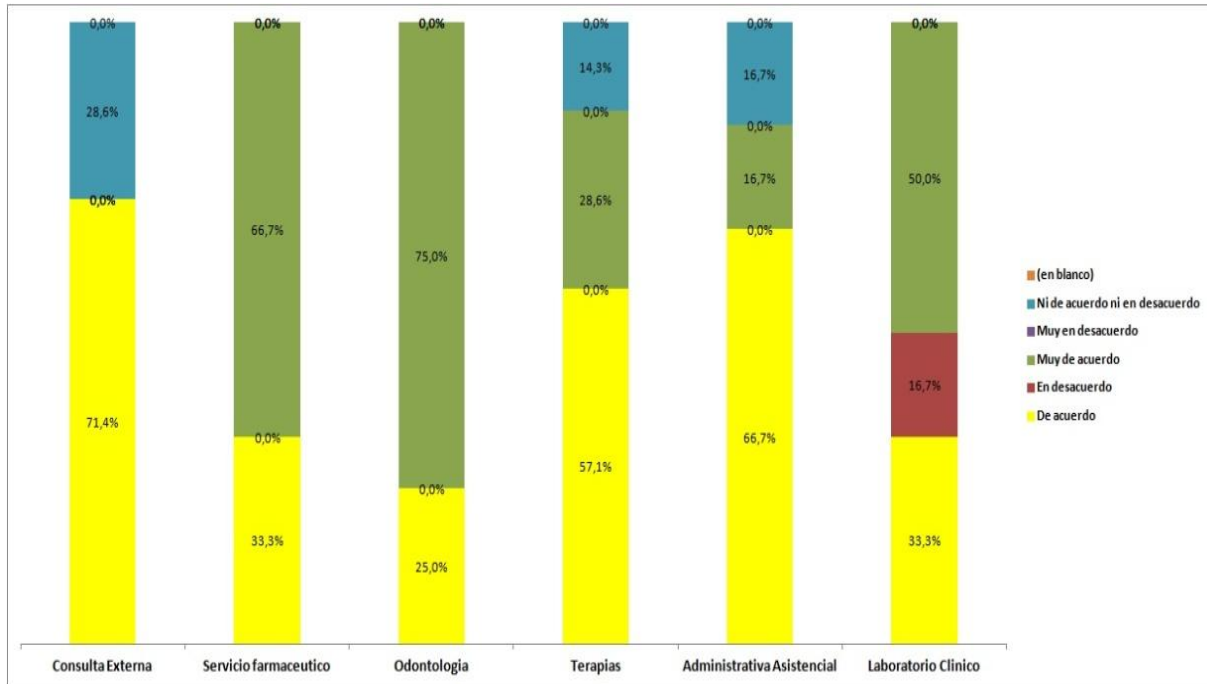


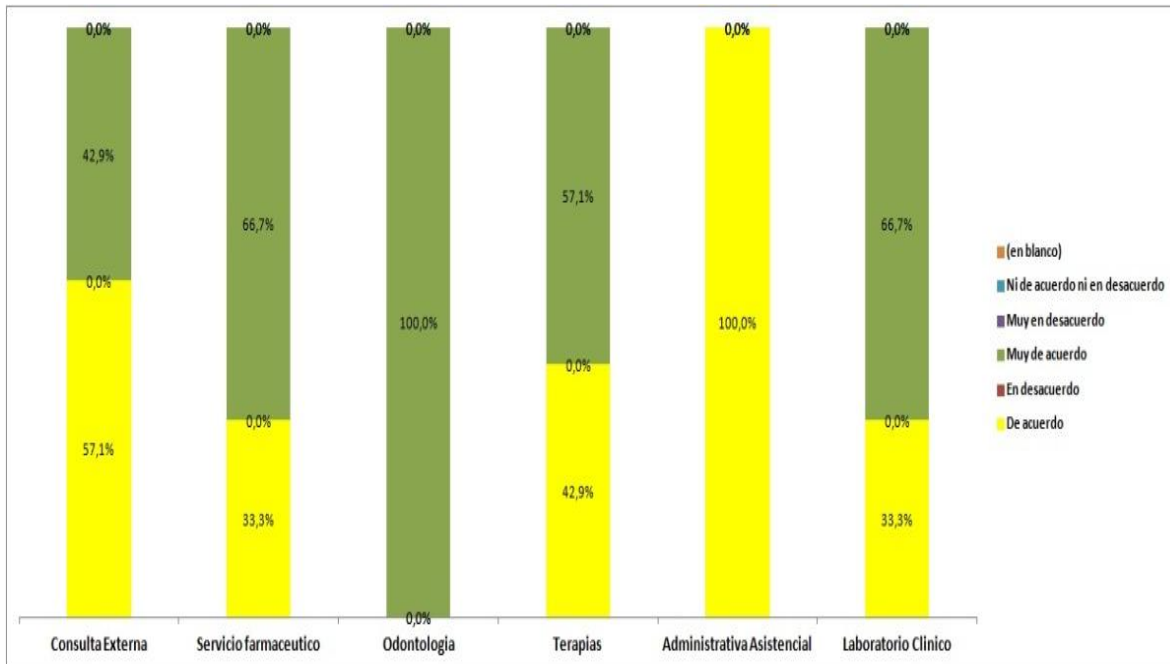
GRÁFICO 2. PREGUNTA 2. TENEMOS SUFICIENTE PERSONAL PARA REALIZAR EL TRABAJO



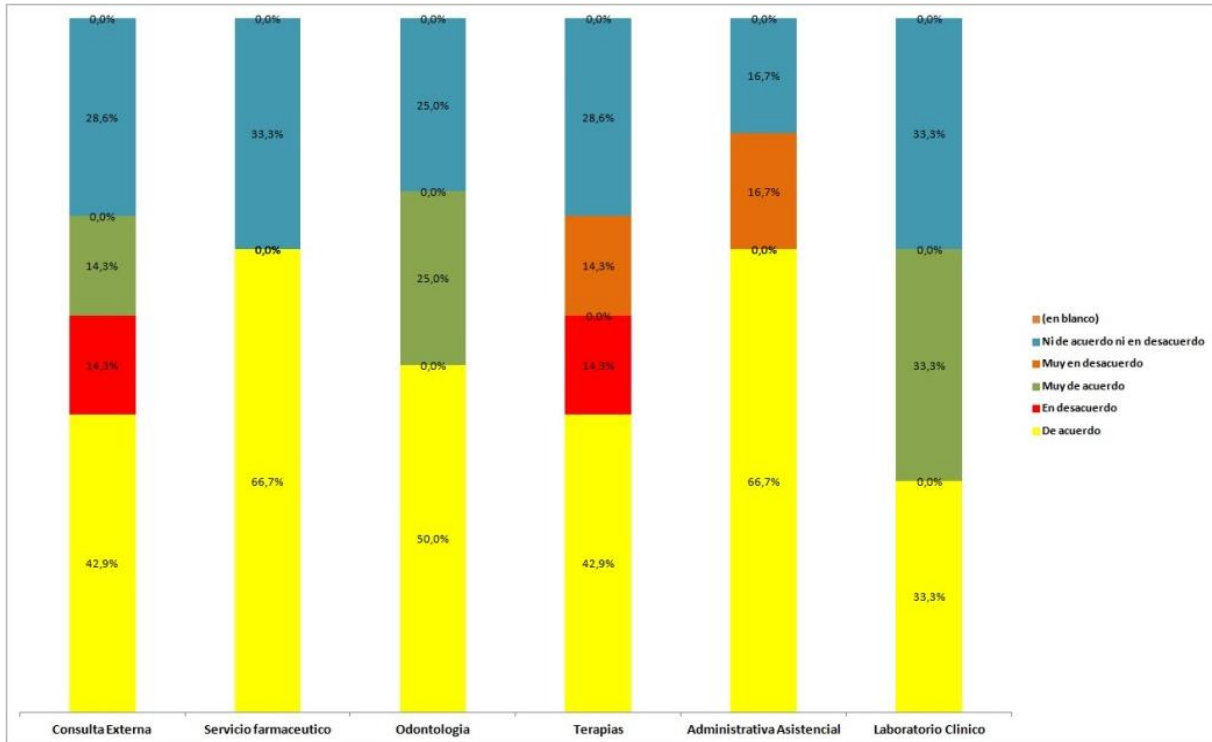
GRÁFICA 3.PREGUNTA 3. CUANDO NECESITAMOS TERMINAR UNA GRAN CANTIDAD DE TRABAJO LO HACEMOS EN EQUIPO.



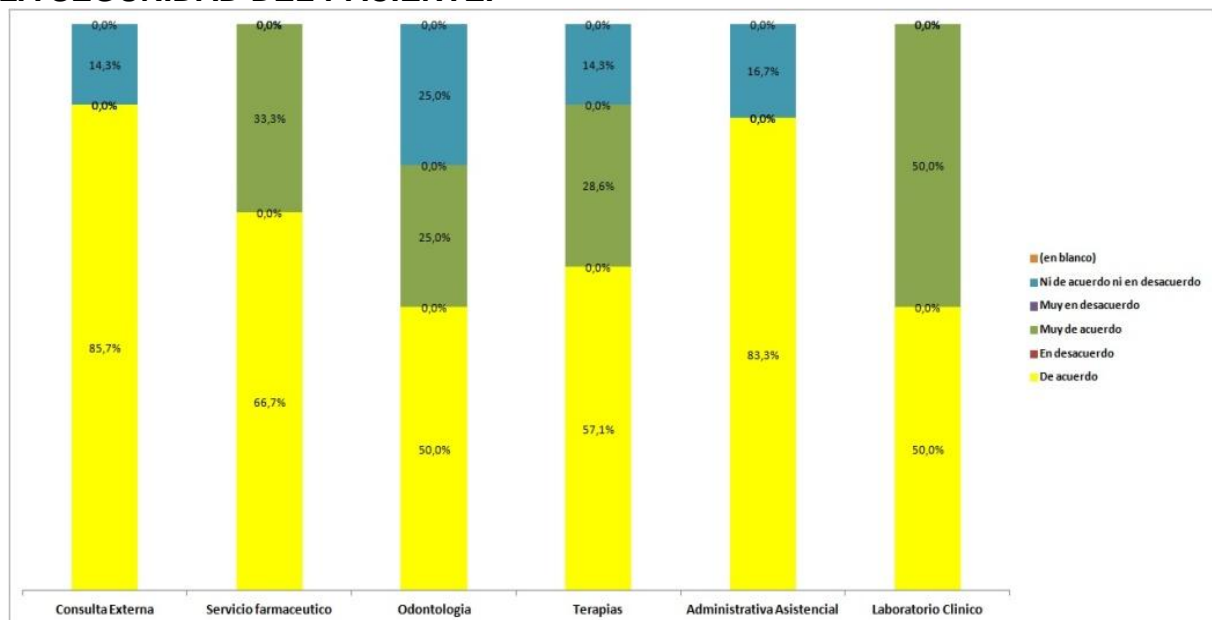
GRÁFICA 4 PREGUNTA 4 .EN ESTA UNIDAD,EL PERSONAL SE TRATA CON RESPETO



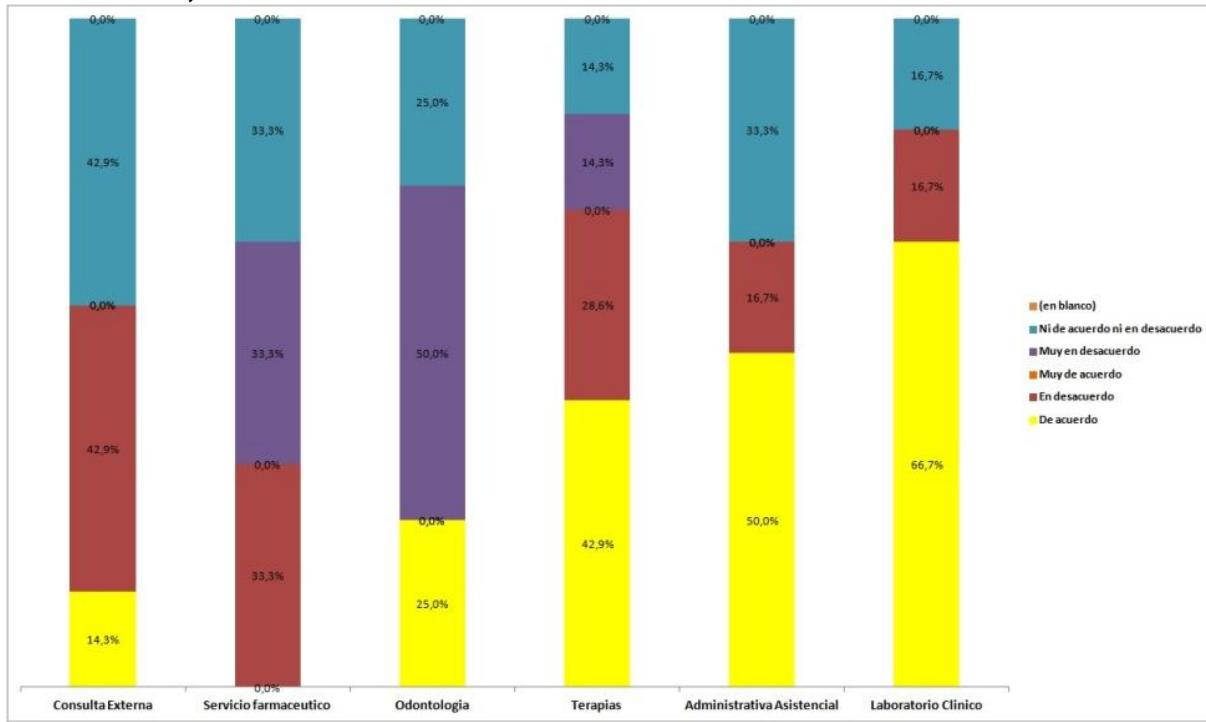
GRÁFICA 5. PREGUNTA 5. EL PERSONAL EN ESTA UNIDAD TRABAJA MÁS HORAS DE LO ESTABLECIDO PARA EL CUIDADO DEL PACIENTE.



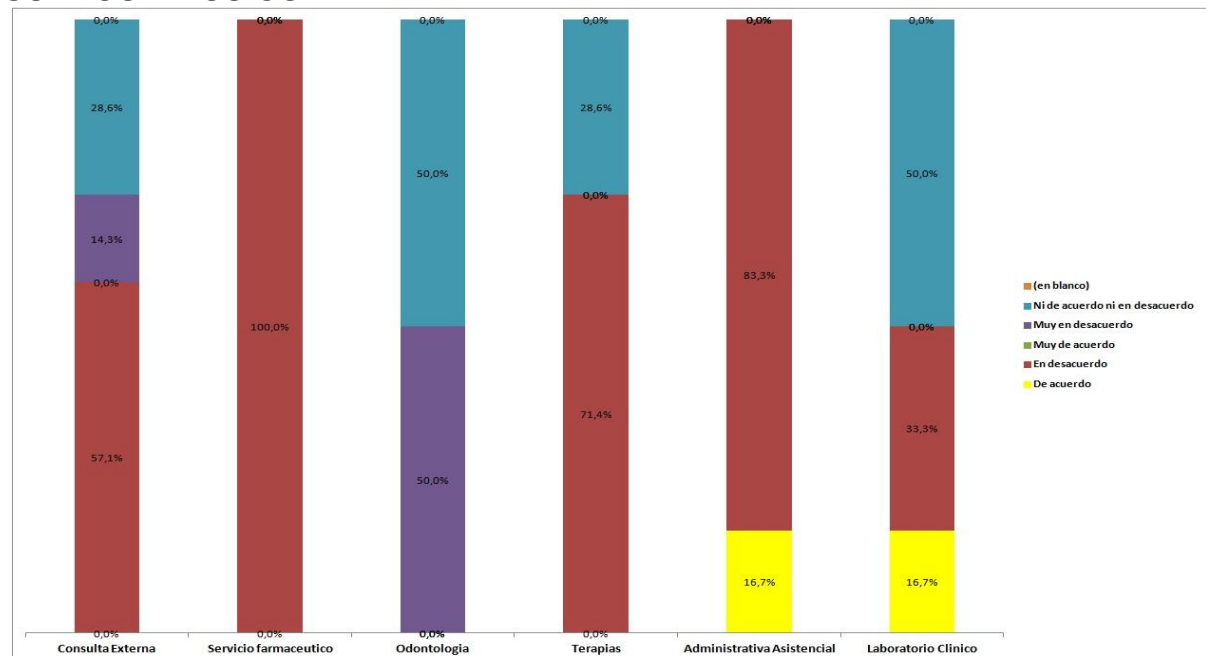
GRÁFICA 6. PREGUNTA 6. ESTAMOS HACIENDO ACCIONES PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.



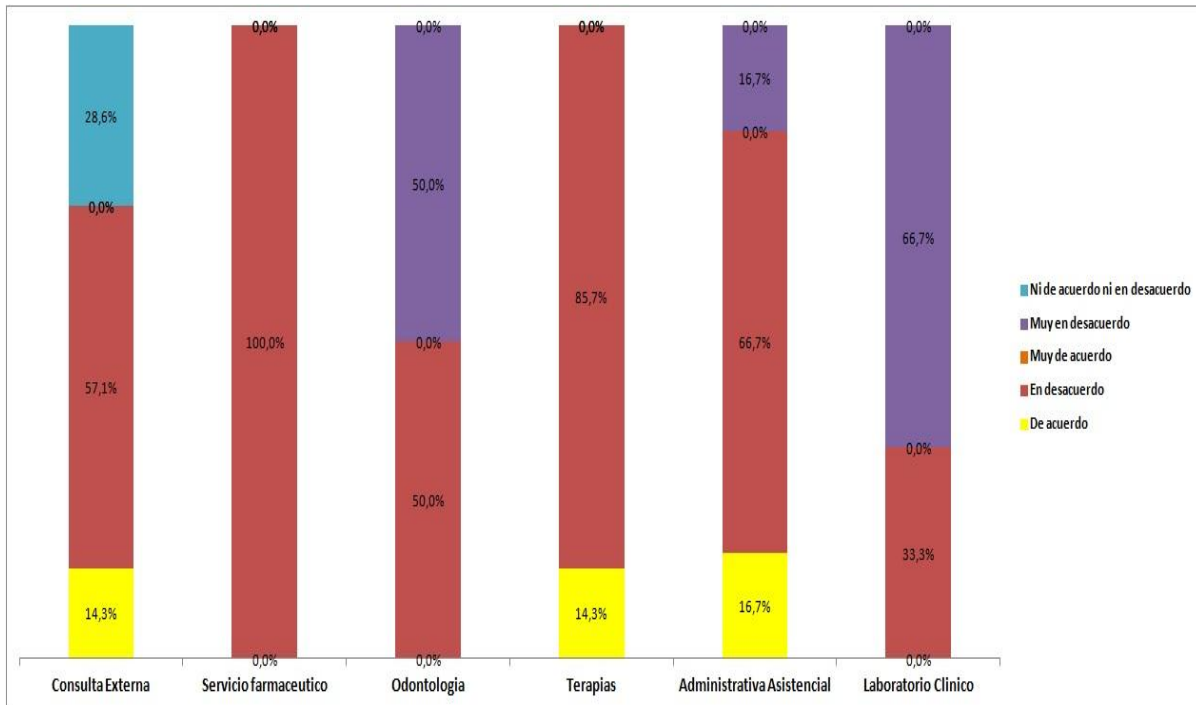
GRÁFICA 7. PREGUNTA 7. USAMOS MÁS PERSONAL TEMPORAL DE LO ADECUADO, PARA EL CUIDADO DEL PACIENTE.



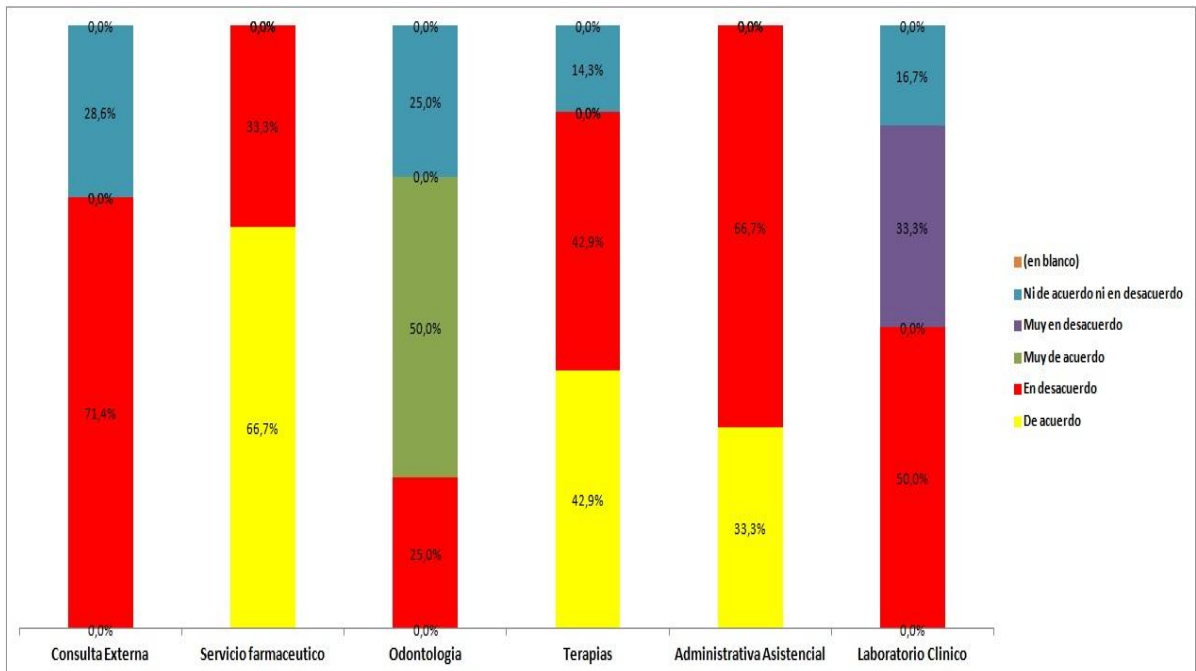
GRÁFICA 8. PREGUNTA 8. EL PERSONAL SIENTE QUE SUS ERRORES SON USADOS EN SU CONTRA.



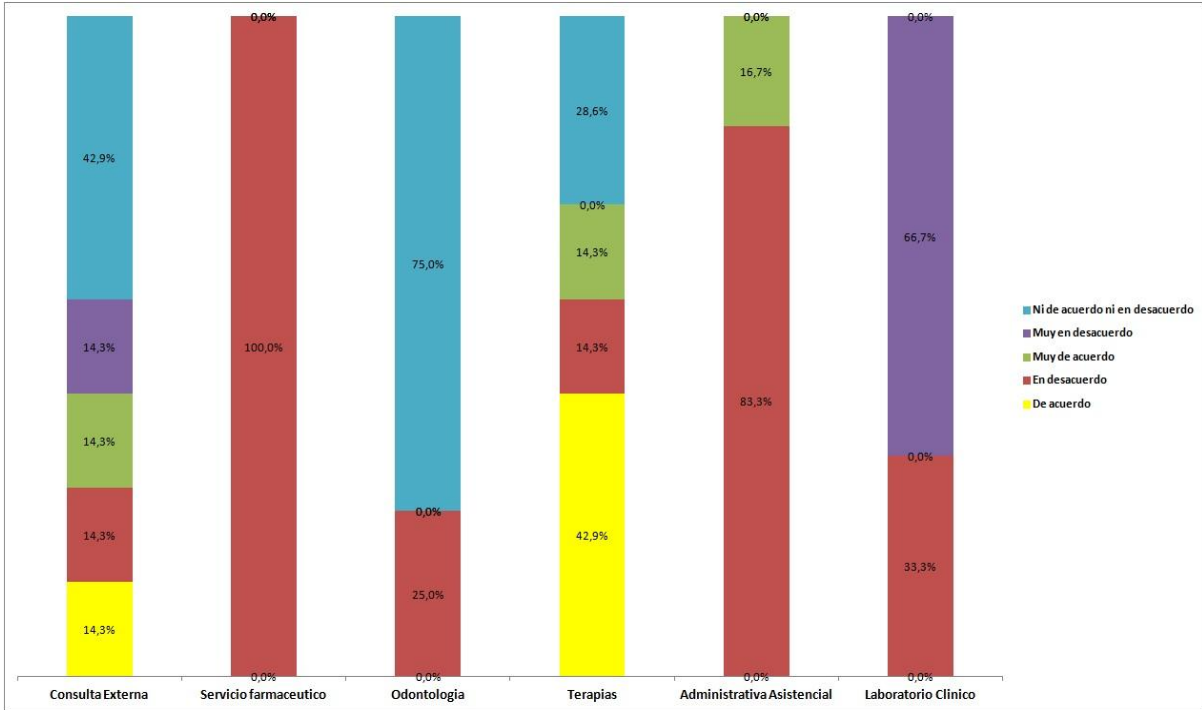
GRÁFICA 9. PREGUNTA 10. ES SÓLO POR CASUALIDAD QUE ACÁ NO OCURRAN ERRORES MÁS SERIOS.



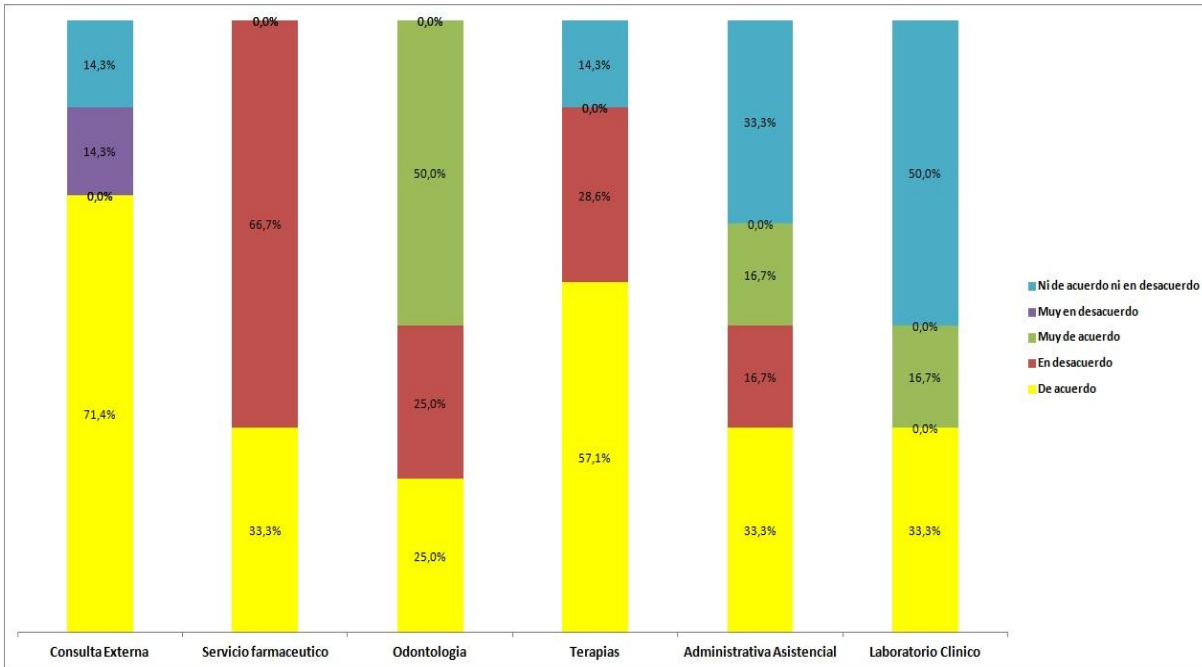
GRAFICA10. PREGUNTA 15. LA SEGURIDAD DEL PACIENTE NUNCA SE COMPROMETE POR HACER MÁS TRABAJO



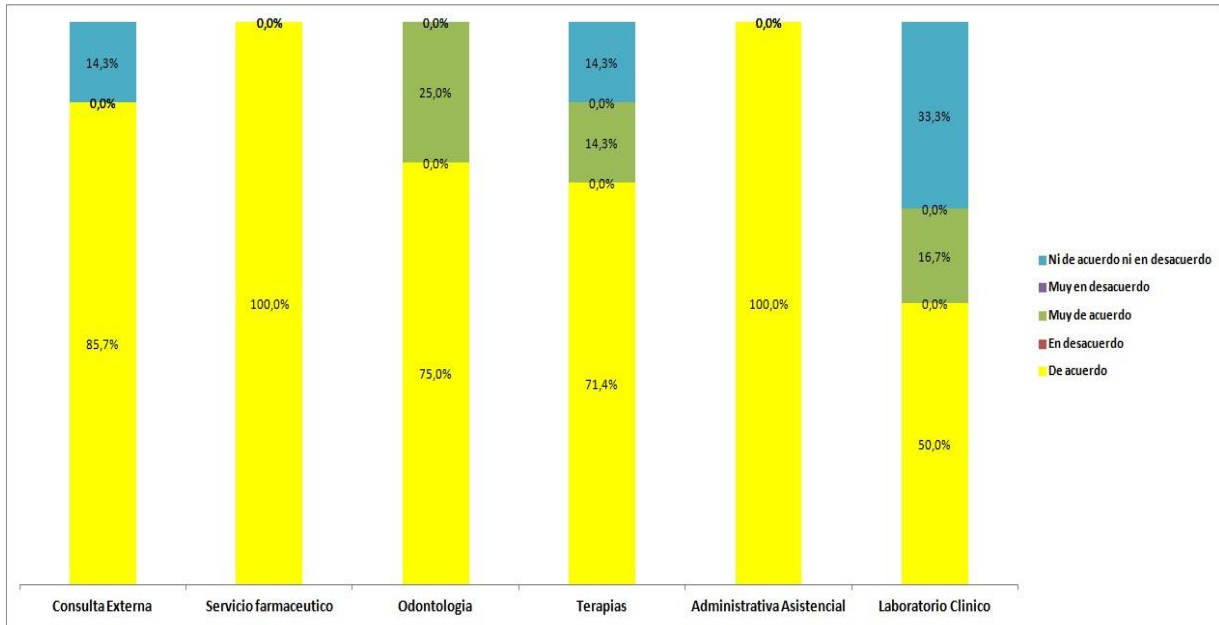
GRÁFICA 11. PREGUNTA 16. LOS EMPLEADOS SE PREOCUPAN DE QUE LOS ERRORES QUE COMETEN QUEDEN REGISTRADOS EN SU HOJA DE VIDA



GRÁFICA 12. PREGUNTA 17. NO TENEMOS PROBLEMAS CON LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES EN ESTA UNIDAD.



GRÁFICA 13. PREGUNTA 18. NUESTROS PROCEDIMIENTOS Y SISTEMAS SON EFECTIVOS PARA LA PREVENCIÓN DE ERRORES QUE PUEDAN OCURRIR.



Teniendo en cuenta las tres primeras preguntas referentes al área de trabajo como son, “(1) la gente se apoya mutuamente, (2) tenemos suficiente personal para realizar el trabajo, y (3) cuando necesitamos terminar una gran cantidad de trabajo, lo hacemos en equipo”, se puede observar en estas tres preguntas que las áreas de servicio farmacéutico y odontología manifestaron estar de acuerdo y muy de acuerdo en un 100%. Sin embargo llama la atención el porcentaje de 16,7% que está en desacuerdo en el área de laboratorio clínico respecto a las preguntas 1 y 3 “la gente se apoya mutuamente en esta unidad y cuando necesitamos terminar una gran cantidad de trabajo, lo hacemos en equipo”, evidenciando fallas en el trabajo en conjunto que debe existir en el área para propiciar un clima laboral adecuado que fortalezca la seguridad del paciente. Por otro lado, con respecto a la pregunta “tenemos suficiente personal para realizar el trabajo” se observó porcentajes entre el 14,3% y 16,7% en desacuerdo en las áreas de consulta externa, terapias, administrativo asistencial y laboratorio clínico, situación que a pesar de que son porcentajes bajos, por ser áreas de contacto directo con pacientes, se debe revisar esta percepción para evitar que la falta de personal se constituya en un riesgo para la seguridad del paciente.

En todas las áreas el 100% están de acuerdo y muy de acuerdo en que dentro de sus unidades el personal se trata con respeto.

De igual manera resulta favorable la respuesta del área de odontología que afirma estar de acuerdo y muy de acuerdo en un 75% con respecto a la pregunta “el personal en esta unidad trabaja más horas de lo establecido para el cuidado del paciente”; sin embargo en el área de terapias el 14,3% está en desacuerdo y 14,3%

muy en desacuerdo, respecto a esta aseveración. Por otra parte en todas las áreas existe variabilidad con porcentajes desde el 16,7% hasta el 33,3% que están ni de acuerdo ni en desacuerdo mostrando una posición neutral que evidencia la falta de compromiso con la seguridad del paciente. De manera similar, en consulta externa con un 14,3%, odontología con un 25%, terapias con un 14,3% y administrativa asistencial con un 16,7%, manifiestan estar ni de acuerdo, ni en desacuerdo en estar haciendo acciones para mejorar la seguridad del paciente, por lo que se puede analizar que el personal que suministra esta respuesta, se encuentre dentro de los funcionarios que lleva laborando menos de un año en la institución como lo indica la sección H coincidiendo con las áreas de consulta externa, odontología y terapias.

Referente a la afirmación “el personal siente que sus errores son utilizados en su contra”, es importante resaltar que existe un 16,7% tanto en el área administrativa asistencial, como en el laboratorio clínico que están de acuerdo, a pesar de ser un bajo porcentaje, esta situación es negativa ya que se presenta en dos áreas donde se tiene mucho contacto con pacientes; lo contrario se evidencia con el área de servicio farmacéutico con un 100% en desacuerdo, y opiniones ni de acuerdo ni en desacuerdo con porcentajes significativos del 50% en odontología y laboratorio clínico respectivamente. Así mismo el 14,3% de consulta externa y el 42,9% de terapias se muestran de acuerdo con “ los empleados se preocupan de que los errores que cometen queden registrados en sus hojas de vida”, mientras que el 42,9% en consulta externa, 75% del área de odontología, y 28,6 del área de terapias, están ni de acuerdo ni en desacuerdo con respecto a esta afirmación, es decir, le dan poca importancia que esto llegue a suceder, situación contradictoria que se relaciona con la respuesta de la sección G donde existen porcentajes bajos con respecto a reportes de eventos adversos como en odontología con un 25%, terapias 51,7%, administrativa asistencial 16,7% y laboratorio clínico con un 33,3%, que dicen realizar de 1 a 2 reportes en el año. Además solo un 33,3% en servicio farmacéutico, y 16,7% en laboratorio clínico han hecho de 3 a 5 reportes en el último año. Lo anterior resulta paradójico al manifestar que no sienten que sus errores sean usados en su contra o tener una opinión neutral ante tal afirmación, pero no reportan los eventos adversos.

Por otro lado el 71,4% de consulta externa, el 66,7% del área administrativa asistencial, y el 83,3% de laboratorio clínico, están en desacuerdo y muy desacuerdo con “la seguridad del paciente nunca se compromete por hacer más trabajo”, mientras que el 66,7% del servicio farmacéutico afirmó estar de acuerdo.

Finalizando el análisis con respecto al área de trabajo, es importante resaltar que en las diferentes áreas de la institución manifiestan estar en desacuerdo frente a la afirmación “no tenemos problemas con la seguridad de los pacientes en esta unidad” con los siguientes porcentajes: servicio farmacéutico con un 66,7%, consulta externa con un 14,3%, odontología con un 25%, terapias con un 28,6% y administrativo asistencial con un 16,7%, lo que evidencia que en las diferentes áreas hay situaciones por mejorar con relación a la seguridad del paciente.

6.2 SECCIÓN B: SU JEFE INMEDIATO

GRÁFICO 14. PREGUNTA 1. MI JEFE HACE COMENTARIOS FAVORABLES CUANDO VE UN TRABAJO HECHO DE ACUERDO CON LOS PROCEDIMIENTOS ESTABLECIDOS PARA LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES.

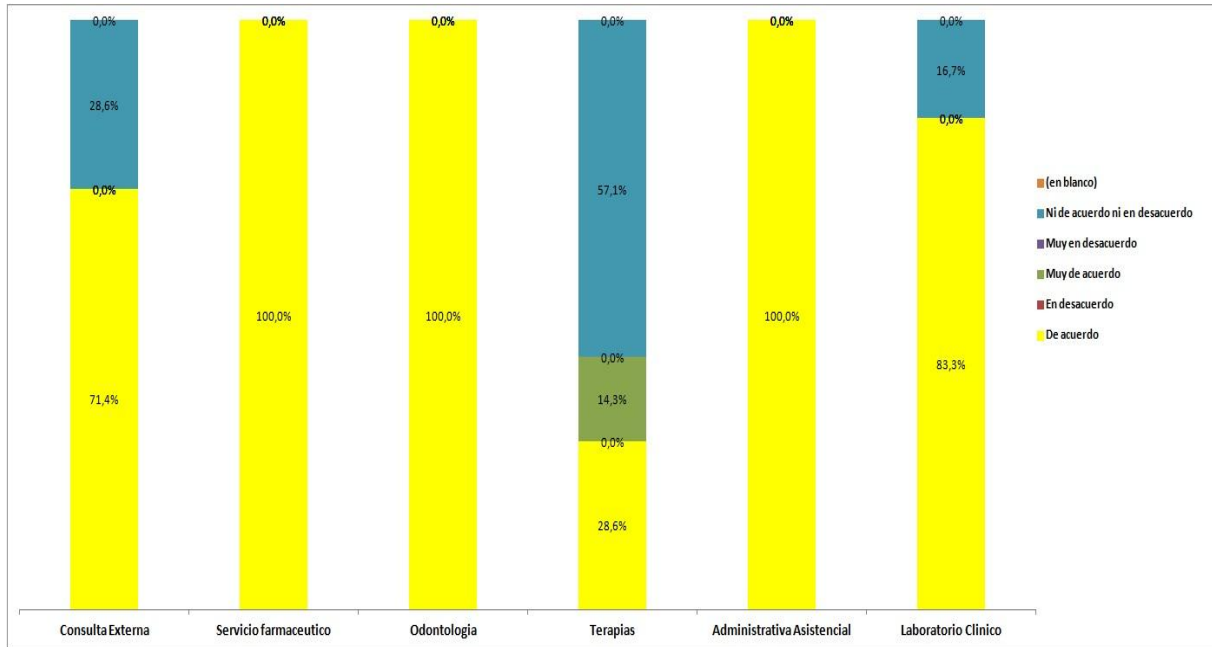


GRÁFICO 15. PREGUNTA 2. MI JEFE ACEPTA LAS SUGERENCIAS DEL PERSONAL PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES.

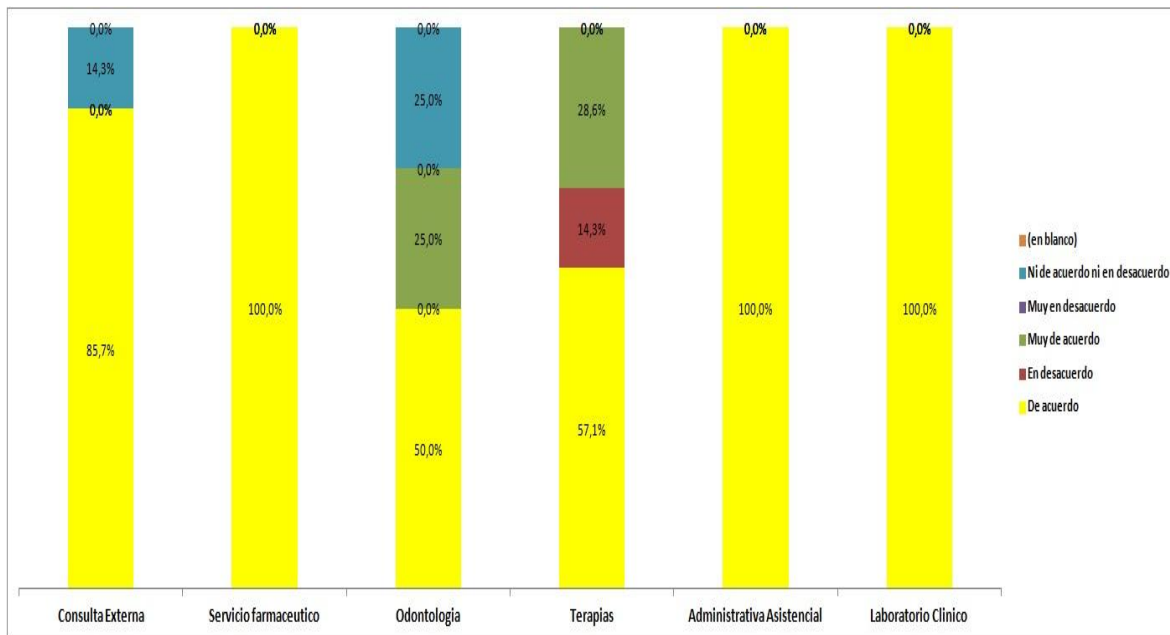


GRÁFICO 16 PREGUNTA 3. CUANDO LA PRESIÓN SE INCREMENTA, MI JEFE QUIERE QUE TRABAJEMOS MÁS RAPIDO, AUNQUE ESTO REQUIERA SALTAR PASOS IMPORTANTES.

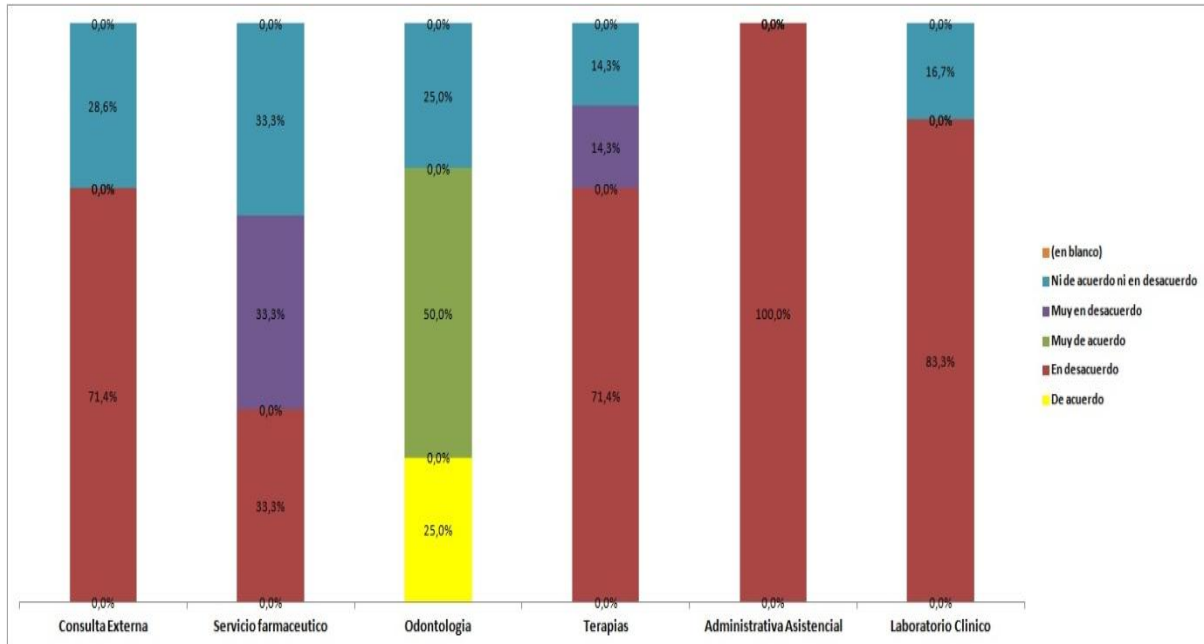
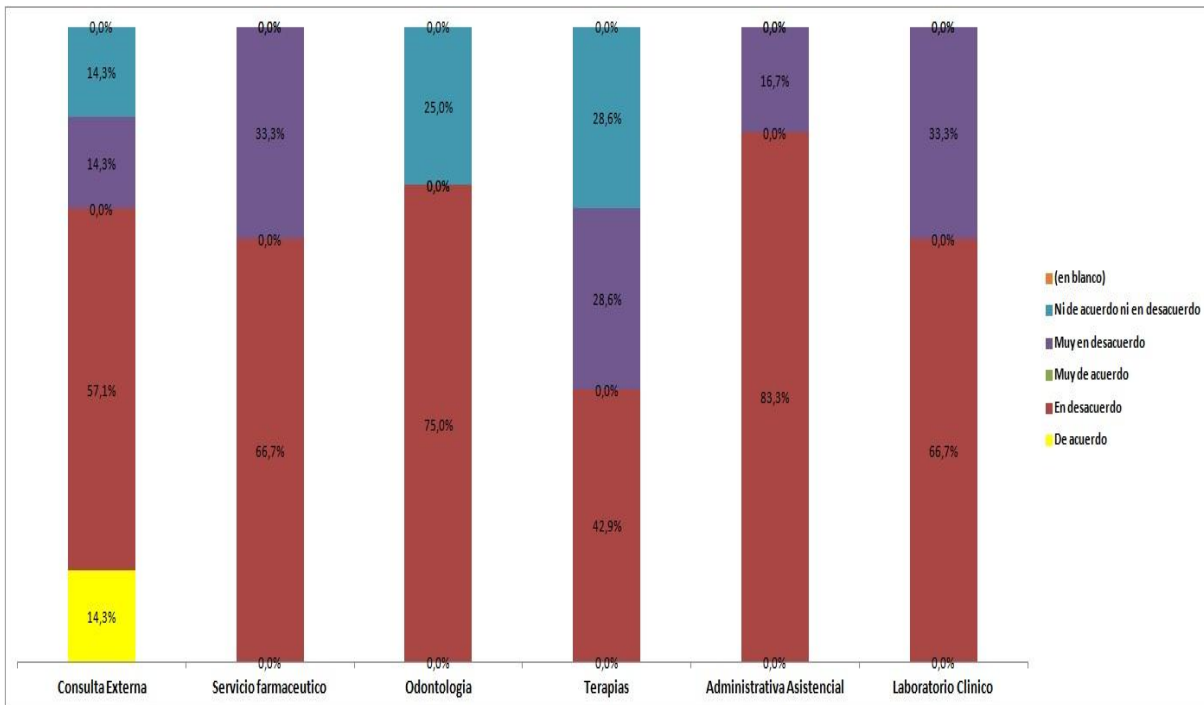


GRAFICO 17 PREGUNTA 4. MI JEFE NO TOMA EN CUENTA LOS PROBLEMAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE QUE SE REPITE UNA Y OTRA VEZ.



De seis áreas asistenciales que se tienen en la institución, tres de ellas que corresponden a odontología, servicio farmacéutico y administrativa asistencial están de acuerdo en un 100% en que su jefe hace comentarios favorables cuando ve un trabajo hecho de acuerdo con los procedimientos establecidos para la seguridad de los pacientes, por el contrario el área de terapias en un 57% están ni de acuerdo ni en desacuerdo.

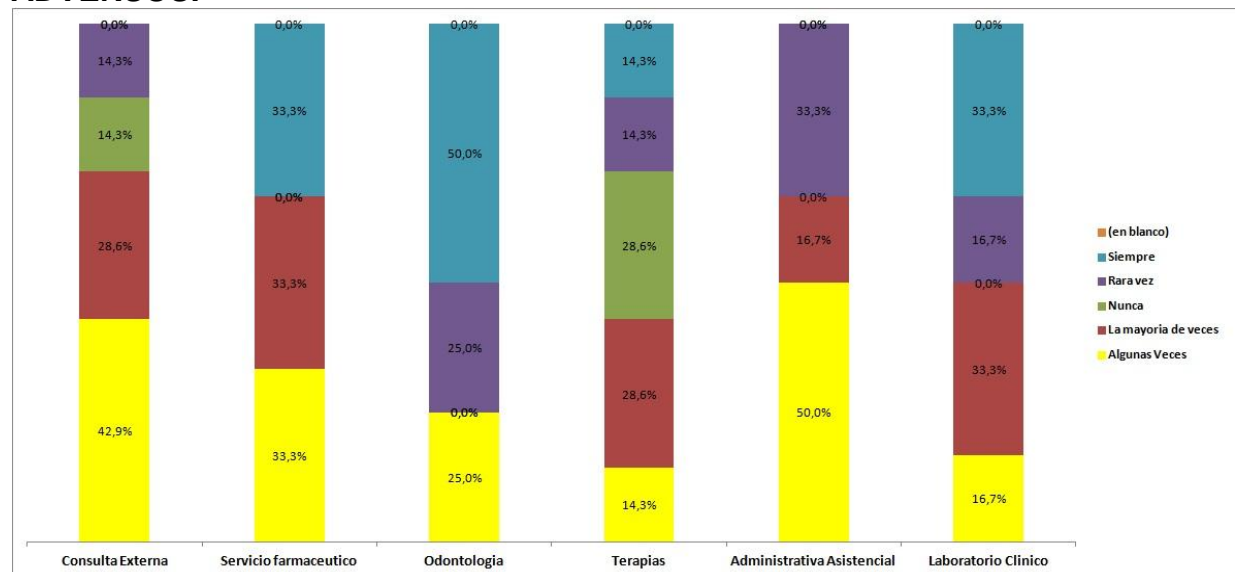
Tanto en el servicio farmacéutico como en la administrativa asistencial en la primera y segunda pregunta referente a si el jefe acepta las sugerencias del personal para mejorar la seguridad de los pacientes el 100% están de acuerdo, por el contrario odontología aunque frente a la pregunta acerca de si el jefe hace comentario favorable están el 100% de acuerdo en que lo hay, pero de manera contradictoria en la segunda pregunta hay una variabilidad en la respuesta dada en un 25 %, y el área de terapias muestra un desacuerdo del 14,3%.

Con respecto a la pregunta “Cuando la presión se incrementa, mi jefe quiere que trabajemos más rápido, aunque esto requiera saltar pasos importantes” es importante resaltar que aunque cinco de las seis áreas manifiestan estar en desacuerdo, existe un porcentaje considerable del 75% en el área de odontología que está de acuerdo en que esto se presenta y un 25% con opinión neutral.

Por otro lado con respecto a si el jefe no toma en cuenta los problemas de seguridad del paciente que se repiten una y otra vez, tres de las áreas están en completo desacuerdo, a diferencia de las áreas de terapia y odontología donde manifiestan estar ni de acuerdo ni en desacuerdo en porcentajes de 28,6% y 25% respectivamente.

6.3 SECCIÓN C: COMUNICACIÓN

GRÁFICA 18.PREGUNTA 1. LA GERENCIA NOS INFORMA SOBRE LOS CAMBIOS REALIZADOS BASADOS EN LO APRENDIDO DE LOS REPORTES ADVERSOS.



GRÁFICA 19. PREGUNTA 2. EL PERSONAL HABLA LIBREMENTE SI VE ALGO QUE PODRIA AFECTAR NEGATIVAMENTE EL CUIDADO DEL PACIENTE.

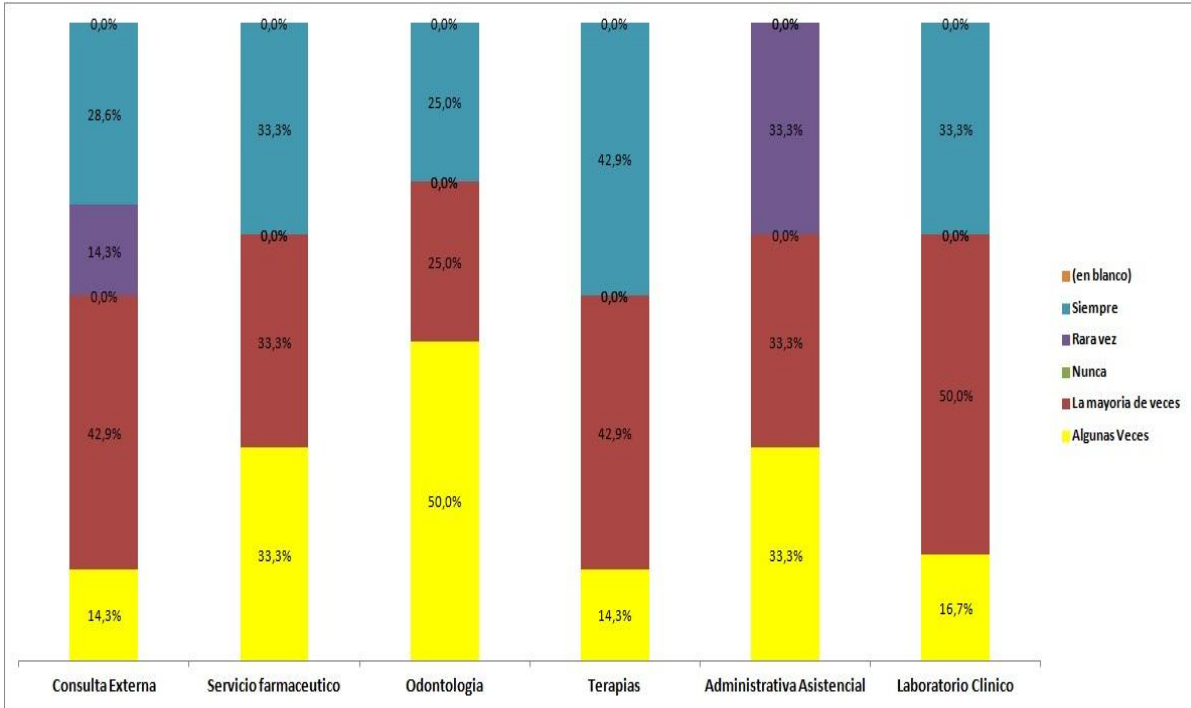


GRÁFICO 20. PREGUNTA 3. ESTAMOS INFORMADOS SOBRE LOS ERRORES QUE SE COMETEN EN ESTA ÁREA.

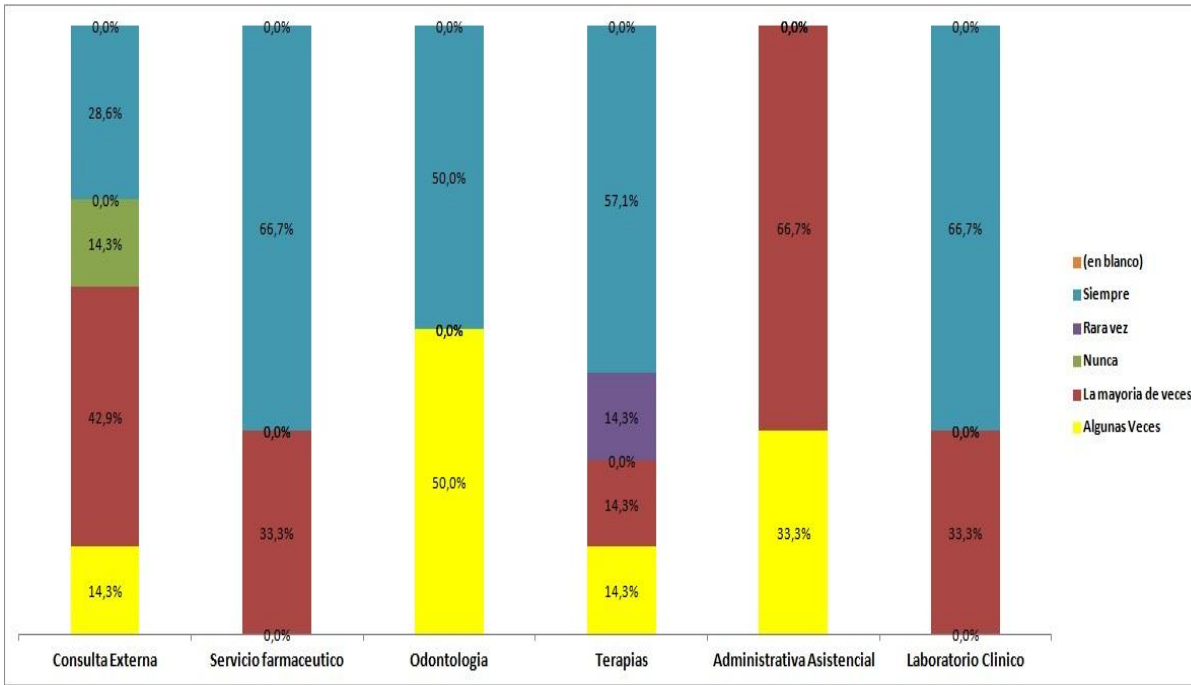


GRÁFICO 21 PREGUNTA 4. EL PERSONAL SE SIENTE LIBRE DE CUESTIONAR LAS DECISIONES O ACCIONES DE AQUELLOS CON MAYOR AUTORIDAD.

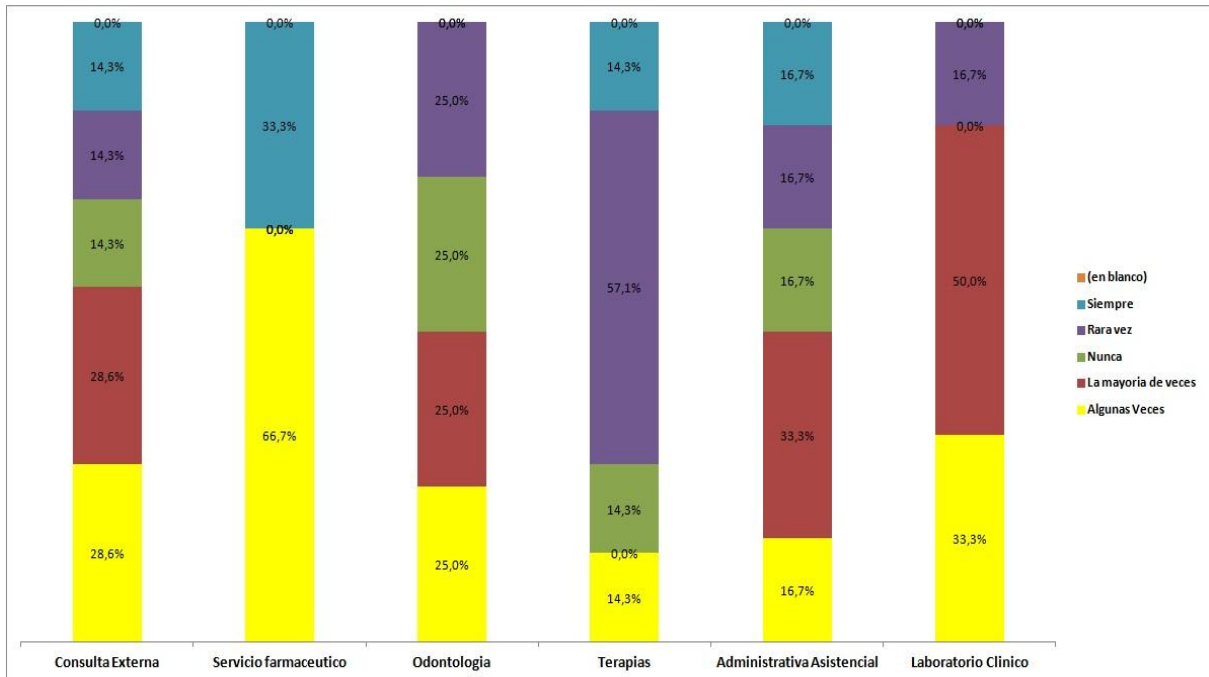


GRÁFICO 22. PREGUNTA 5. EN ESTE SIRVICIO, DISCUTIMOS FORMAS DE PREVENIR ERRORES PARA QUE NO SE VUELVAN A COMETER.

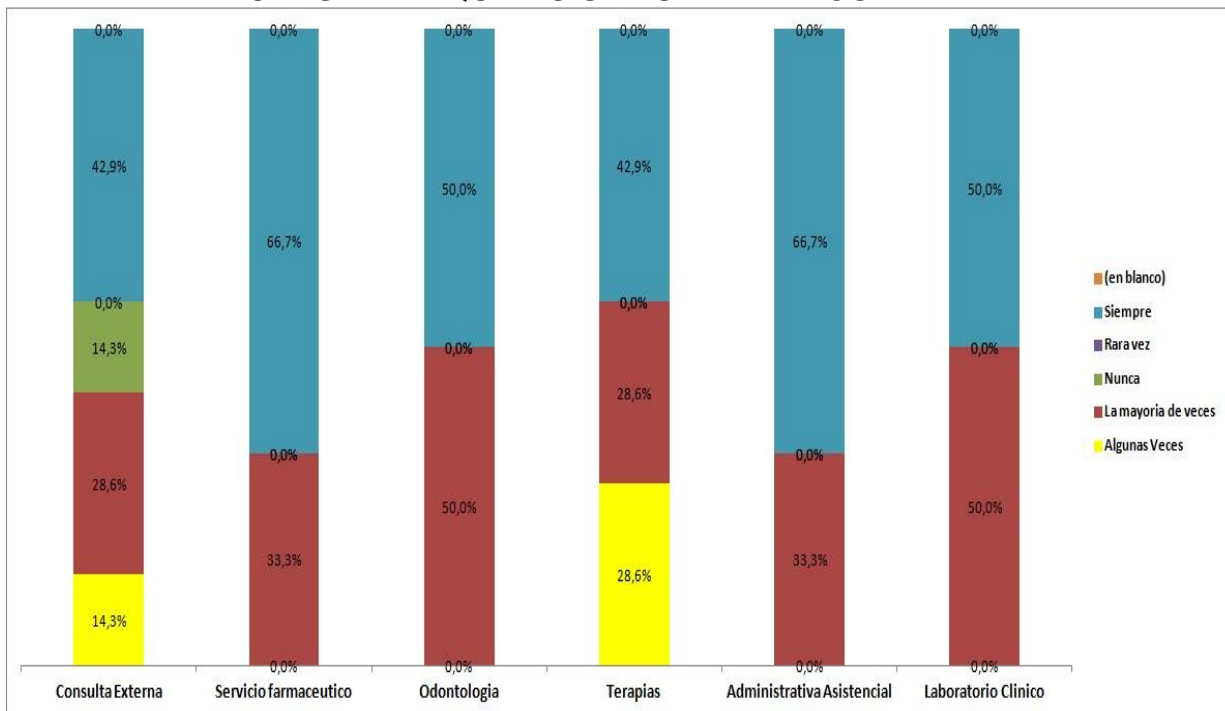
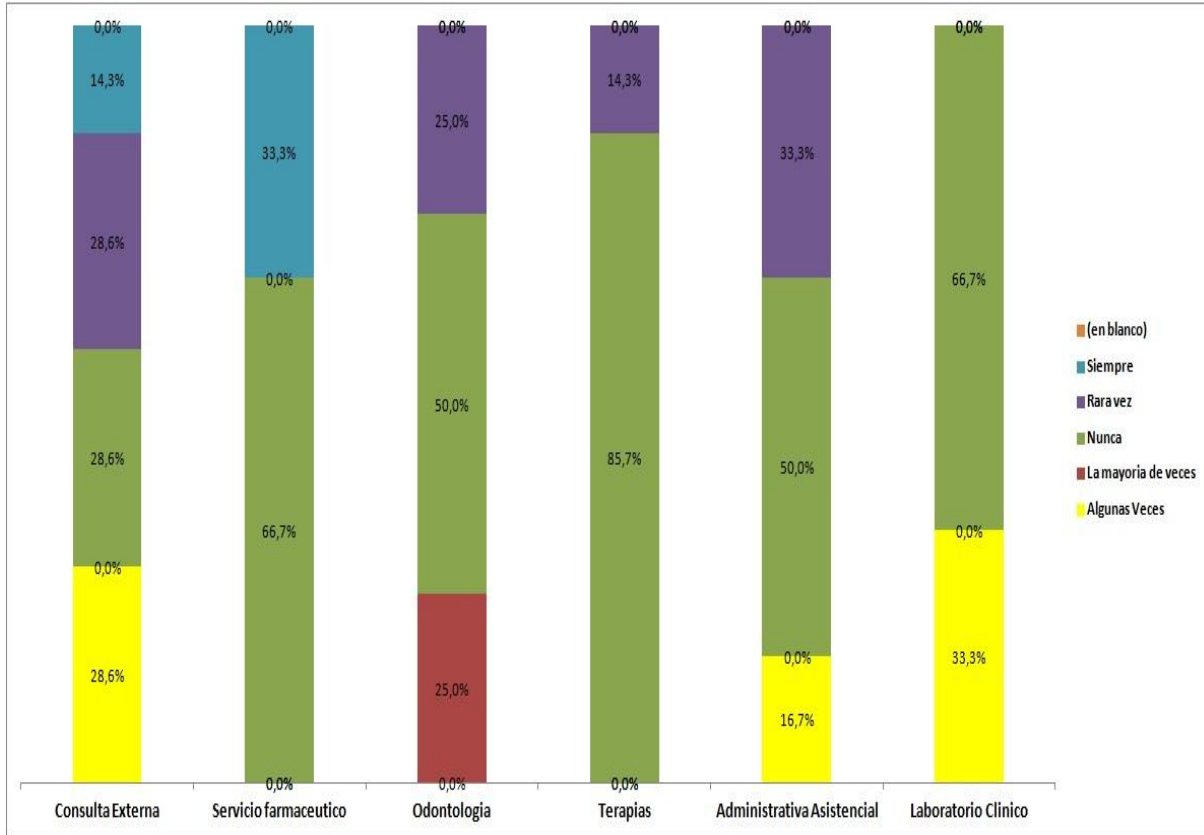


GRÁFICO 23 PREGUNTA 6. EL PERSONAL TIENE MIEDO DE HACER PREGUNTAS CUANDO ALGO NO PARECE ESTAR CORRECTO.



En cuanto al primer punto de esta sección que hace referencia a “la Gerencia nos informa sobre los cambios realizados basados en lo aprendido de los reportes de eventos”, en el área de servicio farmacéutico se maneja una buena comunicación con respecto a la seguridad del paciente ya que afirmó que sí se les informa siempre, la mayoría de las veces y algunas veces con porcentajes en cada una de las opiniones con un 33,3%, sin embargo, cabe resaltar que en el resto de áreas hubo porcentajes que expresaron que rara vez se les informa y lo que es peor en las áreas de terapias y consulta externa existen porcentajes del 28,6% y 14,3% que manifestaron que nunca se les informa.

En todas las áreas asistenciales, más del 55% afirman poder hablar libremente si ven algo que podría afectar negativamente el cuidado paciente, sin embargo en el área administrativa asistencial existe un 33,3% que considera que rara vez lo puede hacer. Hecho similar ocurre en las áreas de consulta externa y servicio farmacéutico con porcentajes de 14,3% y 33% respectivamente donde afirman siempre tener miedo de hacer preguntas cuando algo no parece estar correcto y también las áreas de consulta externa, administrativa asistencial y laboratorio clínico con porcentajes de 28,6%, 16,7% y 33,3% respectivamente las cuales manifestaron tener este temor algunas veces.

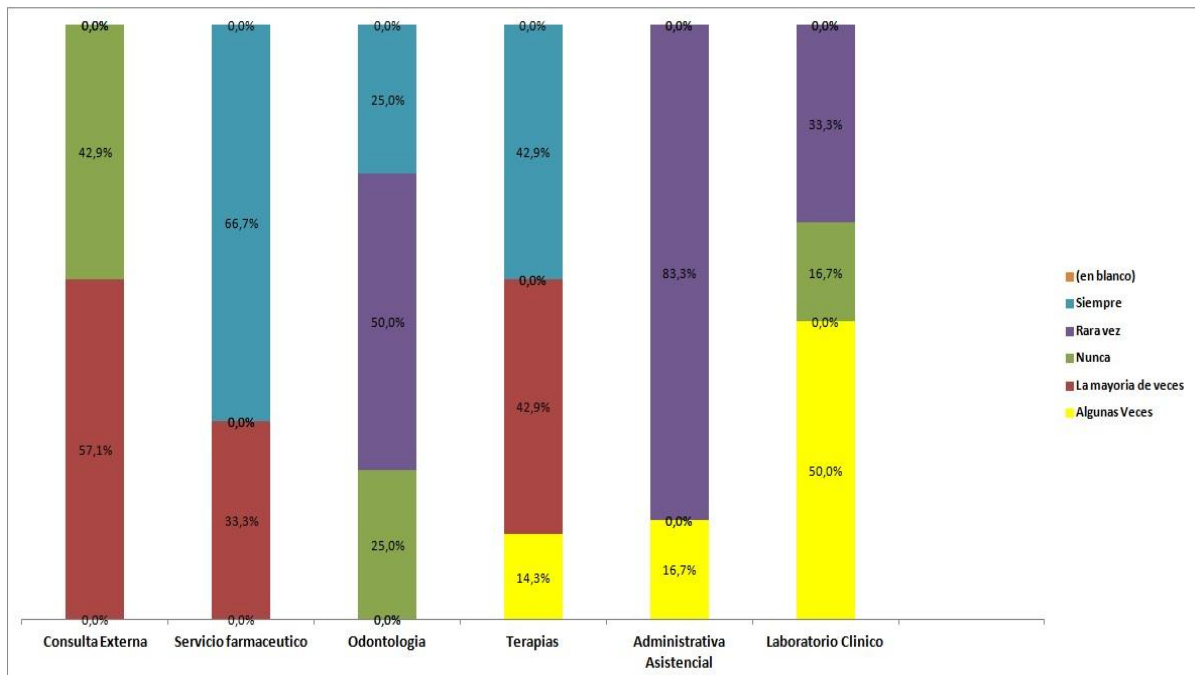
Por otro lado cuando se afirma que si el personal está informado sobre los errores que se cometen en esta área, más del 60% respondieron que se hace siempre y la mayoría de las veces, aunque hubo un 14% de consulta externa que manifestó nunca informársele de estos errores y muy seguramente debido a este hecho es que ese mismo porcentaje correspondiente a 14,3% del área de consulta externa manifiesta que nunca discuten formas de prevenir errores para que no se vuelvan a cometer.

Otro de los aspectos más relevantes evaluados negativamente y que impactan la seguridad del paciente relacionado con la comunicación, es el hecho de que en el área de terapias rara vez con un 57,1% y nunca con un 14,3% el personal se siente libre de cuestionar las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad, de igual forma las áreas de consulta externa con un 14,3%, odontología con un 25 %, terapias con un 14,3% y administrativo asistencial con un 16,7%, respondieron nunca sentir libertad de hacerlo.

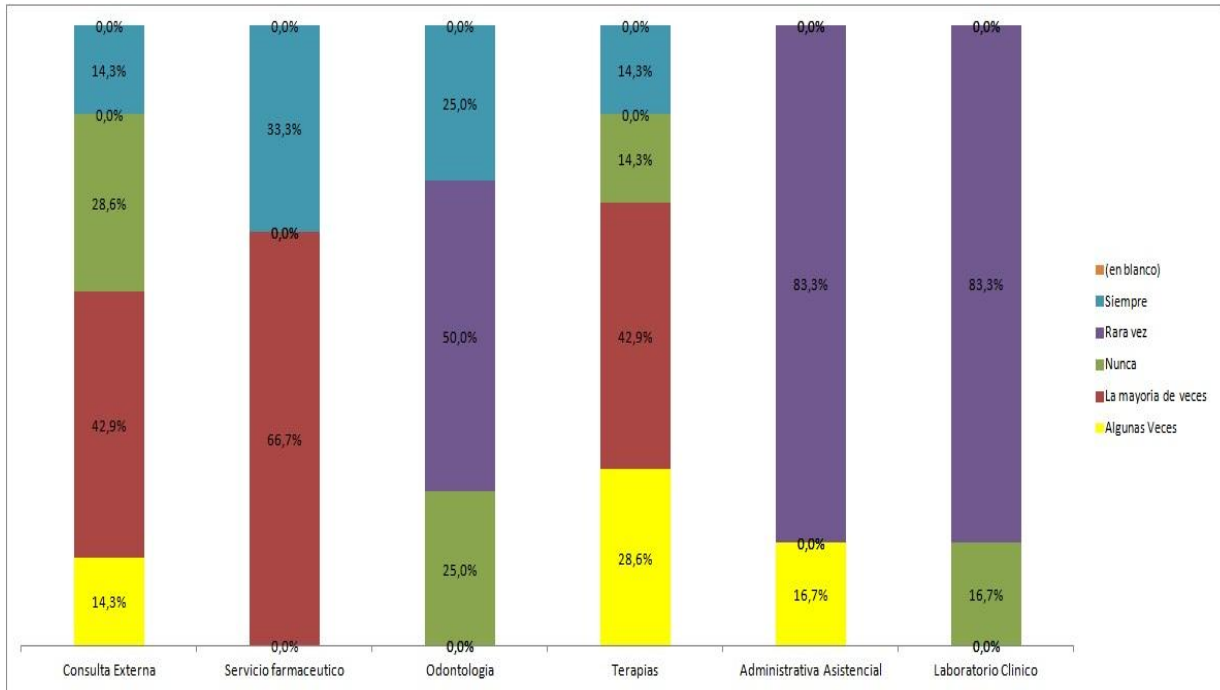
Realizando el respectivo análisis se puede concluir que la comunicación en las diferentes áreas no es tan efectiva, ya que como se puede observar, existen situaciones en las cuales se necesita una mayor comunicación que sea clara y precisa para que haya un buen funcionamiento y de esta forma garantizar la seguridad en la atención del paciente.

6.4 SECCION D: FRECUENCIA DE EVENTOS ADVERSOS/ ERRORES REPORTADOS

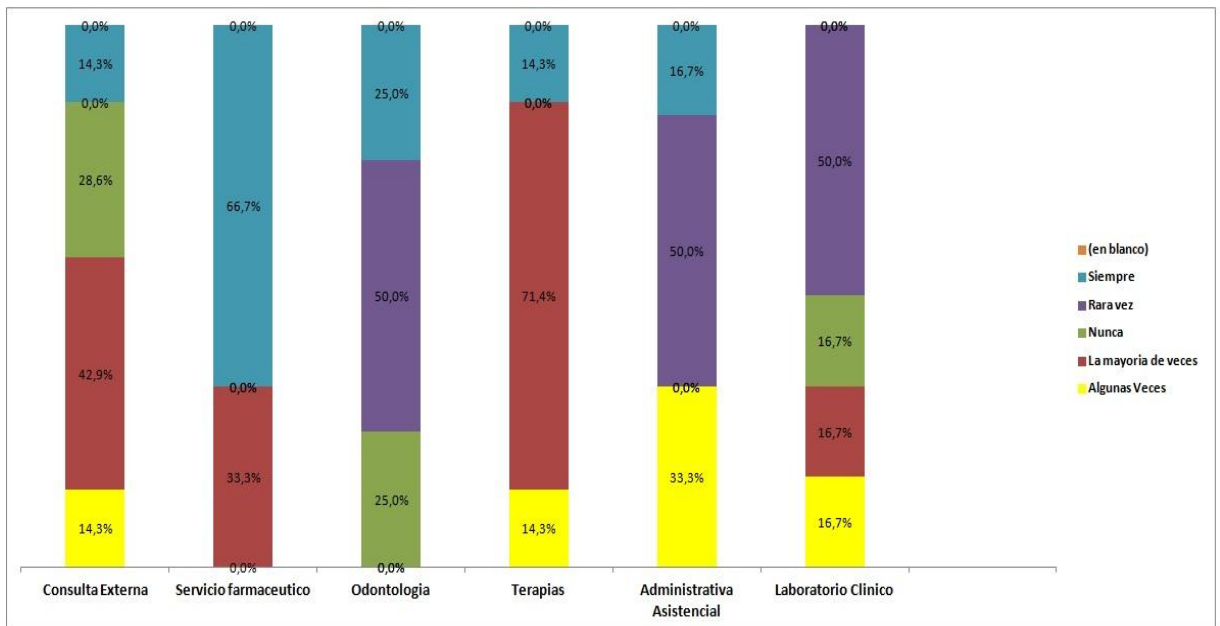
GRÁFICO 24. PREGUNTA 1. ¿CUANDO SE COMETE UN ERROR PERO ES DESCUBIERTO Y CORREGIDO ANTES DE AFECTAR AL PACIENTE, QUE TAN FRECUENTE ES REPORTADO?



GRÁFICA 25. PREGUNTA 2. ¿CUANDO SE COMETE UN ERROR, PERO NO TIENE EL POTENCIAL DE DAÑAR PACIENTE QUE TAN FRECUENTE ES REPORTADO?



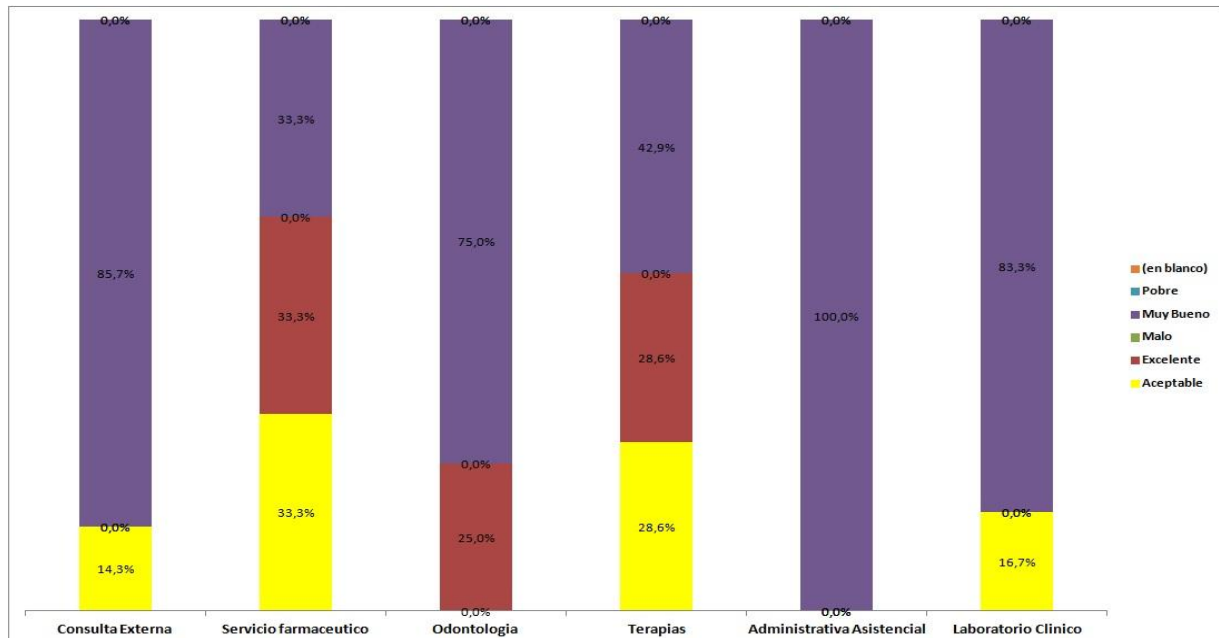
GRAFICA 26 PREGUNTA 3. ¿CUANDO SE COMETE UN ERROR, QUE PUDIESE DAÑAR AL PACIENTE, PERO NO LO HACE, QUE TAN FRECUENTE ES REPORTADO?.



Se pudo observar que en las tres gráficas correspondientes a esta sección, el área de servicio farmacéutico mostró una respuesta positiva con respecto al reporte de eventos adversos, ya que en un 100% manifestó que la mayoría de las veces y siempre lo realiza, lo que indica que el personal de esta área tiene cultura de reporte de eventos adversos para mejorar la seguridad del paciente, sin embargo el personal del área administrativa asistencial expresó que estos reportes se realizan algunas veces y rara vez con porcentaje del 50% al 83,3%, y en las áreas de consulta externa, odontología y laboratorio clínico, se presentó un porcentaje entre el 16,7% y 42,9% afirmando nunca realizar reportes de eventos adversos, lo cual indica que se deben fortalecer a los funcionarios que laboran en estas áreas, diseñando un trabajo encaminado a la cultura del reporte de estos eventos.

6.5 SECCION E : GRADO DE SEGURIDAD DE PACIENTE

GRÁFICA 27. PREGUNTA 1. POR FAVOR, ASÍGNELE A SU ÁREA DE TRABAJO UN GRADO GENERAL EN SEGURIDAD DEL PACIENTE.

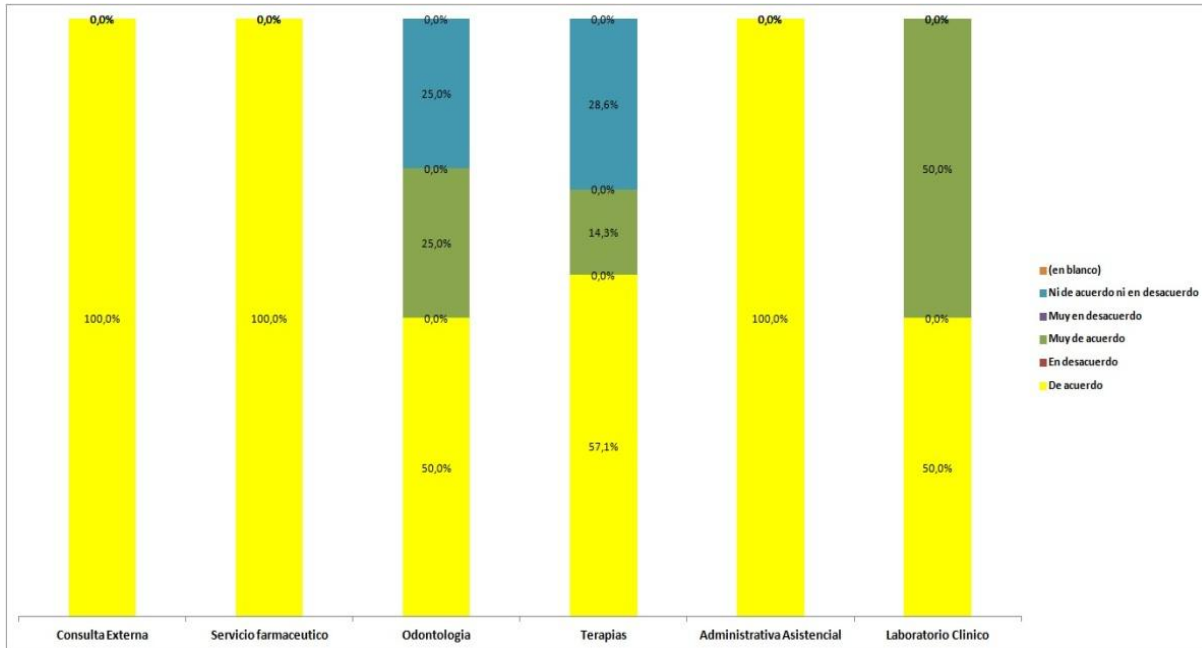


Con respecto al grado general en seguridad del paciente se puede observar que las áreas que en mayor porcentaje creen que el grado de seguridad del paciente es muy bueno son las áreas de consulta externa 85,7%, odontología 75%, administrativo asistencial 100% y el área de laboratorio clínico 83,3%.

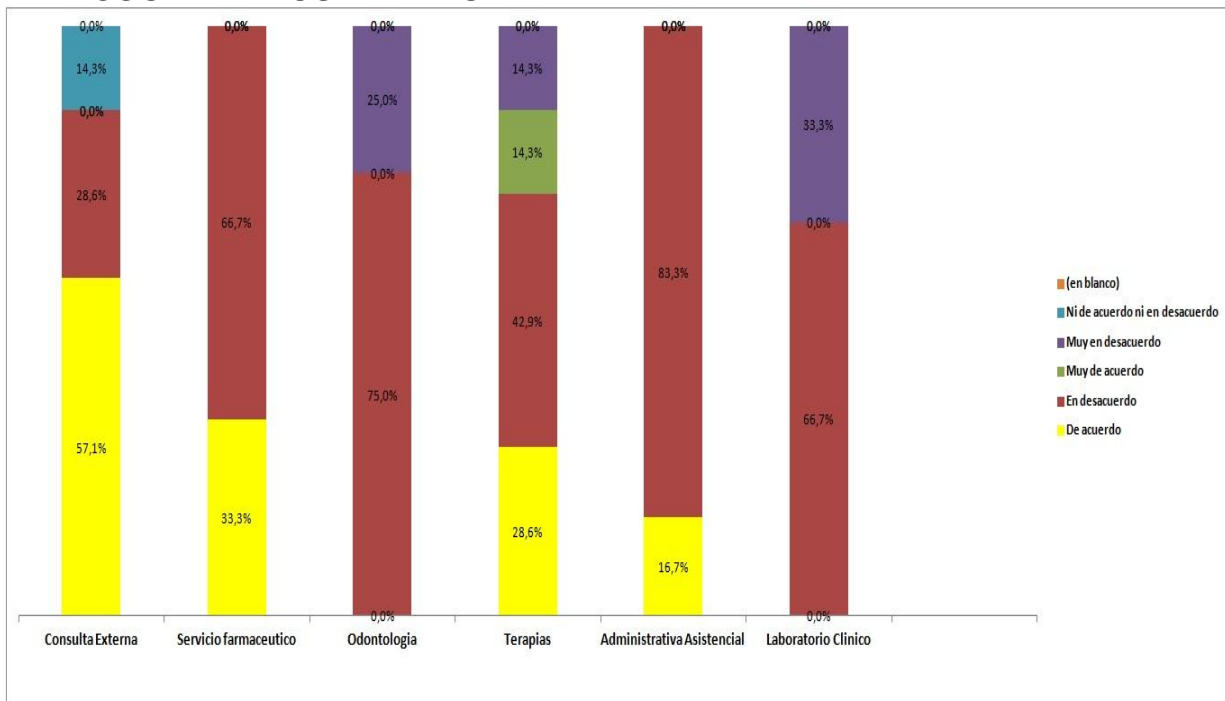
De otro lado se puede observar que las áreas de servicio farmacéutico y terapias sus respuestas están parcializadas es así que en el área de farmacia un 33,3% piensa que es aceptable, un 33,3% piensa que es excelente y un 33,3% piensa que es muy bueno, de igual forma ocurren en el área de terapias pues un 28,6% piensa que es aceptable, un 28,6% piensa que es excelente y un 42,9% piensa que es muy bueno.

6.6 SECCION F: SU INSTITUCIÓN.

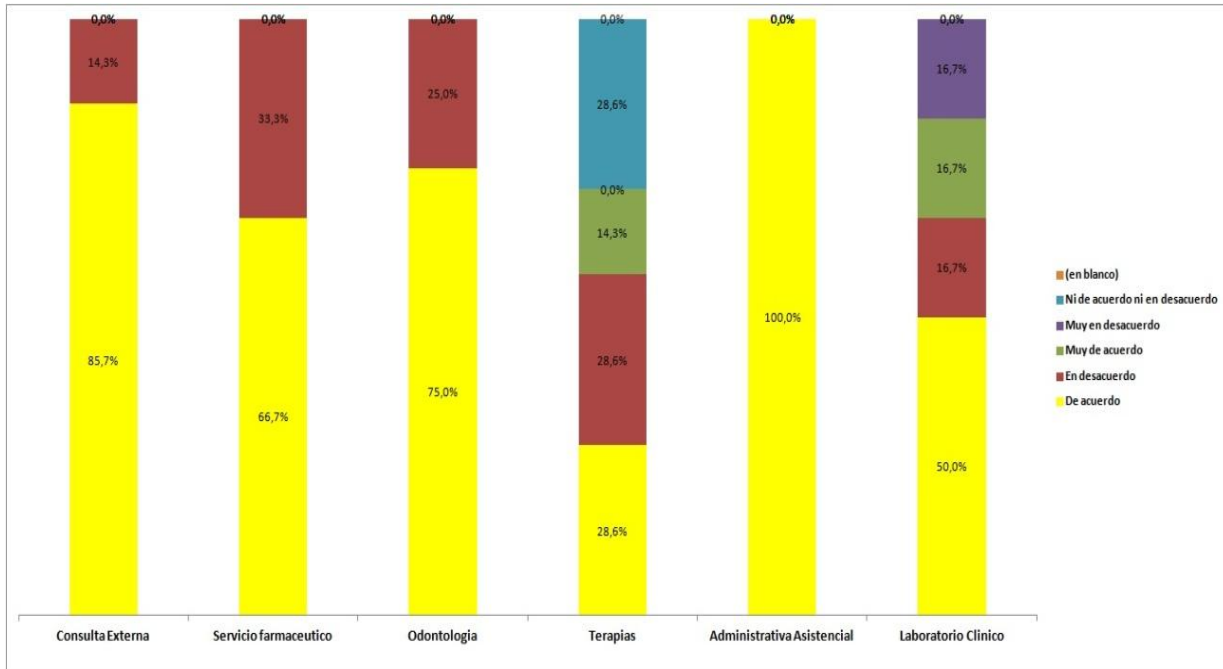
GRÁFICA 28 .PREGUNTA 1. LA GERENCIA DE LA INSTITUCIÓN PROPICIA UN AMBIENTE LABORAL QUE PROMUEVE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.



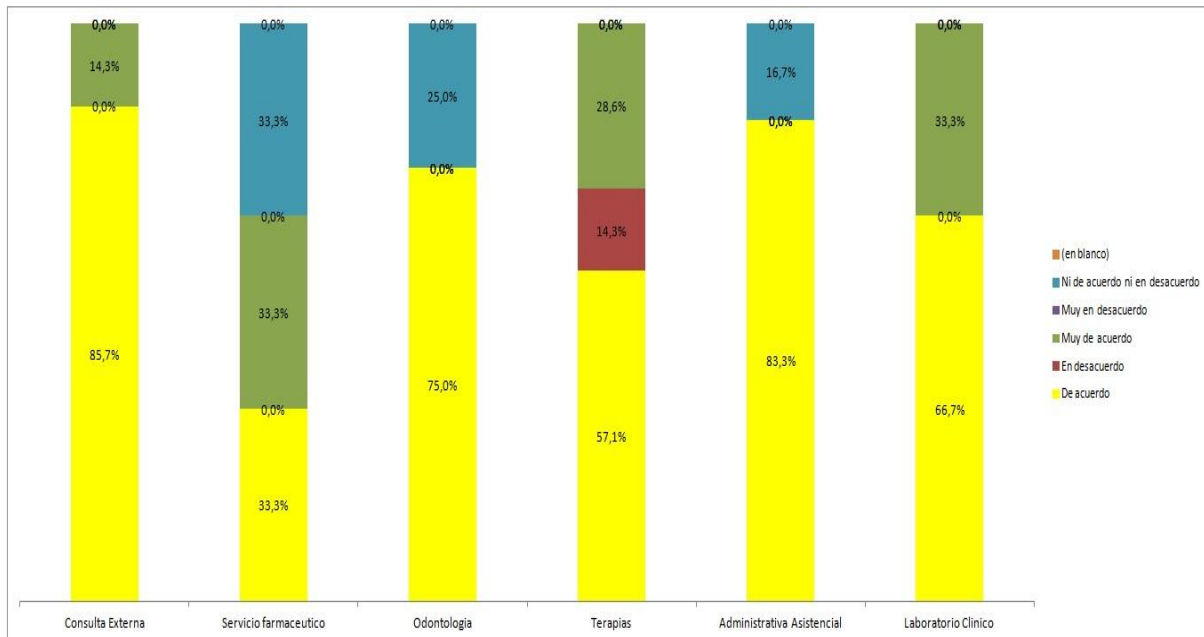
GRÁFICA 29. PREGUNTA 2. LOS SERVICIOS DE ESTA INSTITUCIÓN NO ESTÁN BIEN COORDINADOS ENTRE SÍ.



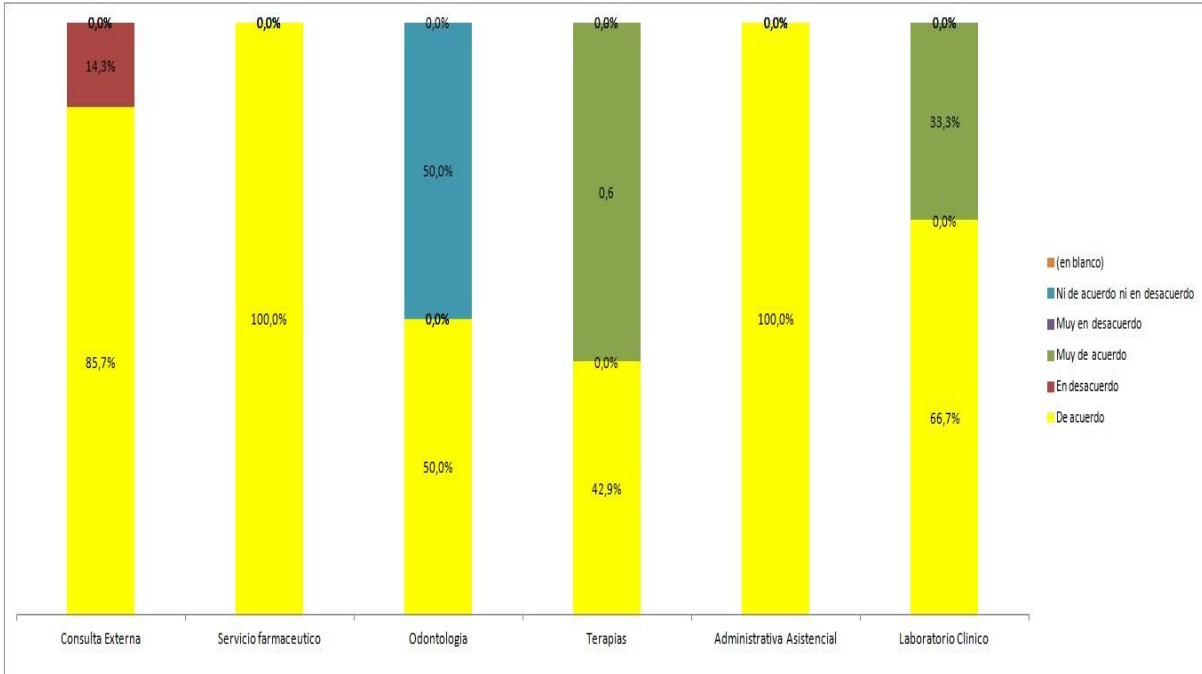
GRÁFICA 30. PREGUNTA 3. LA CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN DE LOS PACIENTES NO SE PIERDE CUANDO ÉSTOS SE TRANSFIEREN DE UN SERVICIO A OTRO.



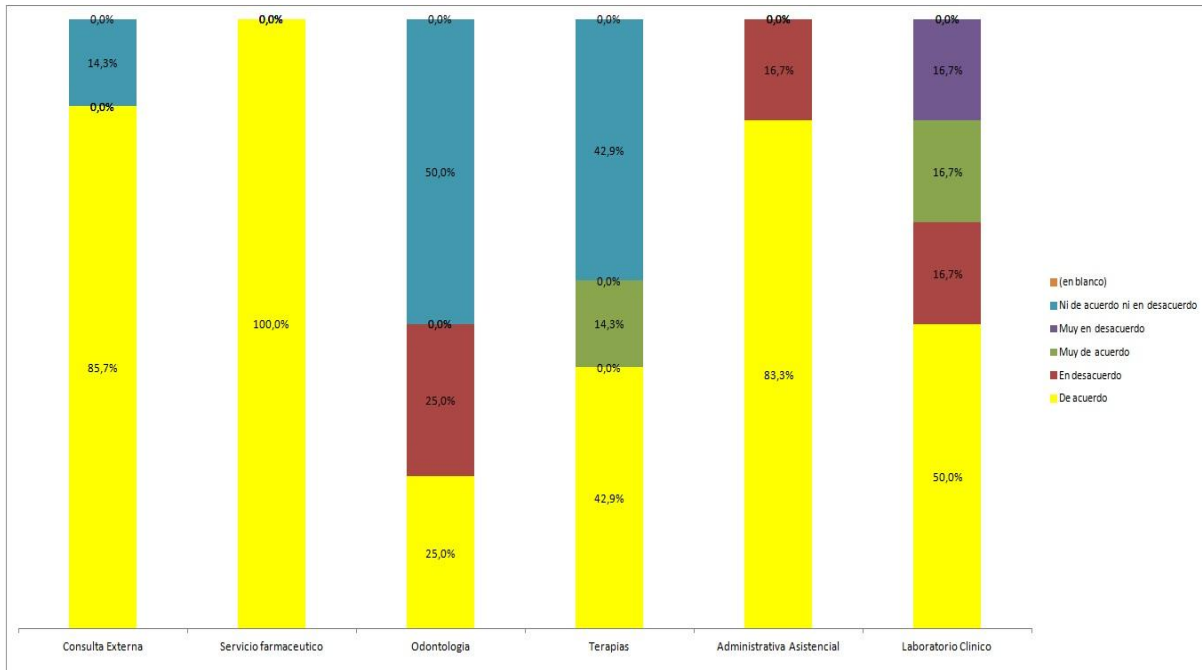
GRÁFICA 31. PREGUNTA 4. HAY BUENA COOPERACIÓN ENTRE LOS SERVICIOS DE LA INSTITUCIÓN QUE REQUIEREN TRABAJAR CONJUNTAMENTE.



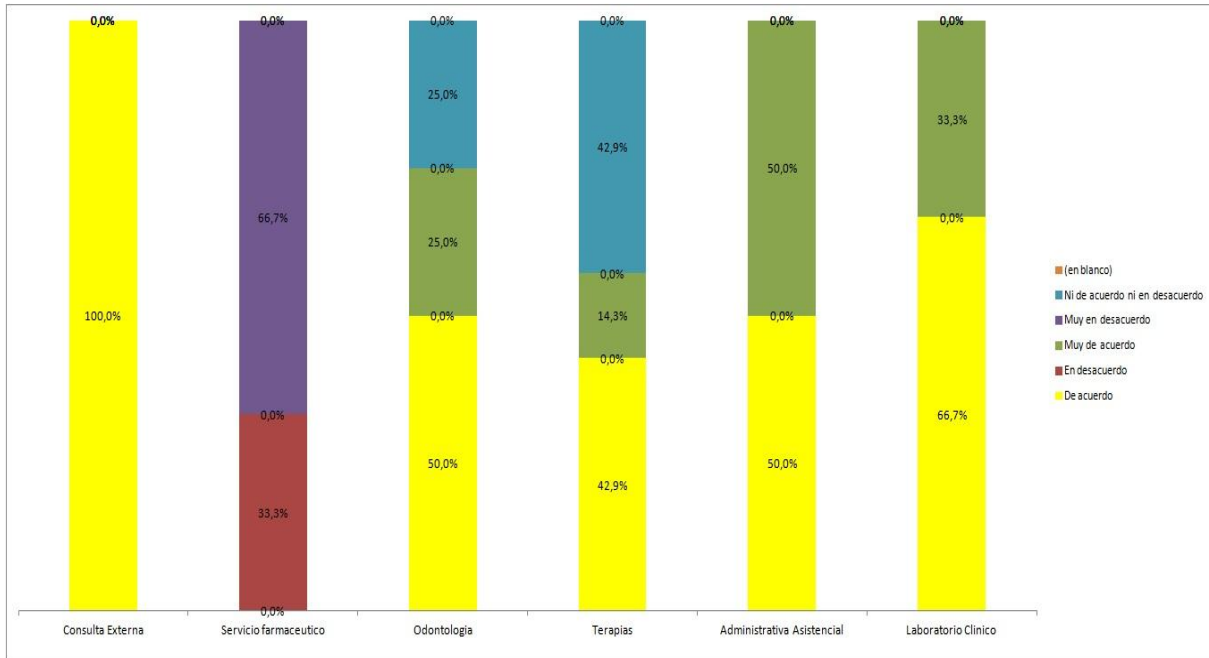
GRÁFICA 32. PREGUNTA 5. FRECUENTAMENTE ES AGRADABLE TRABAJAR CON PERSONAL DE OTROS SERVICIOS DE LA INSTITUCIÓN.



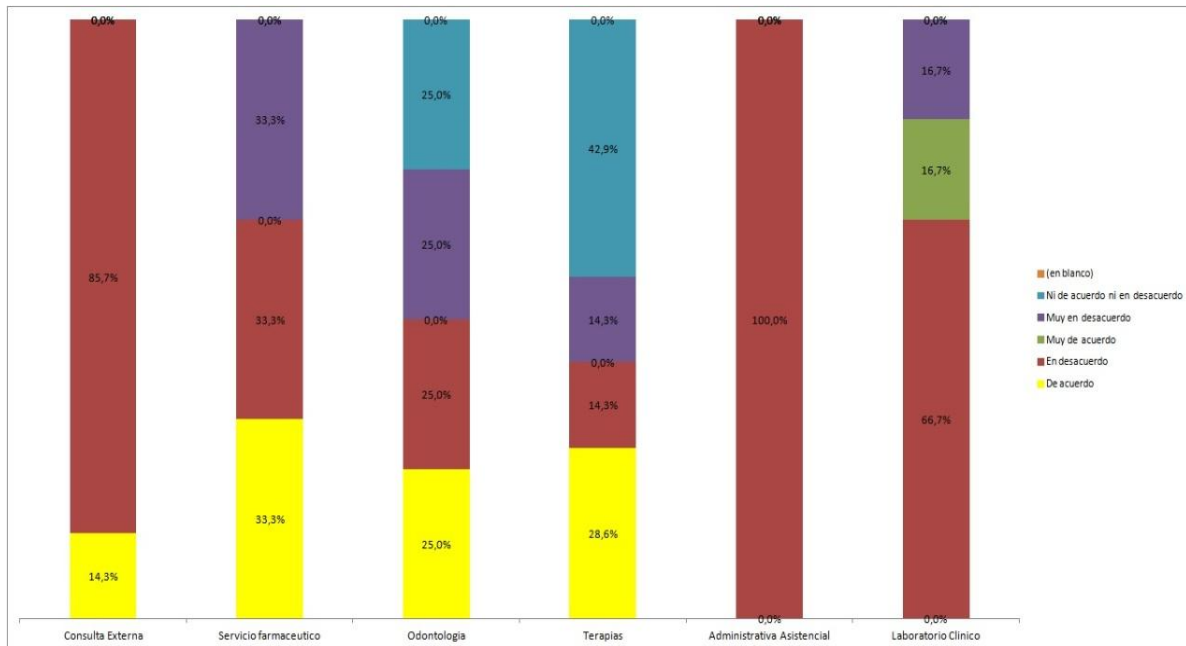
GRÁFICA 33. PREGUNTA 6. RARA VEZ SURGEN PROBLEMAS EN EL INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN ENTRE LOS SERVICIOS DE ESTA INSTITUCIÓN.



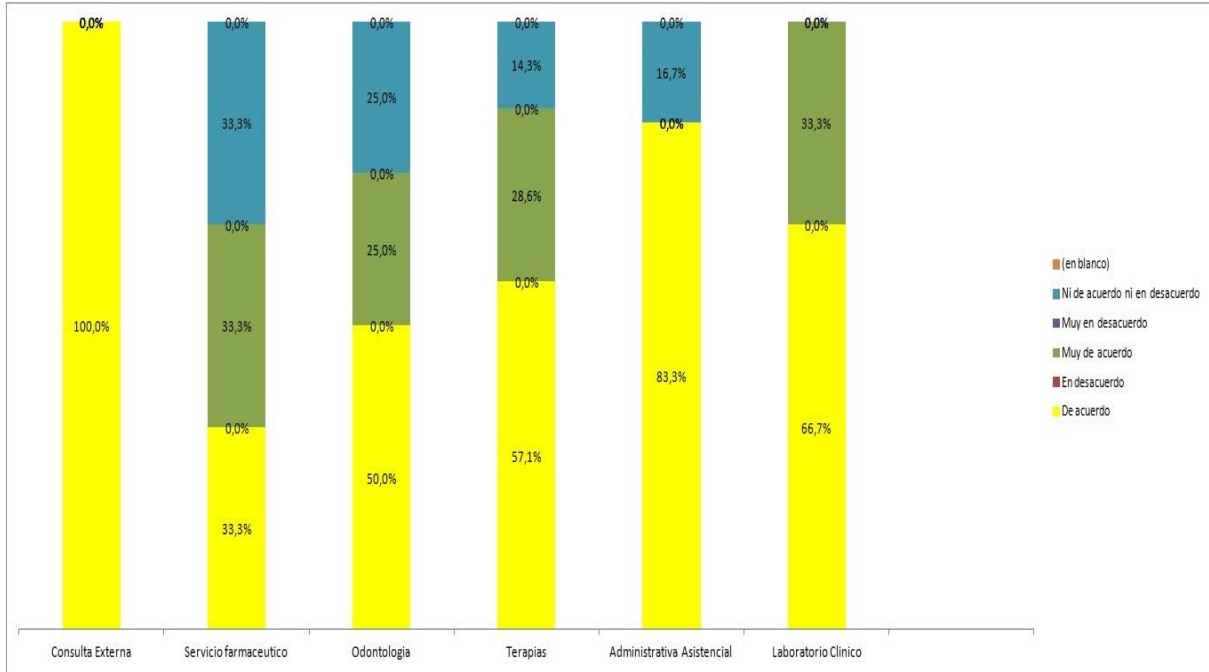
GRÁFICA 34. PREGUNTA 7. LAS MEDIDAS QUE TOMA LA GERENCIA DE ESTA INSTITUCIÓN MUESTRAN QUE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE ES ALTAMENTE PRIORITARIA.



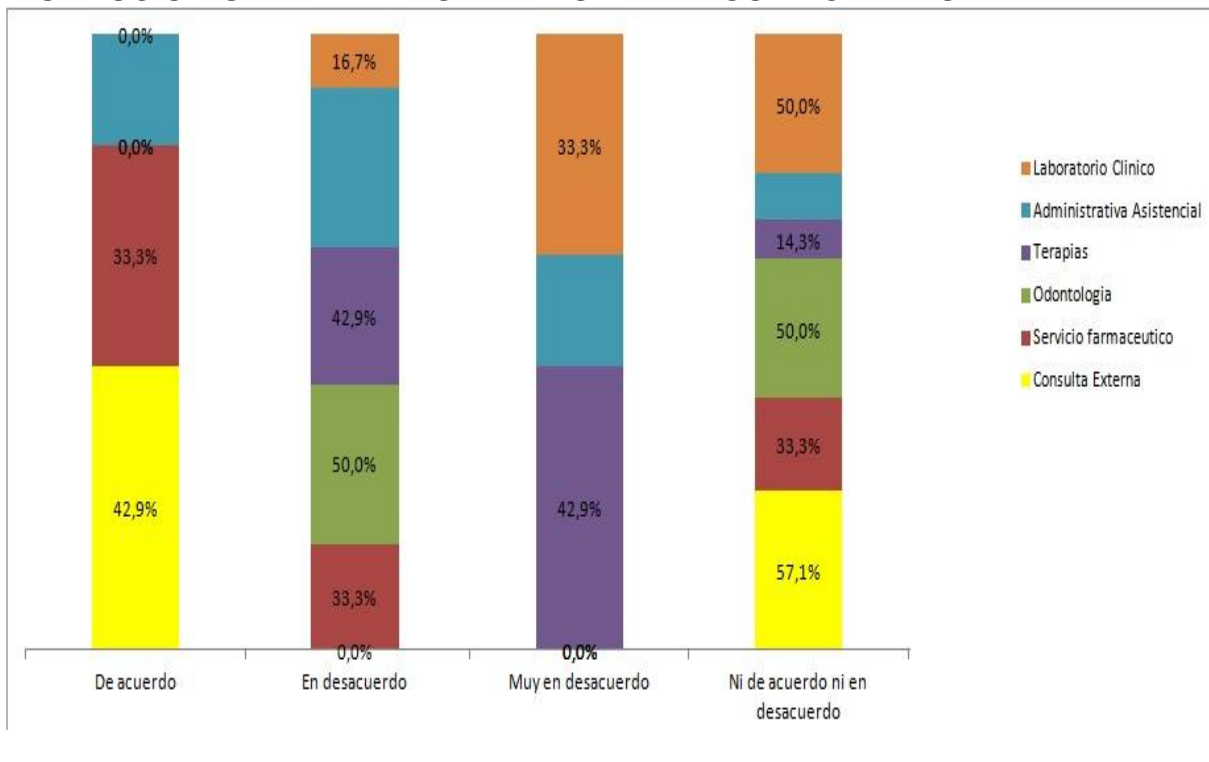
GRÁFICA 35. PREGUNTA 8. LA GERENCIA DE LA INSTITUCIÓN SE MUESTRA INTERESADA EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE SÓLO DESPUÉS DE QUE OCURRE UN INCIDENTE O EVENTO ADVERSO.



GRÁFICA 36. PREGUNTA 9. LOS SERVICIOS DE LA INSTITUCIÓN TRABAJAN EN CONJUNTO PARA PROPICIAR EL MEJOR CUIDADO DE LOS PACIENTES.



GRÁFICA 37. PREGUNTA 10. LOS CAMBIOS DE TURNOS EN ESTA INSTITUCIÓN GENERAN PROBLEMAS PARA LOS PACIENTES.



Con respecto a esta sección, correspondiente a la institución, se observa que la Gerencia propicia un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente y esto se evidencia en que el 100% del personal encuestado de las áreas de consulta externa, servicio farmacéutico, administrativa asistencial y laboratorio clínico, están de acuerdo con esta afirmación, sin embargo, es contradictorio, que más adelante en la pregunta “las medidas que toma la gerencia de esta institución muestran que la seguridad del paciente es altamente prioritaria”, el área de servicio farmacéutico afirma estar en desacuerdo en un 33,3% y muy desacuerdo en un 66,7%, lo que muestra una confusión en los conceptos o la manera errónea del personal percibir el compromiso de gerencia con el tema.

También se evidenció un comportamiento neutral en esta sección en las áreas de odontología y terapias, ya que en casi todas las preguntas hubo respuestas de ni acuerdo ni desacuerdo, con respecto a: “la gerencia de la Institución propicia un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente, las medidas que toma la gerencia de esta institución muestran que la seguridad del paciente es altamente prioritaria, la gerencia solo se preocupa después de ocurrido un evento adverso y los servicios de la institución trabajan en conjunto para propiciar el mejor cuidado de los pacientes”. Esto refleja que el personal puede desconocer características a ceca de la institución, o es indiferente a las acciones que se llevan a cabo con respecto a la seguridad del paciente.

Además el área de terapias está en desacuerdo con un 28,6% con la afirmación de que “la continuidad de la atención de los pacientes no se pierde cuando estos se transfieren de un servicio a otro” ya que esto se puede presentar por factores externos organizacionales como la negación de la autorización del servicio por parte de la E.P.S. a la cual está afiliado el usuario.

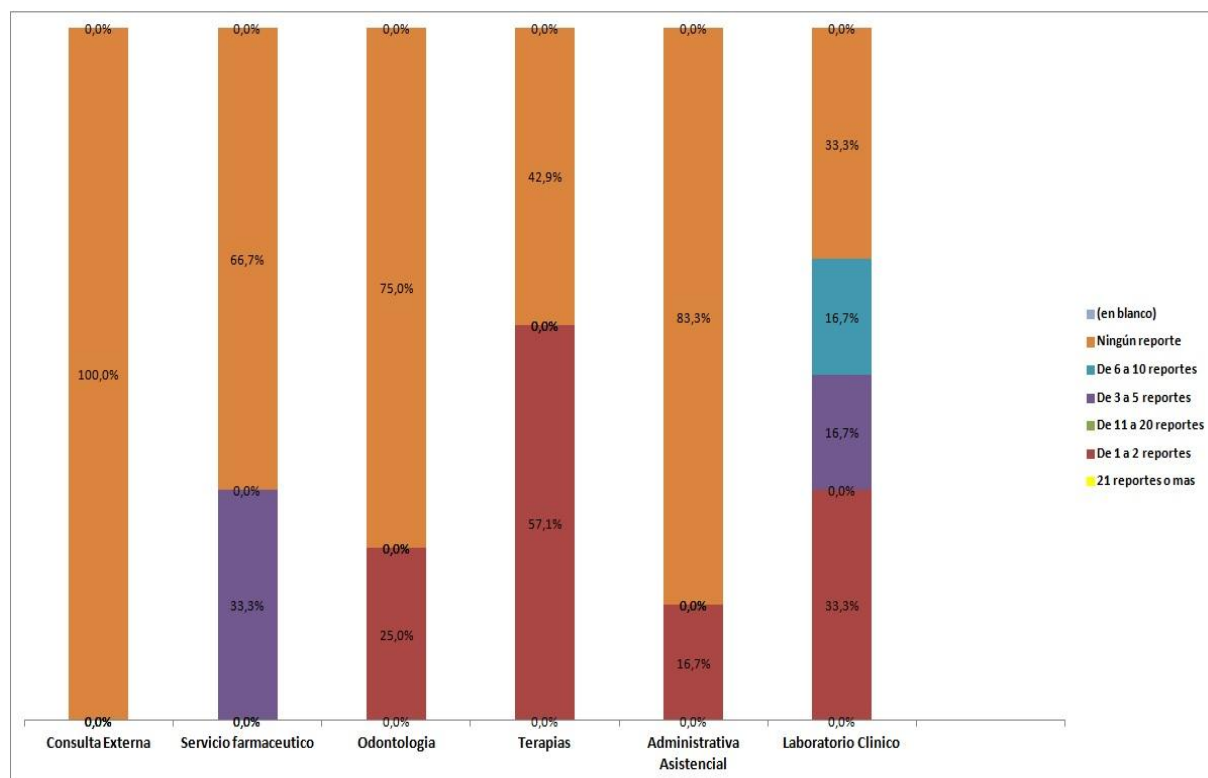
Por otro lado se evidencia que es agradable trabajar con personal de otros servicios de la institución, por lo que se puede deducir que el clima laboral dentro de la institución es bueno y aunque hubo un porcentaje del 14,3% en consulta externa que opinó lo contrario, se puede decir que las relaciones interpersonales entre las diferentes áreas se constituyen en una gran fortaleza ya que de esta manera todos realizaran de forma adecuada los procesos que les corresponda.

A pesar de existen algunas dificultades, se observa que la seguridad del paciente en la Institución se está desarrollando y fortaleciendo de manera positiva, ya que desde la gerencia se están direccionando cambios para el mejoramiento como lo refleja el área administrativa asistencial, quienes están en desacuerdo que la gerencia solo se preocupa después de ocurrido un evento adverso, si no que constantemente está pendiente y priorizando la seguridad del paciente, y aunque en áreas como, consulta externa, servicio farmacéutico, terapias y administrativa asistencial se presentaron porcentajes significativos los cuales afirman que “Los servicios de esta institución no están bien coordinados entre si” afectando negativamente la perspectiva administrativa organizacional, vale la pena resaltar que las áreas de odontología y laboratorio clínico, manifestaron estar en desacuerdo con dicha afirmación evidenciando que esta situación debido a diversos factores no tiene la misma

apreciación del personal de las diferentes áreas.

6.7SECCIÓN G: NÚMERO DE EVENTOS ADVERSOS / ERRORES REPORTADOS.

GRÁFICA 38. EN LOS PASADOS 12 MESES ¿ EN CUÁNTOS REPORTES DE EVENTOS ADVERSOS/ ERRORES HE PARTICIPADO, DILIGENCIADO O ENVIADO?

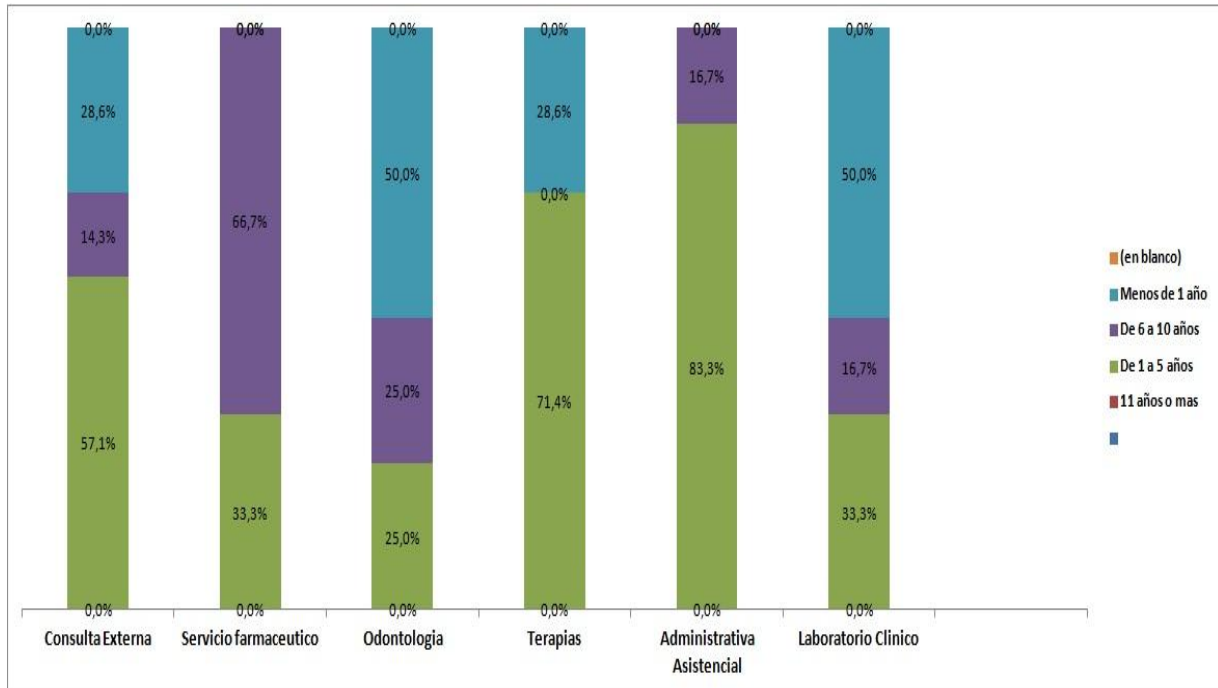


De acuerdo con los resultados obtenidos en la encuesta aplicada, con respecto a la sección G la cual hace referencia al número de eventos adversos/ errores reportados se puede inferir que las áreas de consulta externa con un porcentaje de 100% , servicio farmacéutico con 66,7%, odontología con un 75% y administrativo asistencial con un 83% son las que en mayor proporción manifiesta no haber realizado ningún reporte en los últimos 12 meses, lo cual demuestra la falta de cultura de reporte de eventos adverso.

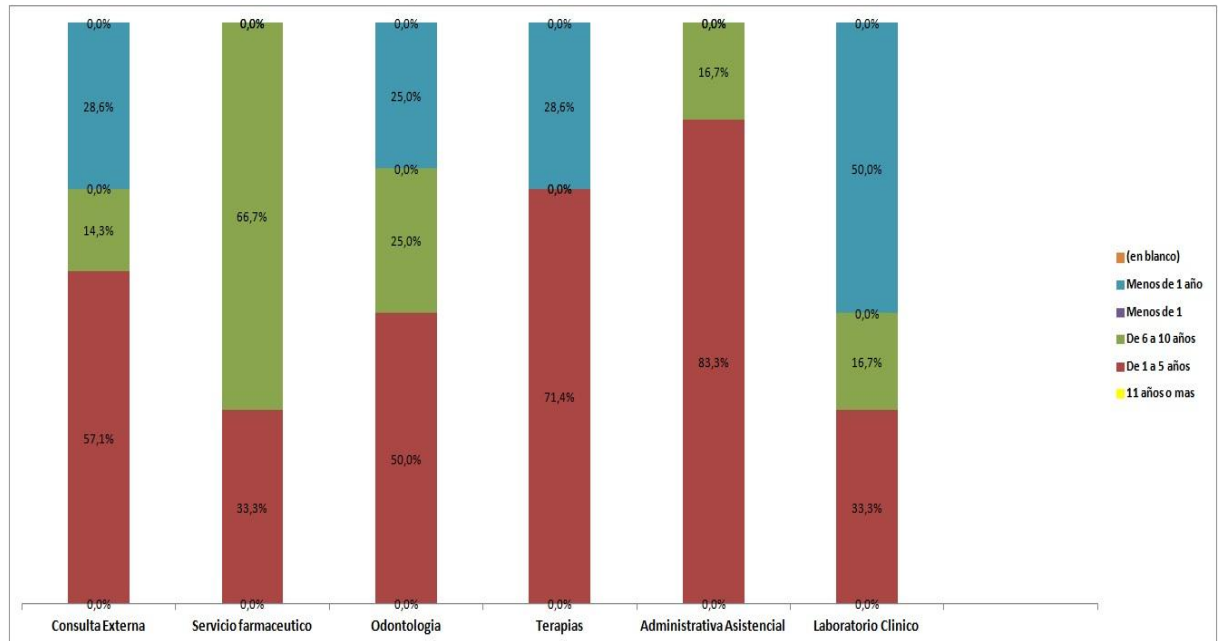
Por otra parte el área de terapias con un porcentaje de 57,1% manifiestan haber realizado de 1 a 2 reportes en el año, así mismo el área de laboratorio clínico manifiesta con un porcentaje de 33,3% haber realizado de 1 a 2 reportes, un 16,7 % manifiesta haber realizado de 3 a 5 reportes y un 16,7 % manifiesta haber realizado de 6 a 10 reportes en los últimos 12 meses.

6.8 SECCION H : ANTECEDENTES.

GRÁFICA 39 PREGUNTA 1 ¿ CUÁNTO TIEMPO LLEVA USTED TRBAJANDO EN LA INSTITUCIÓN?



GRÁFICA 40 . PREGUNTA 2 ¿ CUÁNTO TIEMPO LLEVA USTED TRABAJANDO EN SU ACTUAL ÁREA/SERVICIO?



GRÁFICA 41.PREGUNTA 3. ¿ CUANTAS HORAS A LA SEMANA TRABAJA USTED EN ESTA INSTITUCIÓN?

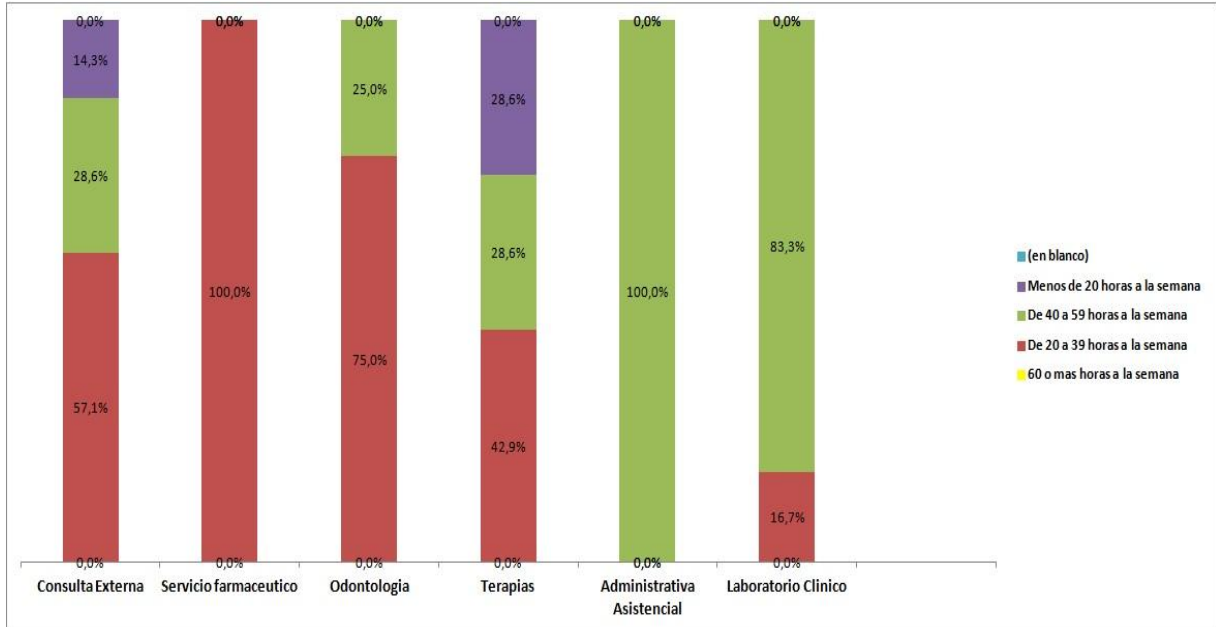
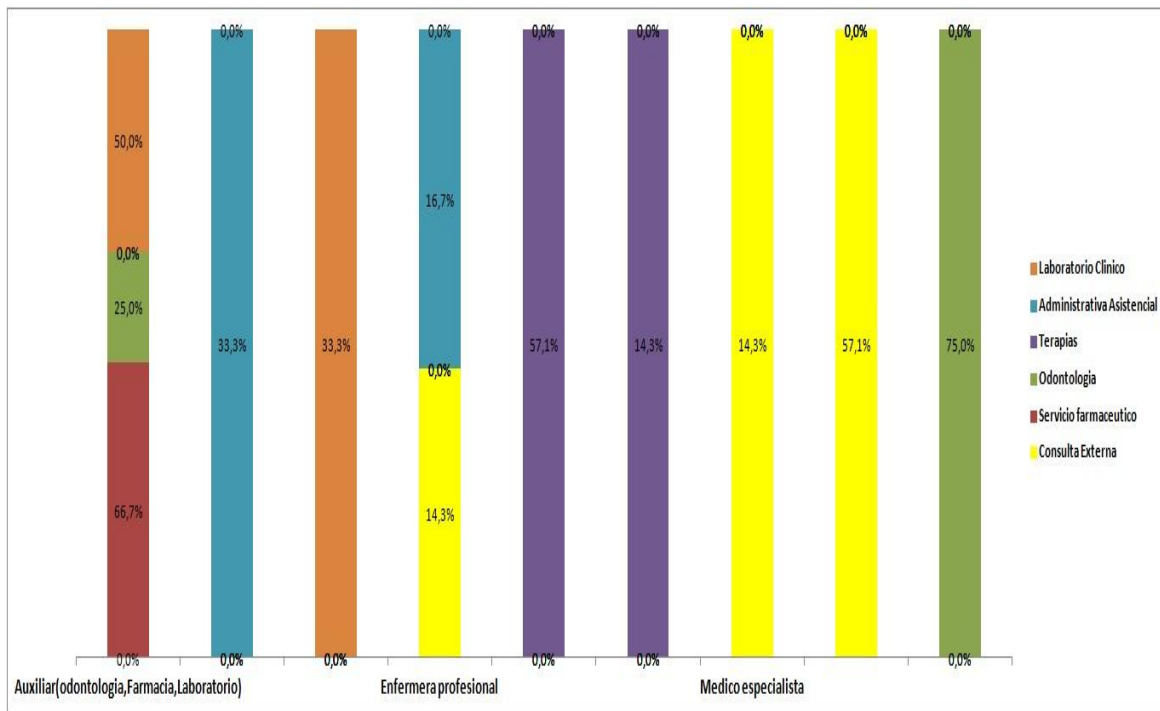
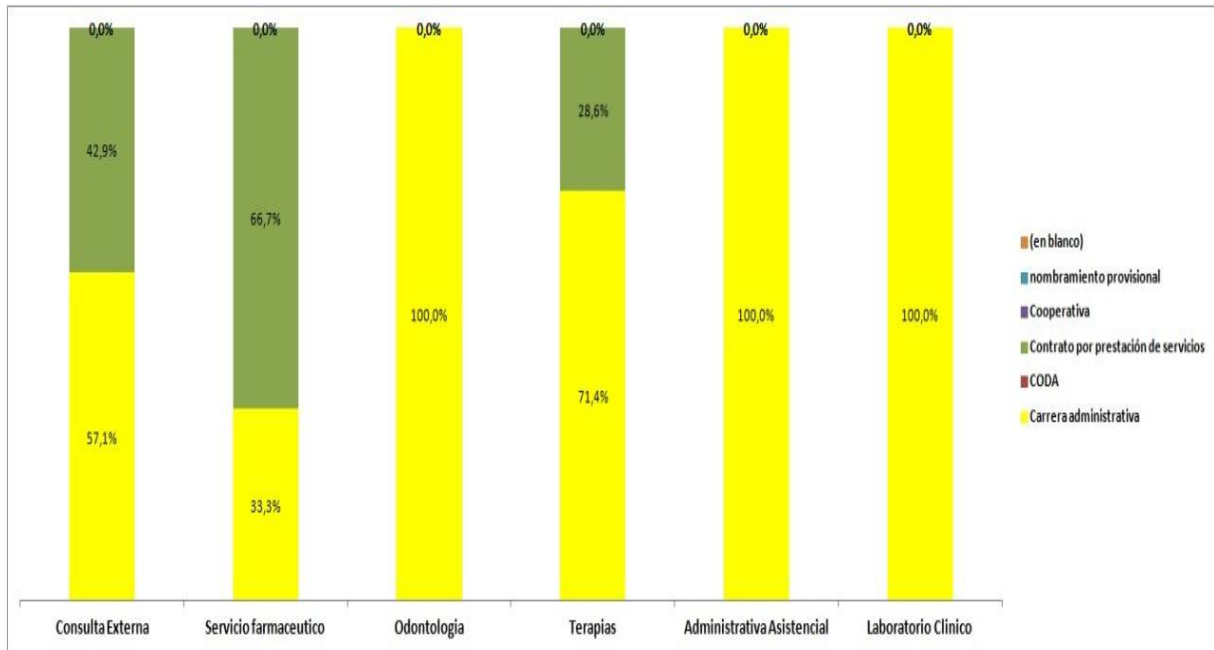


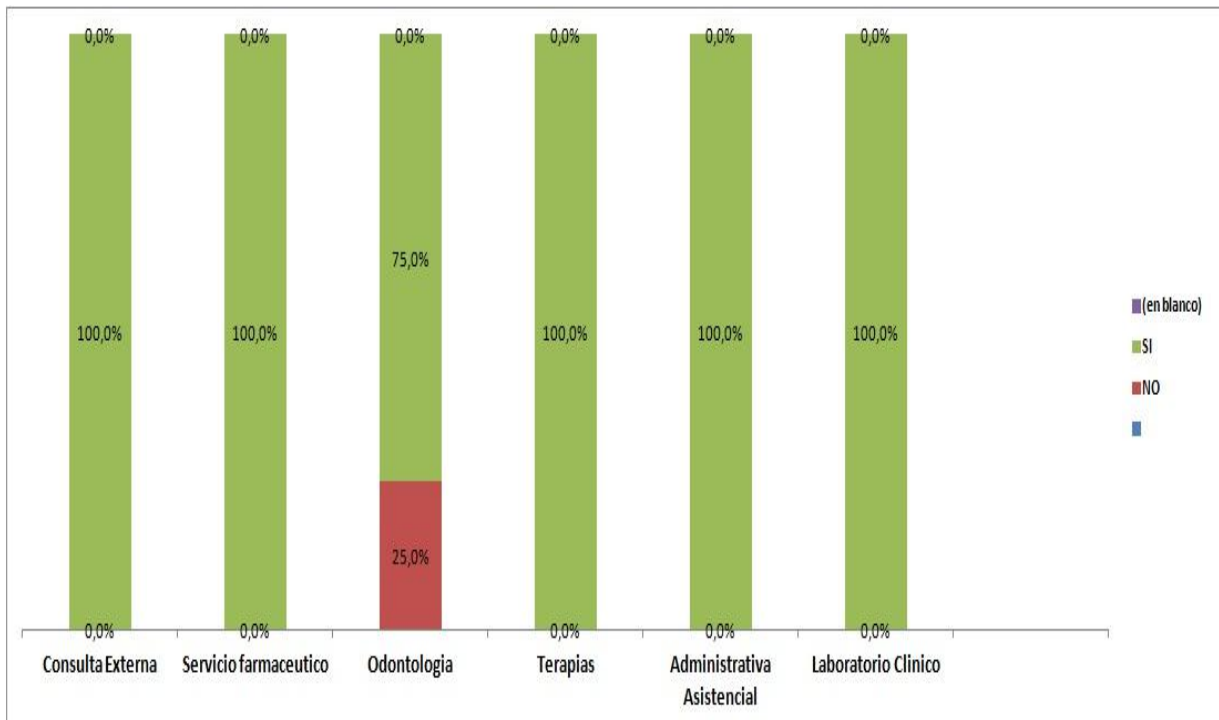
GRAFICO 42.PREGUNTA 4. ¿ CUAL ES EL CARGO EN ESTA INSTITUCIÓN?



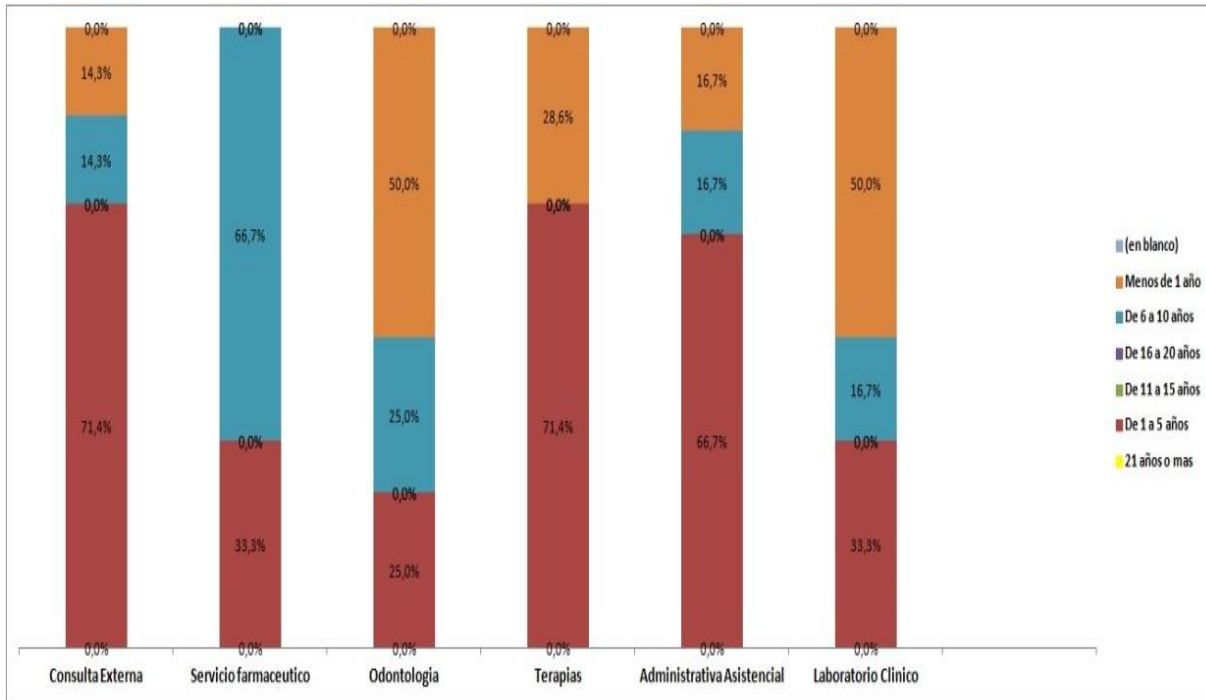
GRÁFICA 43. PREGUNTA 5. ¿ QUÉ TIPO DE CONTRATO TIENE?



GRÁFICA 44. PREGUNTA 6. EN SU CARGO ¿ TIENE USTED INTERACCIÓN DIRECTA O CONTACTO CON PACIENTES?



GRÁFICA 45. PREGUNTA 7. ¿ CUÁNTO TIEMPO LLEVA USTED TRABAJANDO EN SU ACTUAL CARGO?



En cuanto al tiempo que los colaboradores llevan trabajando en la institución se puede decir que en el rango de 1 a 5 años se encontró un 57,1% del área de consulta externa, un 33,3% del área de servicio farmacéutico, un 25% del área de odontología, un 71,4% del área de terapias, un 83% del área administrativa asistencial y un 33,3% del área de laboratorio clínico.

En el rango de menos de un año se encontró un 28,6% del área de consulta externa, un 50% del área de odontología y terapias un 28,6% y en cuanto al área de laboratorio clínico se encontró un 50%.

Así mismo en el rango de 6 a 10 años en consulta externa se encontró un 14,3%, en servicios farmacéuticos un 66,7%, en odontología un 25%, en el área administrativa asistencial un 16,7% y finalmente en el área de laboratorio clínico un 16,7%.

Con respecto al tiempo que llevan trabajando en su actual área, se puede afirmar que los porcentajes se encuentran distribuidos de la misma manera a la pregunta anterior.

En lo que se refiere a las horas trabajadas en la semana se puede afirmar que el personal que trabaja más horas (40 a 59 hrs) corresponde a las áreas de laboratorio

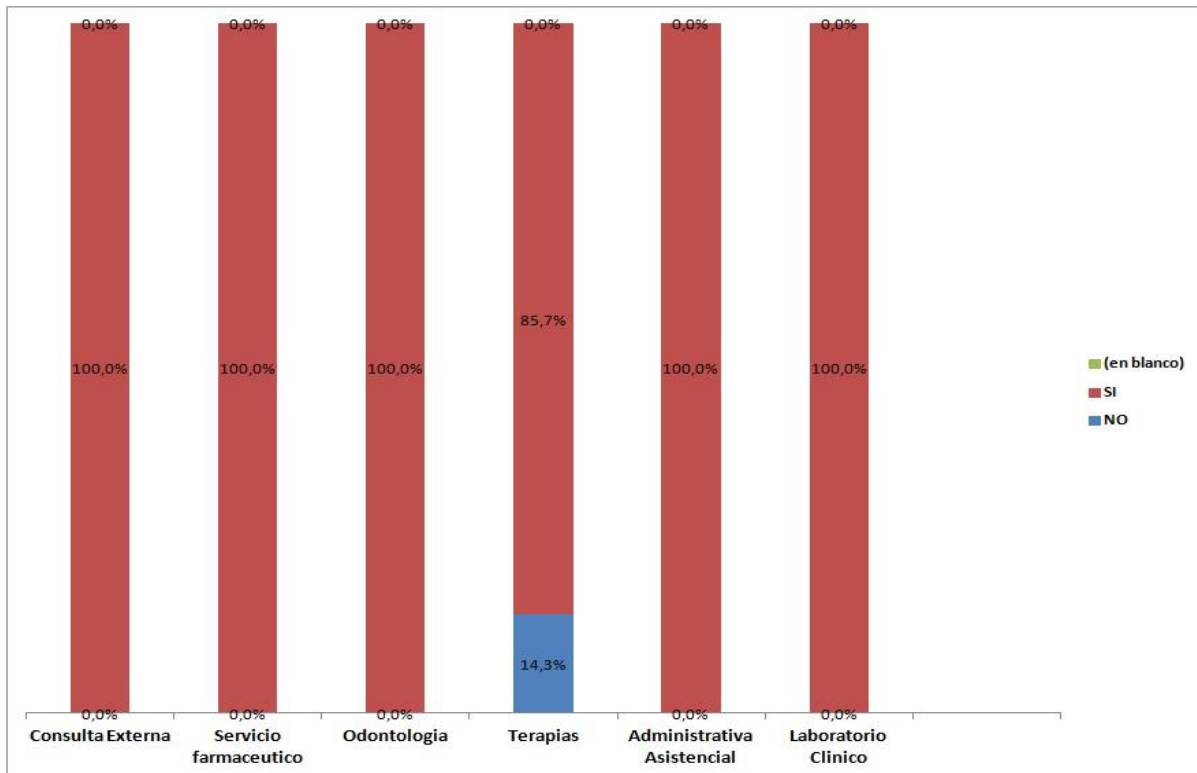
clínico con un 83,3% y el área administrativa asistencial con un 100 %. De otro lado las áreas de consulta externa, servicio farmacéutico y el área de odontología trabajan entre 20 a 39 horas semanales con un porcentaje de 57,1%,100%, y 75 % respectivamente.

En lo que respecta al tipo de contrato de los trabajadores de la institución el 100 % de los empleados del área de laboratorio clínico, administrativo asistencial, odontología, un 71,4% del área de terapias, un 33,3% del área de servicio farmacéutico y un 57,1% del área de consulta externa manifiestan tener un contrato de carrera administrativa, de igual forma un 42,9% del área de consulta externa, un 66,7% del área de servicios farmacéuticos y un 28,6% del área de terapias manifiestan tener un contrato por prestación de servicios.

En cuanto a la interacción directa con pacientes el 100 % de los encuestados en las áreas de consulta externa, laboratorio clínico, administrativo asistencial, terapias, servicio farmacéutico manifiestan tener contacto directo con el paciente, por otra parte en el área de odontología un 75 % de los encuestados afirma tener contacto directo con el paciente mientras que un 25 % afirma no tener contacto con el paciente

6.9 SECCIÓN J : ATENCION SEGURA

GRÁFICA 46. PREGUNTA 1 . CONSIDERA QUE LOS PACIENTES SON ATENDIDOS DE FORMA SEGURA.

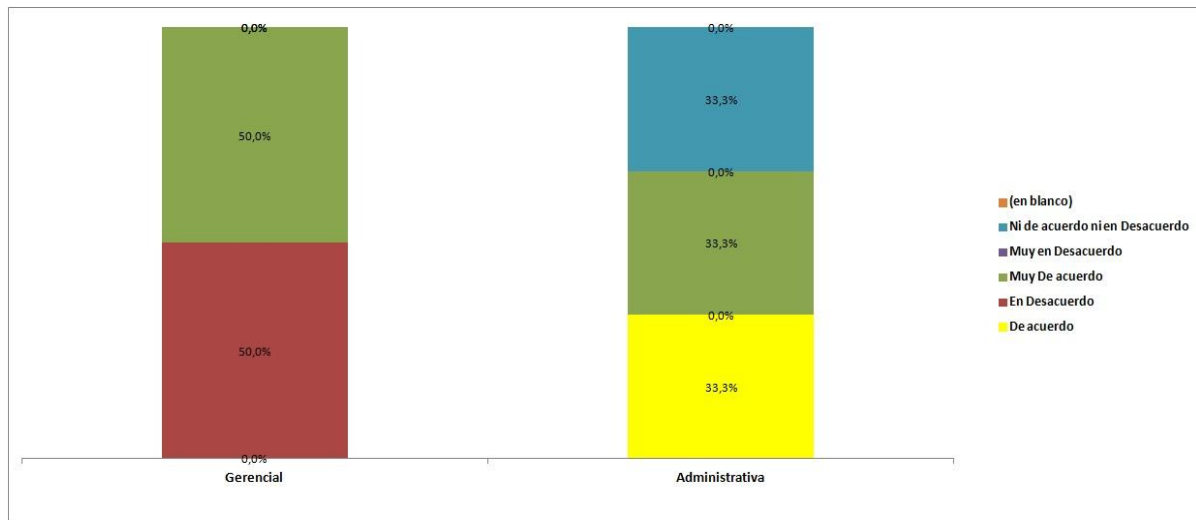


Con respecto a la pregunta considera que los pacientes son atendidos de forma segura los colaboradores afirman que si son atendidos de forma segura, con un porcentaje superior al 80% sin embargo un 14,3% de los encuestados en el area de terapias considera que la atención de los pacientes no es segura.

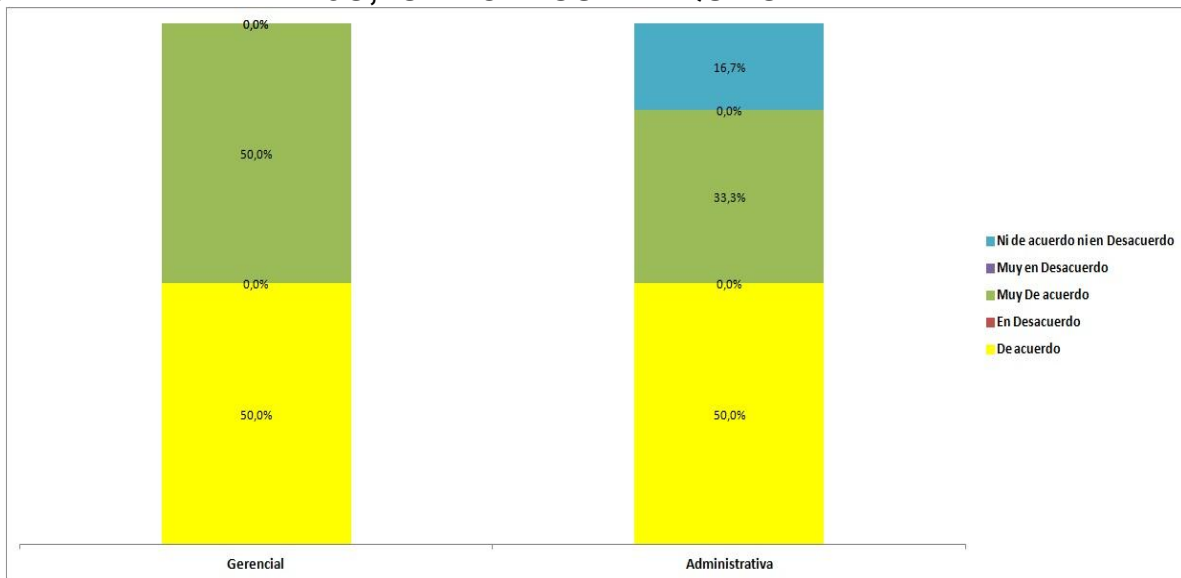
GRÁFICAS ÁREA ADMINISTRATIVA

6.10 SECCIÓN A : ÁREA DE TRABAJO.

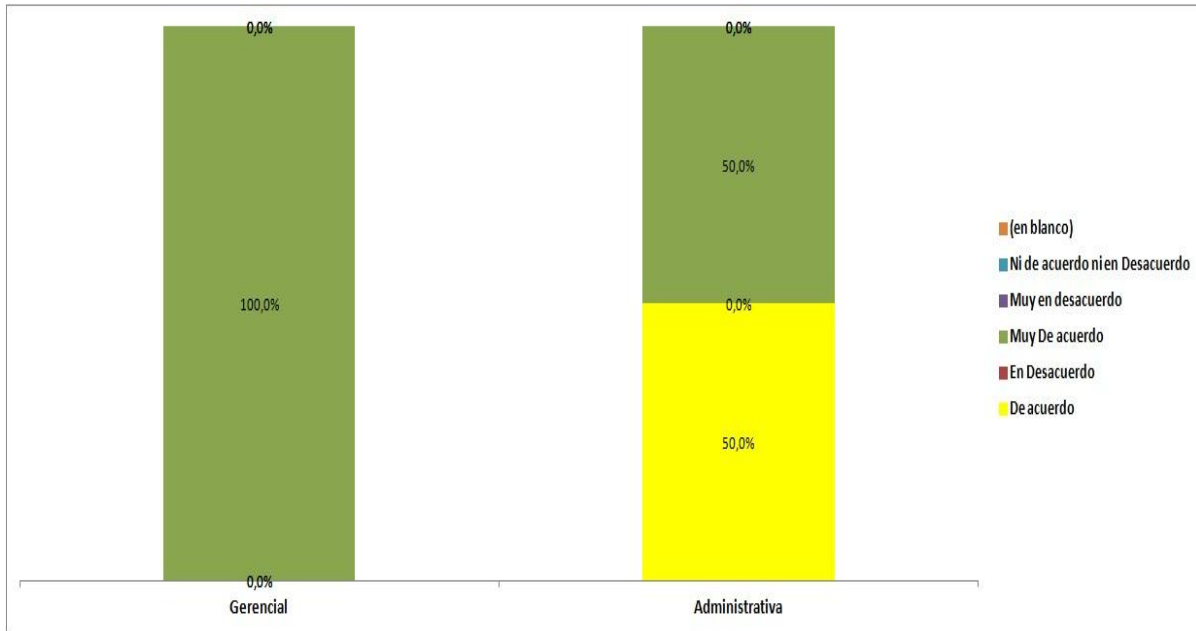
GRÁFICA 47. PREGUNTA 1. TENEMOS SUFICIENTE PERSONAL PARA REALIZAR EL TRABAJO



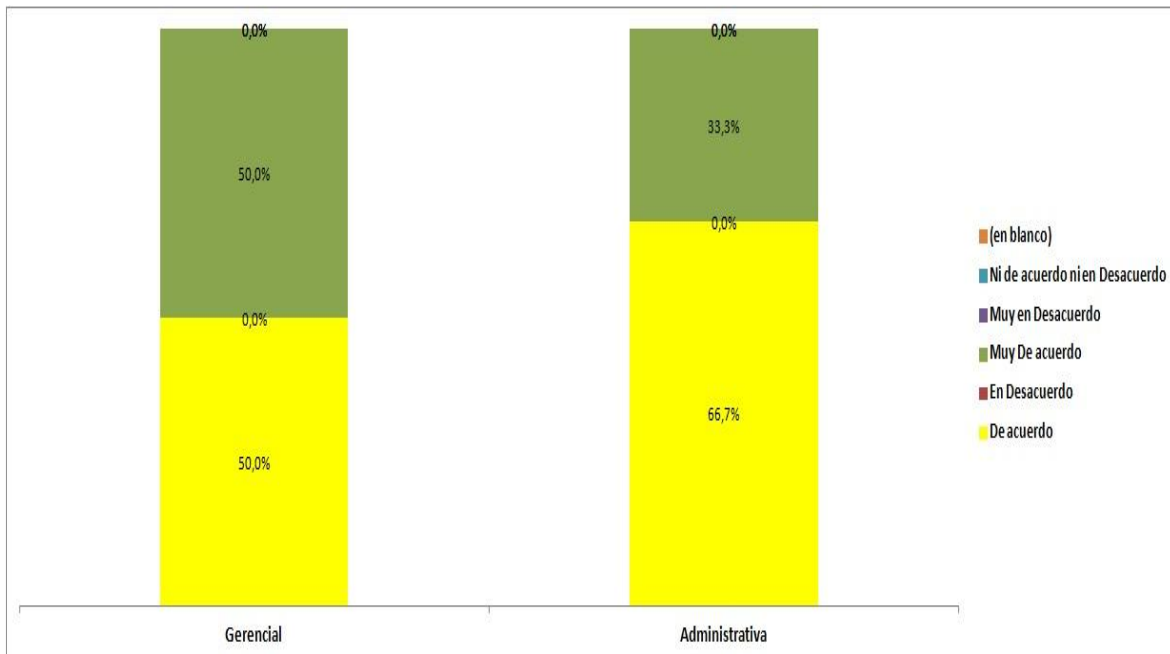
GRÁFICA 48. PREGUNTA 2. CUANDO NECESITAMOS TERMINAR UNA GRAN CANTIDAD DE TRABAJO,LO HACEMOS EN EQUIPO



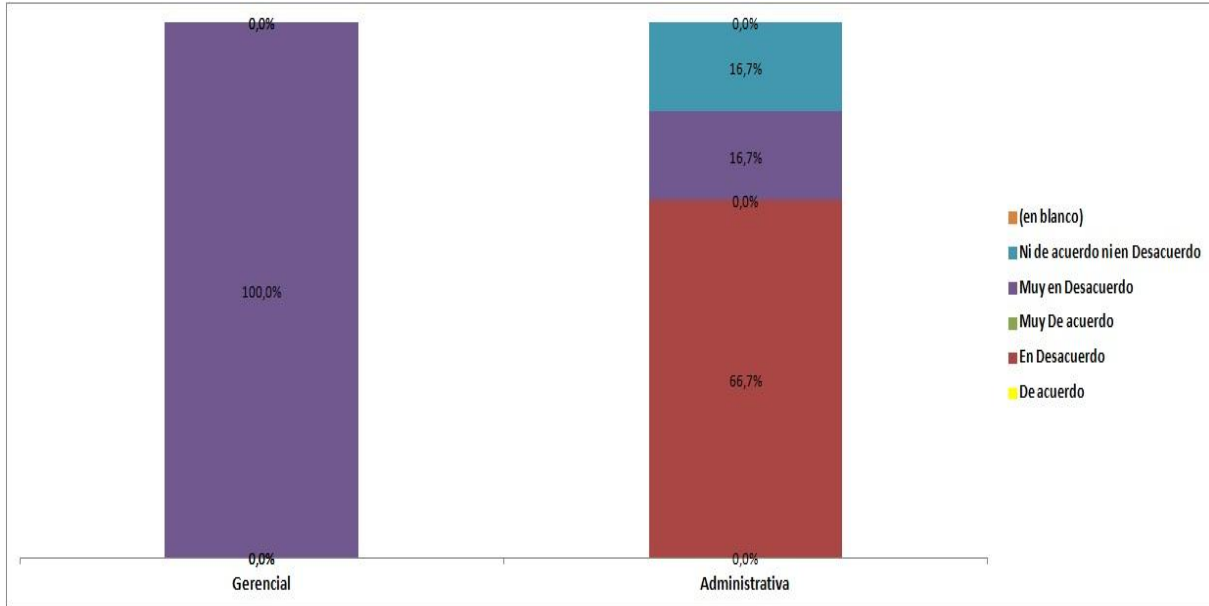
GRÁFICA 49. PREGUNTA 3. EN ESTA ÁREA, EL PERSONAL SE TRATA CON RESPETO.



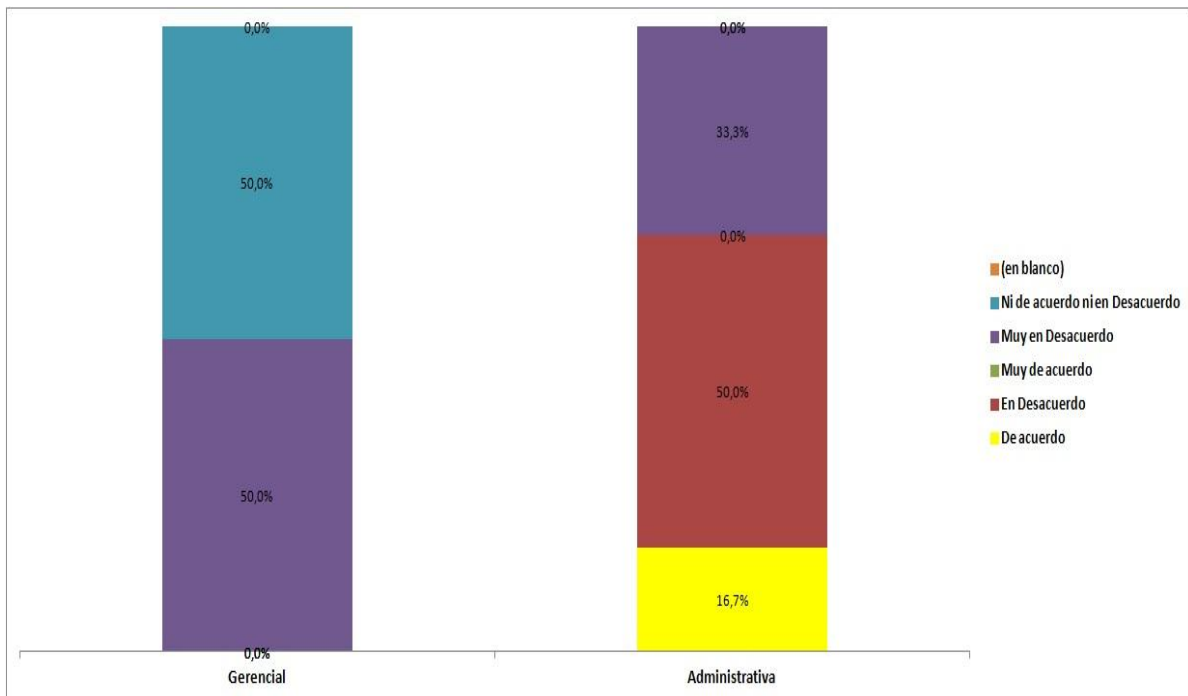
GRÁFICA 50. PREGUNTA 4. ESTAMOS HACIENDO ACCIONES PARA MEJORAR SEGURIDAD DEL PACIENTE.



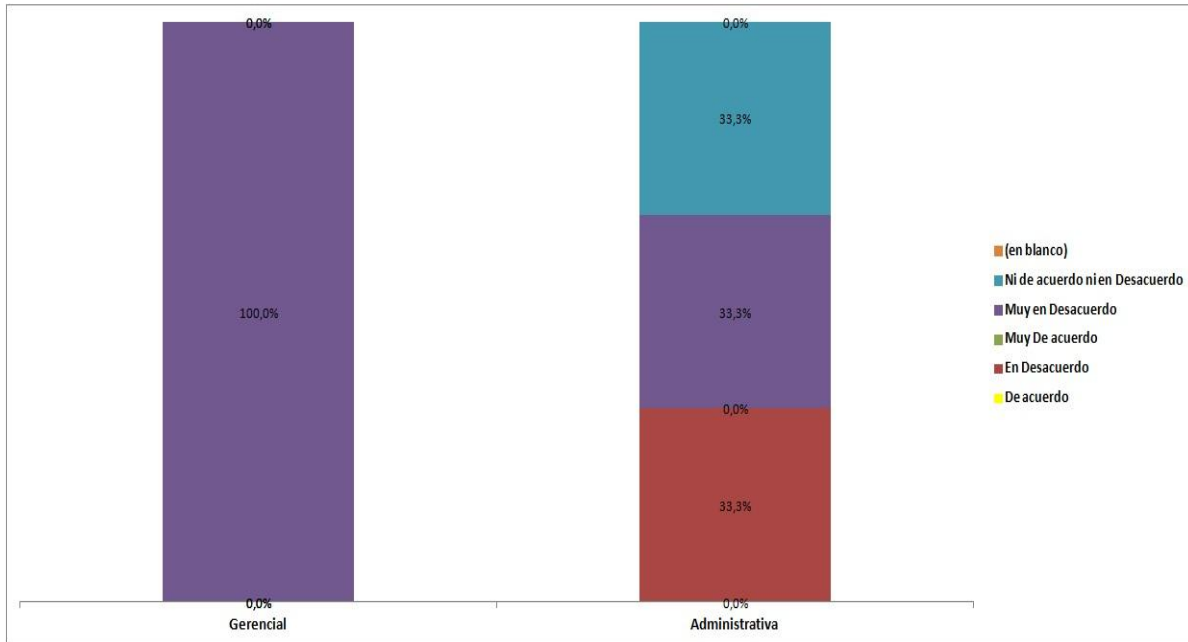
GRÁFICA 51. PREGUNTA 5. EL PERSONAL SIENTE QUE SUS ERRORES SON USADOS EN SU CONTRA.



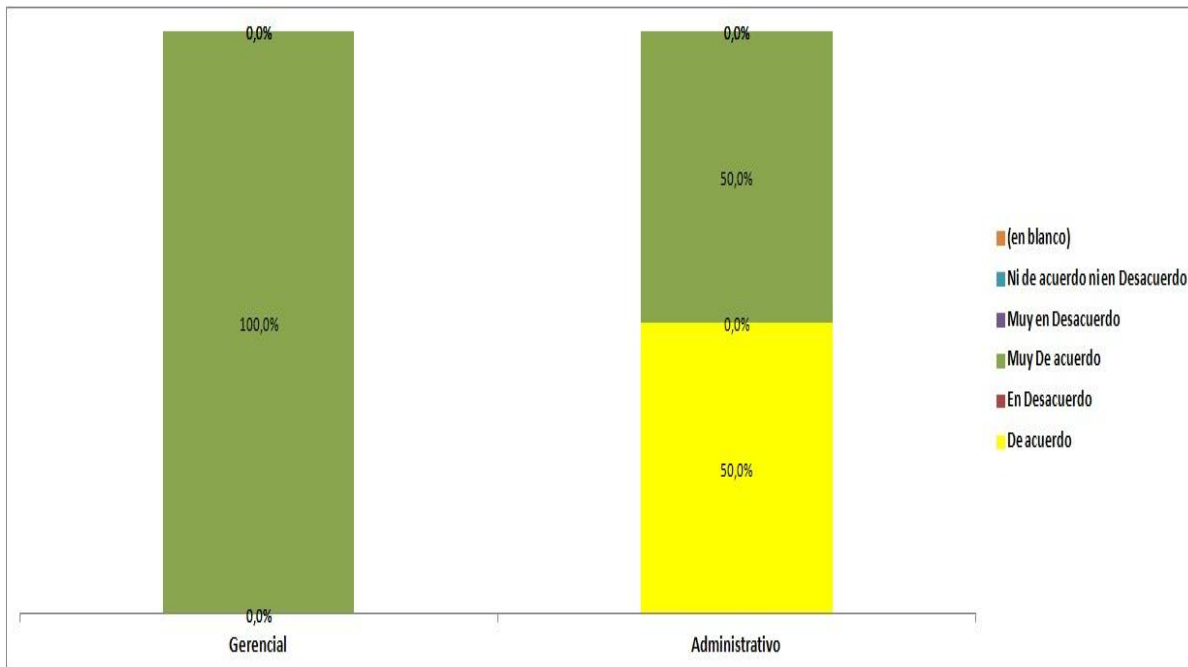
GRÁFICA 52. PREGUNTA 6. ES SÓLO POR CASUALIDAD QUE ACÁ NO OCURRAN ERRORES MÁS SERIOS.



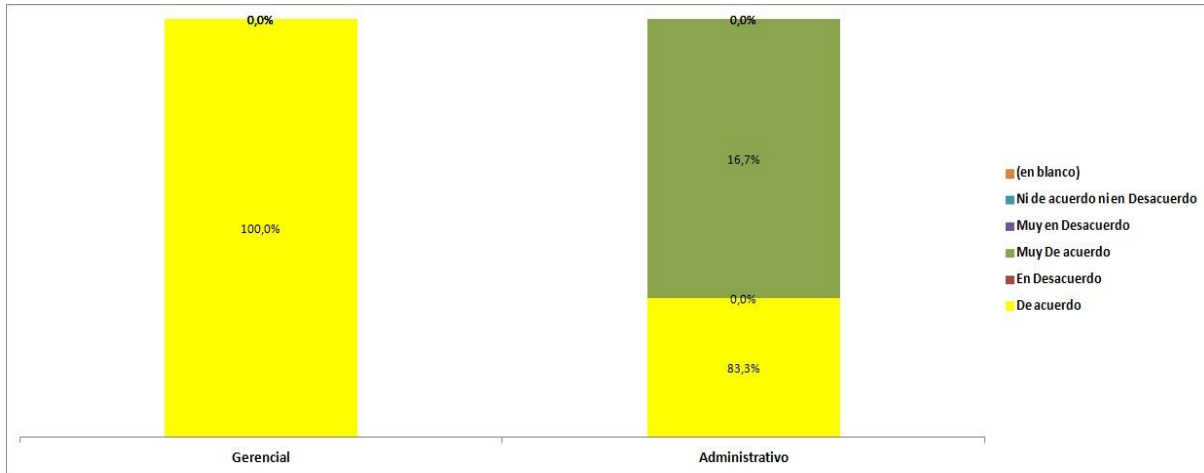
GRÁFICA 53. PREGUNTA 7. LOS EMPLEADOS SE PREOCUPAN DE QUE LOS ERROES QUE COMETEN QUEDEN REGISTRADOS EN SUS HOJAS DE VIDA.



GRÁFICA 54. PREGUNTA 8. NO TENEMOS O GENERAMOS PROBLEMAS CON LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES EN ESTA ÁREA.



GRÁFICA 55. PREGUNTA 9. NUESTROS PROCEDIMIENTOS Y SISTEMAS SON EFECTIVOS PARA LA PREVENCIÓN DE ERRORES QUE PUE DAN OCURRIR.



La sección A evalúa a la cultura de seguridad del paciente en el área trabajo en el personal administrativo y gerencial. El área gerencial está de acuerdo con un 50% y el área administrativa está de acuerdo con un 66,6% en cuanto si se cuenta con el suficiente personal para realizar el trabajo por otro lado el 50 % restante del área gerencial está en desacuerdo y un 33,3 % del área administrativa esta ni de acuerdo ni en desacuerdo. El hecho de que en estas dos áreas haya un porcentaje que refiere que hace falta personal, nos indica que se debe hacer un análisis más profundo para identificar por que se falla y por qué consideran que falta más talento humano en la institución.

Mientras tanto el trabajo en equipo es un porcentaje muy satisfactorio para el área gerencial con un 100% y en área administrativa del 83,3% sin embargo se destaca una minoría de 16,7% en el cual no está ni de acuerdo ni en desacuerdo evidenciándose que no se hace en equipo lo cual aunque es un porcentaje bajo, es un indicador importante a tener en cuenta para mejorar el trabajo en equipo.

Por lo tanto en el ítem del trato con respeto en esta dos áreas estuvieron de acuerdo y muy de acuerdo con un porcentaje del 100% resaltando que este punto es importante para seguir fortaleciendo la cultura de seguridad del paciente

Es relevante resaltar que el personal no siente que sus errores son usados en su contra, el 100% en el área de gerencia está en desacuerdo y el área administrativa el 83,4% está en desacuerdo y muy desacuerdo notándose que existe el apoyo hacia el trabajador y no una inconformidad frente a este, si llegado el caso comete algún error creando así un sentido de pertenencia a la institución, se demuestra un porcentaje del 16,7 % que ni está de acuerdo ni en desacuerdo donde se evidencia que existe una indiferencia frente a este tema.

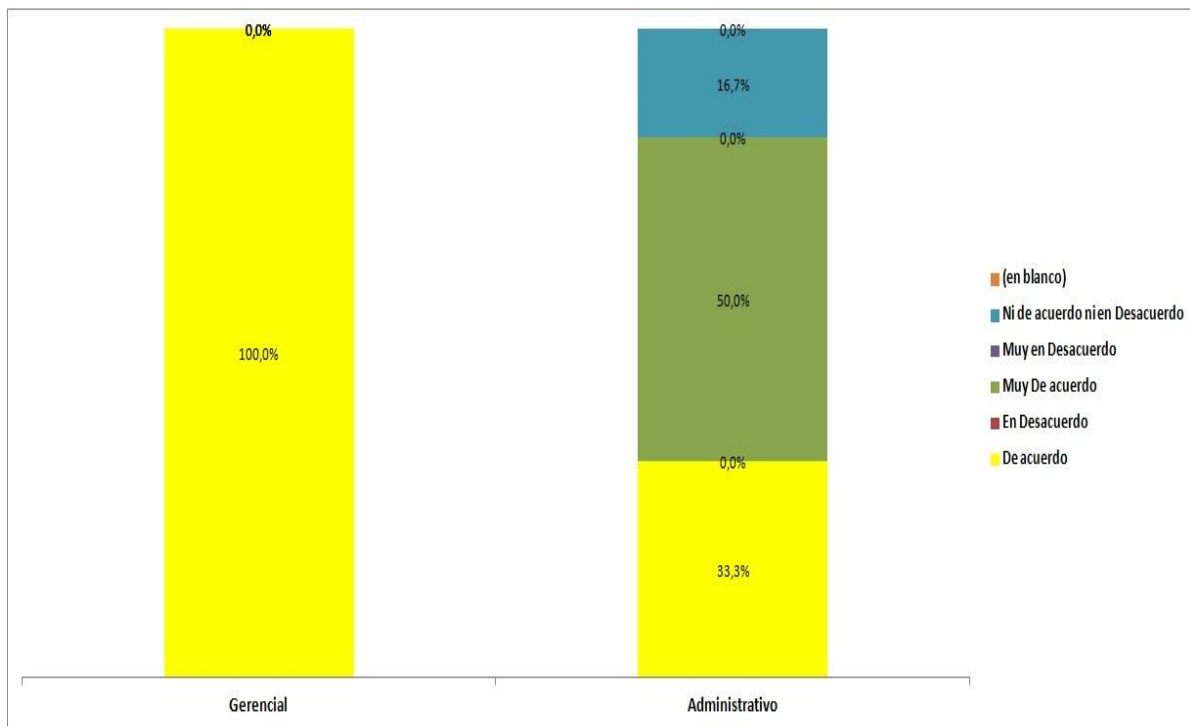
Frente al ítem que es solo por casualidad que no se presente errores más serios el 50% del área gerencial está en muy en desacuerdo y otro 50% está en ni acuerdo ni en desacuerdo y el área administrativa evidencia un porcentaje del 16,7% en que está de acuerdo.

En cuanto a que los empleados se preocupan de que los errores que se cometen queden registrados en sus hojas de vida, el 100% de área de gerencia está muy en desacuerdo y en área administrativa el 66.6% está en desacuerdo y muy desacuerdo pero el otro 33.3 % ni está de acuerdo ni en desacuerdo ya que esto genera un clima adecuado y pertinente y esto mantendrá el personal motivado a que no se siente presionado por algún error que cometa sino que genera confianza para el reporte de eventos adversos.

Es de suma importancia resaltar que en cuanto que estas dos áreas administrativa y gerencial el 100% están de acuerdo y muy de acuerdo que no tiene ni generan problemas con la seguridad del paciente.

6.11 SECCION B: SU JEFE INMEDIATO.

GRÁFICA 56. PREGUNTA 1. MI JEFE HACE COMENTARIOS FAVORABLES CUANDO VE UN TRABAJO HECHO DE ACUERDO CON LOS PROCEDIMIENTOS ESTABLECIDOS PARA LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES.



GRÁFICA 57. PREGUNTA 2. MI JEFE ACEPTA LAS SUGERENCIAS DEL PERSONAL PARA MEJORAR LA SEGURIDAD LOS PACIENTES.

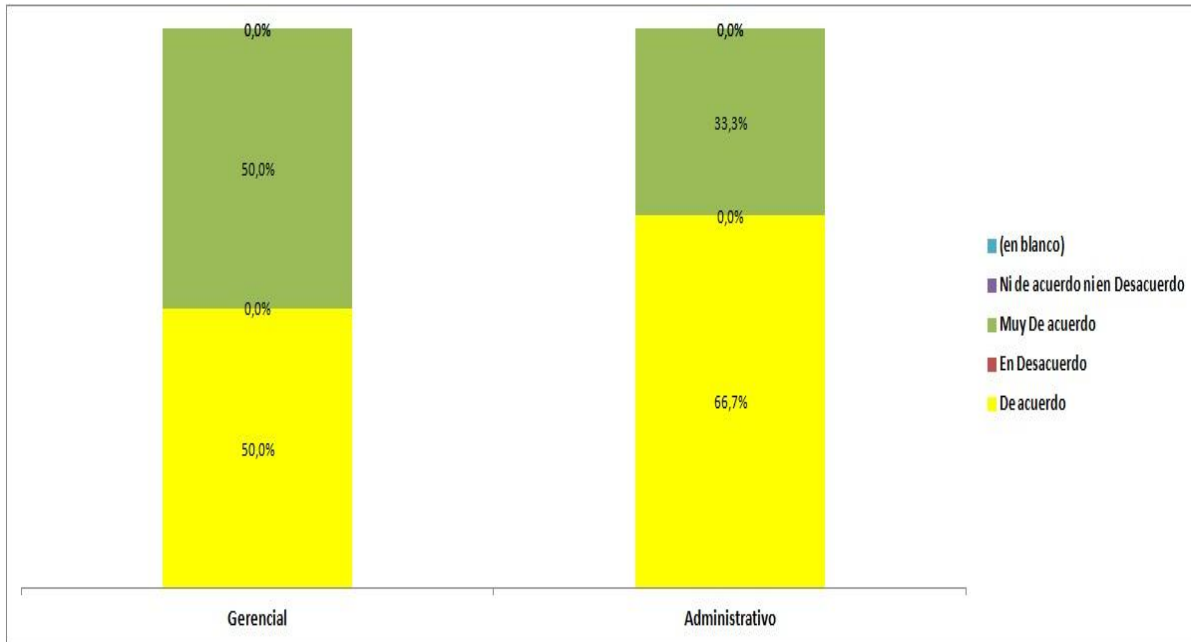


GRÁFICO 58. PREGUNTA 3. CUANDO LA PRESIÓN SE INCREMENTA, MI JEFE QUIERE QUE TRABAJEMOS MÁS RAPIDO, AUNQUE ESTO REQUIERA SALTAR PASOS IMPORTANTES.

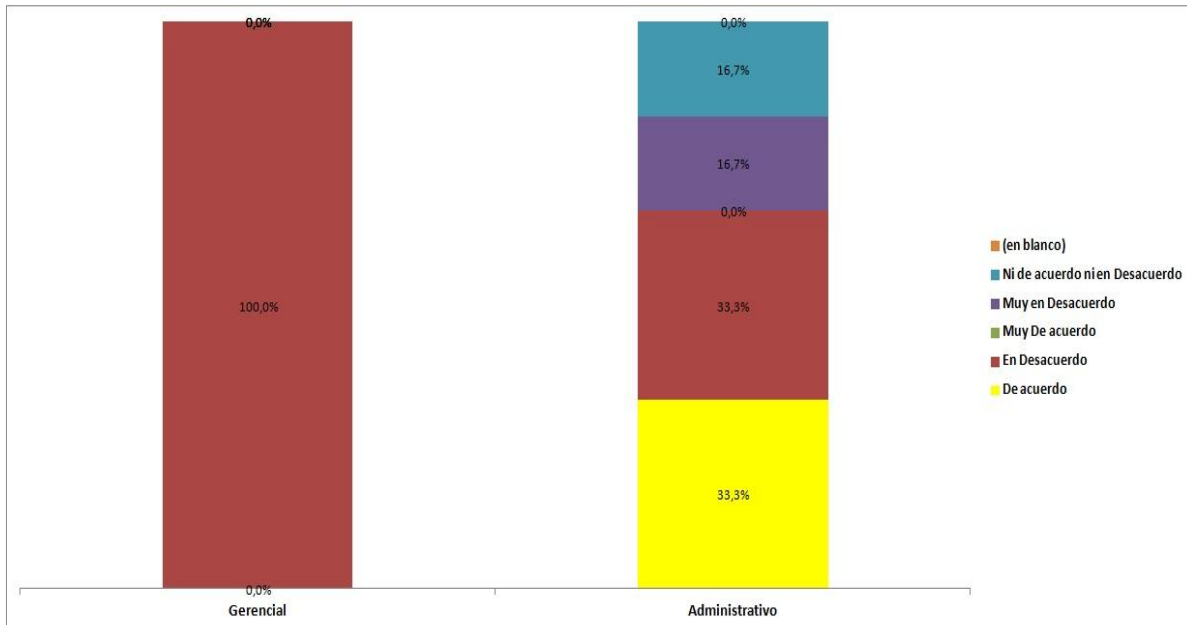
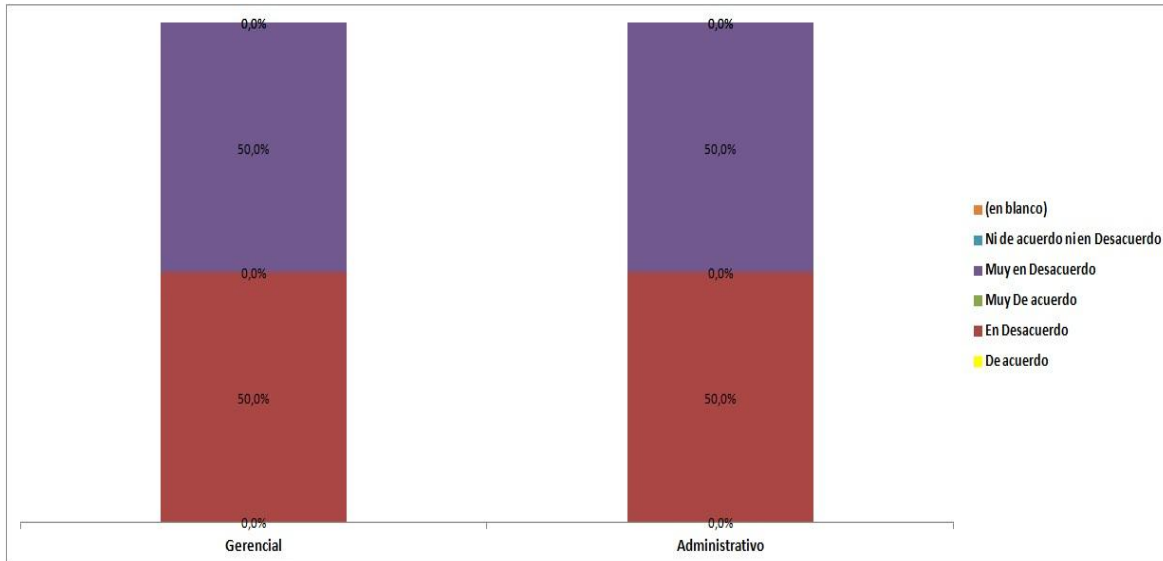


GRÁFICO 59. PREGUNTA 4. MI JEFE NO TOMA EN CUENTA LOS PROBLEMAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE QUE SE REPITEN UNA Y OTRA VEZ.



En esta sección se describe la cultura en seguridad del paciente promovida por gerencia y área administrativa, los resultados son buenos ya que el superior o el jefe realiza comentarios favorables cuando ve un trabajo hecho de acuerdo con los procedimientos establecidos para la seguridad del paciente, el área gerencial está de acuerdo con el 100% y en cuanto el área administrativa con un 83.3% en de acuerdo y por otro lado existe un porcentaje del 16.7% que está en ni acuerdo y desacuerdo el cual quiere indicar que no tiene en cuenta los comentarios del jefe hacia una consecuencia positiva que este dentro del manejo a la cultura del seguridad del paciente. En cuanto al jefe acepta sugerencias para mejorar la seguridad del paciente en el área administrativa y gerencial es un porcentaje de 100% se torna muy de acuerdo y de acuerdo lo que genera un ambiente propicio y agradable para la mejora continua de la seguridad al paciente y frente a la cultura de sus empleados. Dentro del contexto y frente y en cuanto a la presión se incrementa, mi jefe quiere que trabajemos más rápido, aunque esto requiera saltar pasos importantes la gerencia tiene un 100% en desacuerdo ya que esto no es oportuno para la seguridad del paciente y frente a los porcentajes del área administrativa es importante resaltar el 33% está de acuerdo ya que esto implica colocar en problemas la seguridad del paciente no teniendo en cuenta que si trabaja más rápido se puede cometer errores irreversibles al paciente o al mismo trabajador. En cuanto al jefe no toma en cuenta los problemas de seguridad del paciente que se repiten una y otra vez el área de gerencia y todo el área administrativa está en desacuerdo y muy en desacuerdo con el 100% lo que coincide en ítem dos ya que el jefe escucha las sugerencias proporcionados por sus empleados y les brinda confianza proporcionando un clima laboral agradable para la seguridad del paciente.

6.12 SECCION C: COMUNICACIÓN

GRÁFICO 60 PREGUNTA 1. LA GERENCIA INFORMA A LA JUNTA DIRECTIVA SOBRE LOS SUCESOS RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.

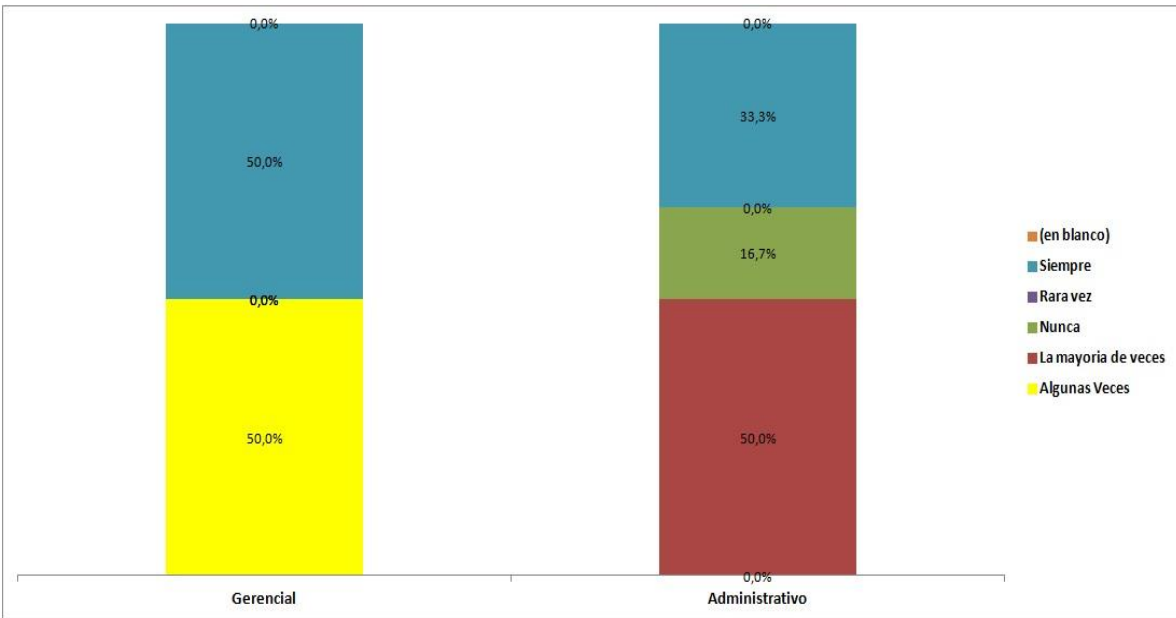


GRÁFICO 61 PREGUNTA 2. LA GERENCIA INFORMA A TODOS LOS COLABORADORES SOBRE LOS ERRORES COMETIDOS EN EL ÁREA ADMINISTRATIVA

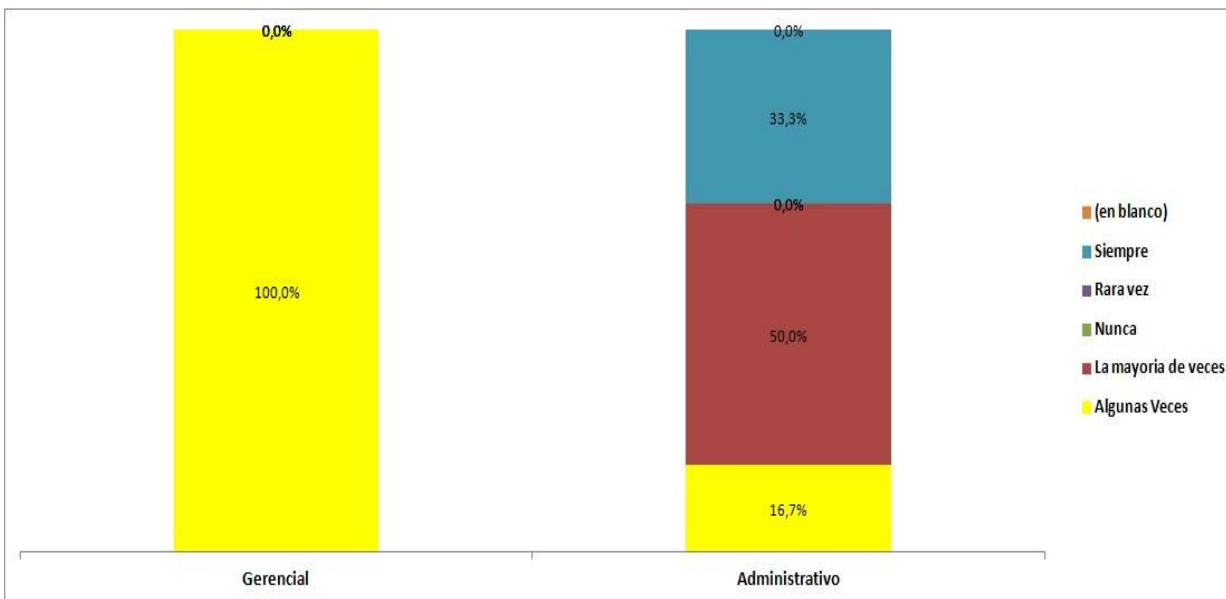


GRÁFICO 62. PREGUNTA 3. SE INFORMAN LOS COSTOS DE LA NO CALIDAD A LOS COLABORADORES DE LA INSTITUCIÓN

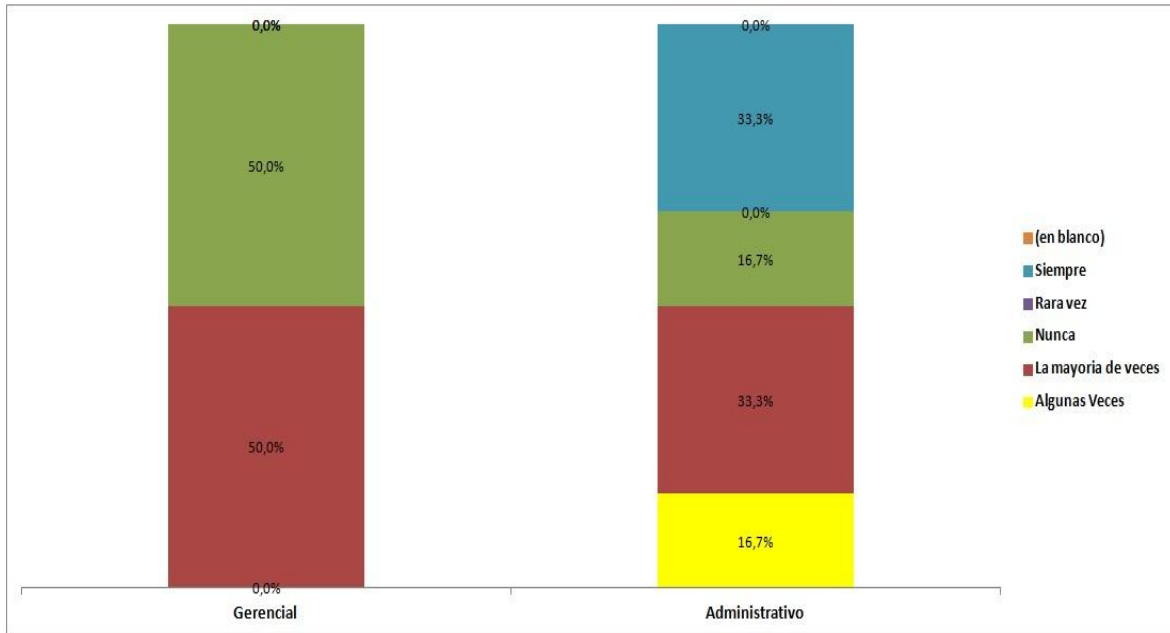


GRÁFICO 63. PREGUNTA 4. SE VERIFICA PROACTIVAMENTE LA SUFICIENCIA DE LOS DISPOSITIVOS MÉDICOS REQUERIDOS PARA LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

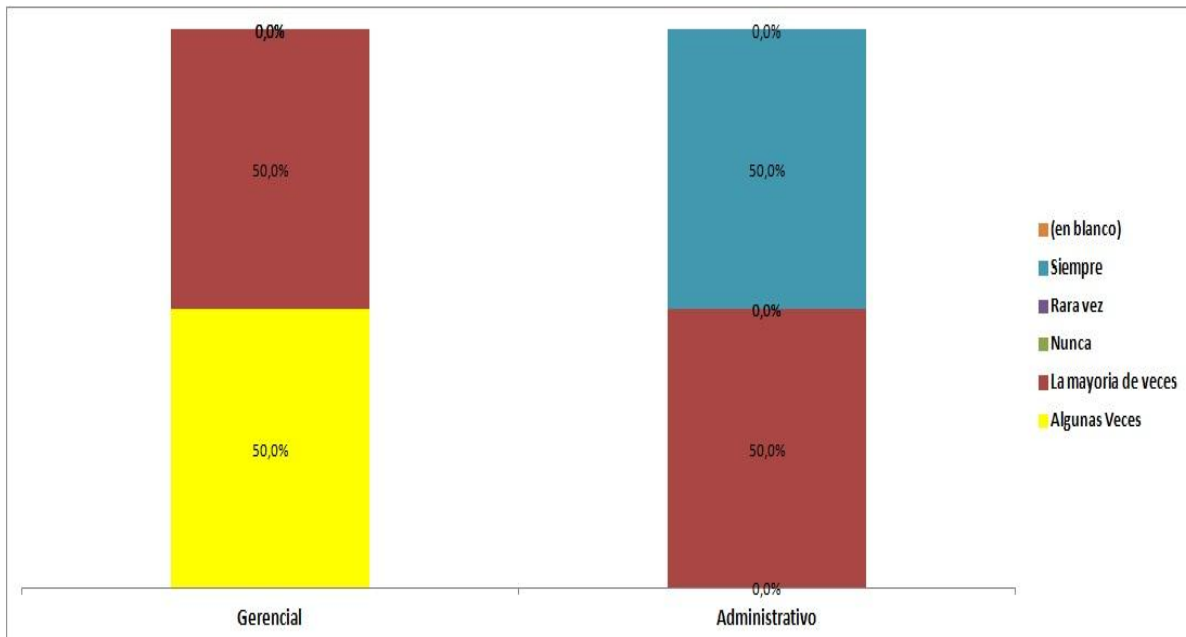


GRÁFICO 64. PREGUNTA 5. SE VERIFICA PROACTIVAMENTE LA SUFICIENCIA DE MEDICAMENTOS ESENCIALES REQUERIDOS PARA LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

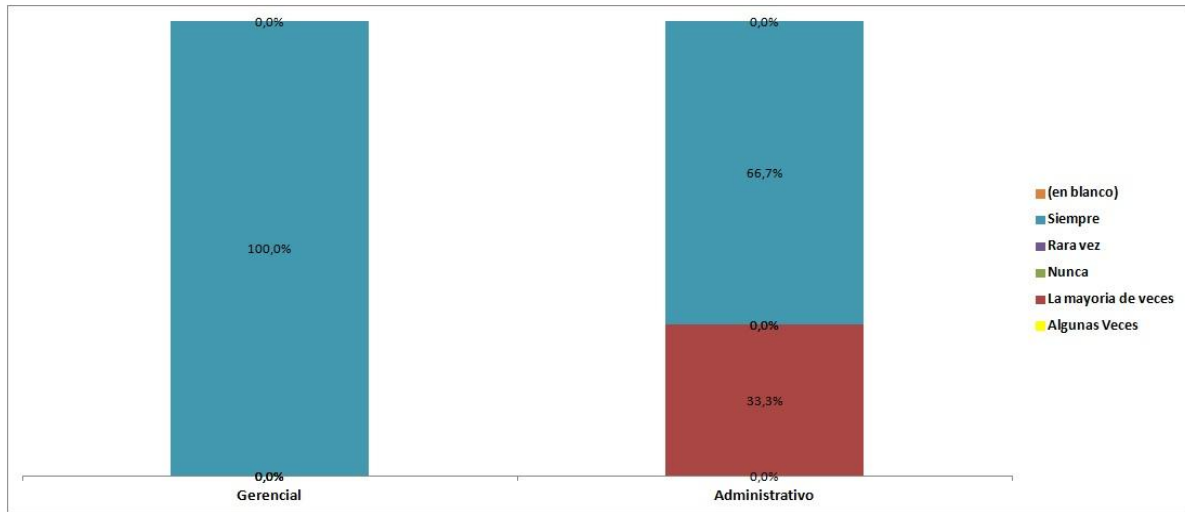


GRÁFICO 65 PREGUNTA 6. EL PLAN DE CAPACITACIÓN INCORPORA TEMAS SOBRE SEGURIDAD DEL PACIENTE

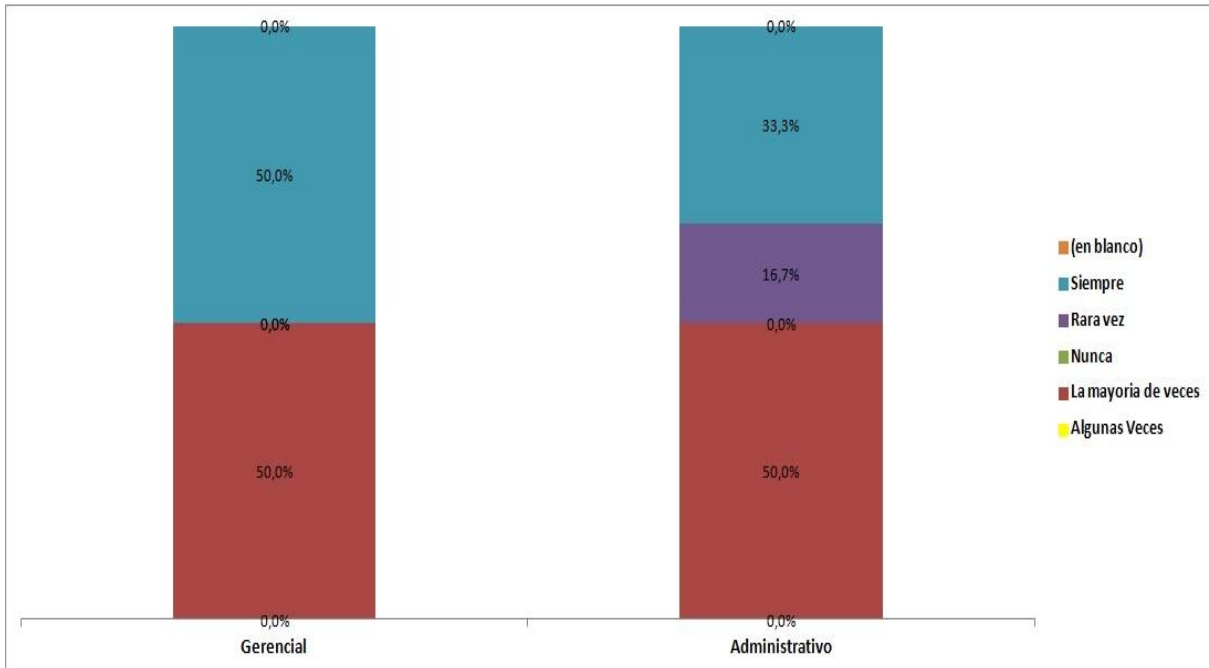


GRÁFICO 66. PREGUNTA 7. LA GERENCIA NOS INFORMA SOBRE LOS CAMBIOS REALIZADOS BASADOS EN LO APRENDIDO DE LOS REPORTES DE EVENTOS.

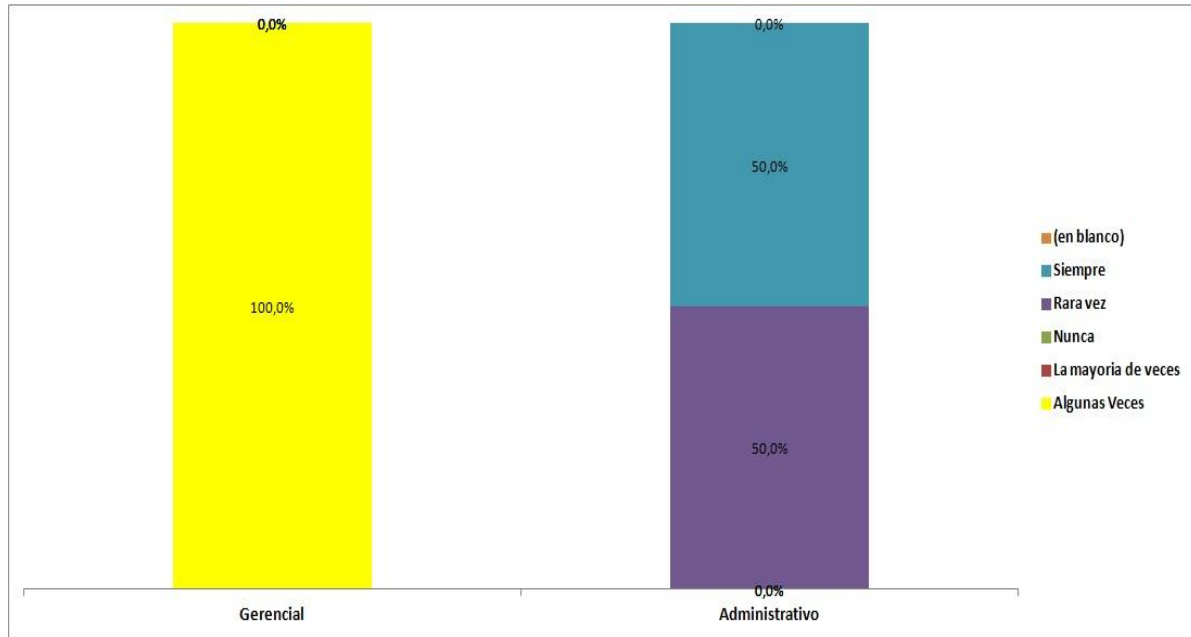


GRÁFICO 67. PREGUNTA 8. EL PERSONAL HABLA LIBREMENTE SI VE ALGO QUE PODRÍA AFECTAR.

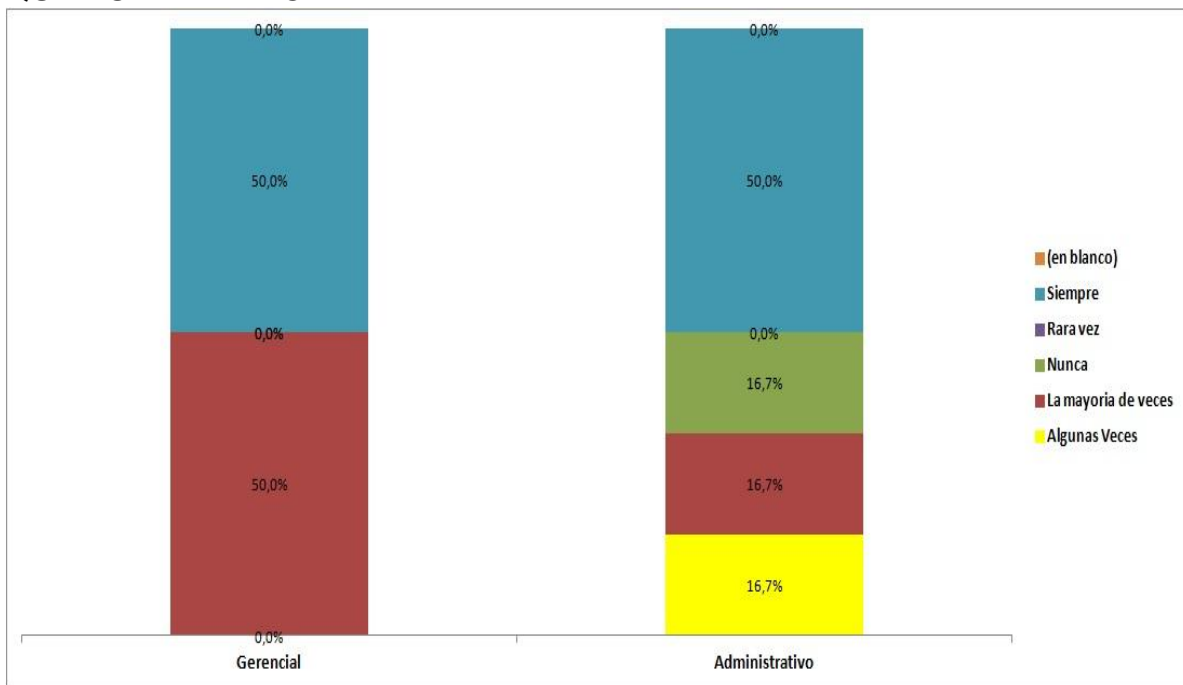


GRÁFICO 68. PREGUNTA 9. EN ESTA ÁREA, DISCUTIMOS FORMAS DE PREVENIR ERRORES PARA QUE NO SE VUELVAN A COMETER.

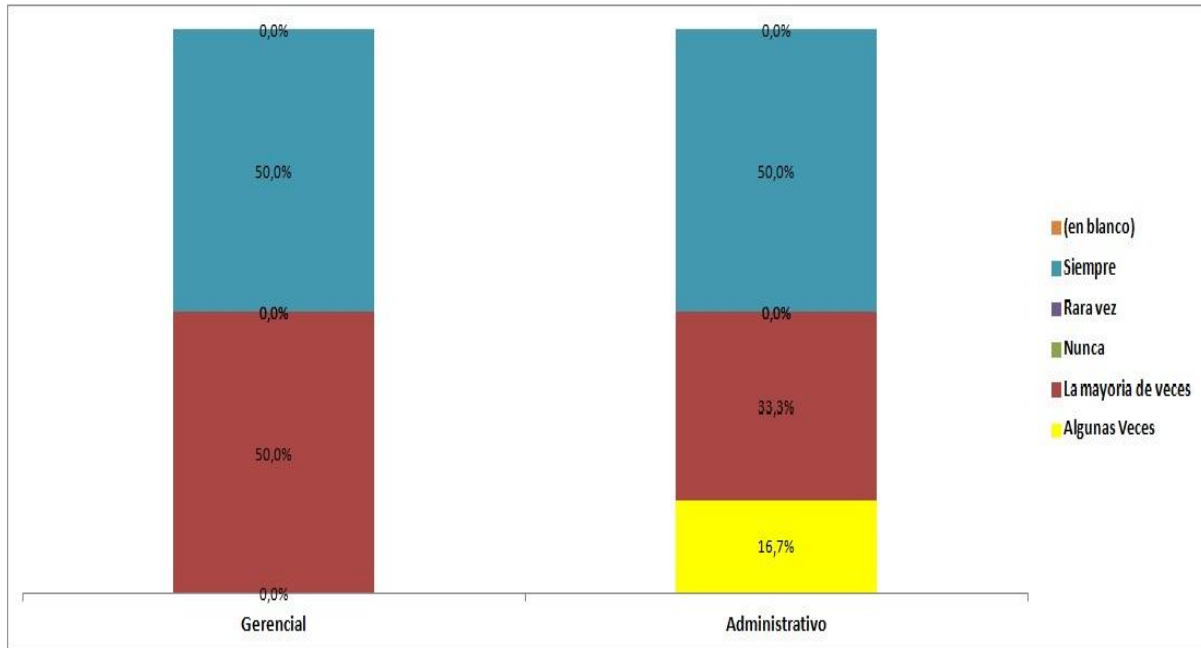
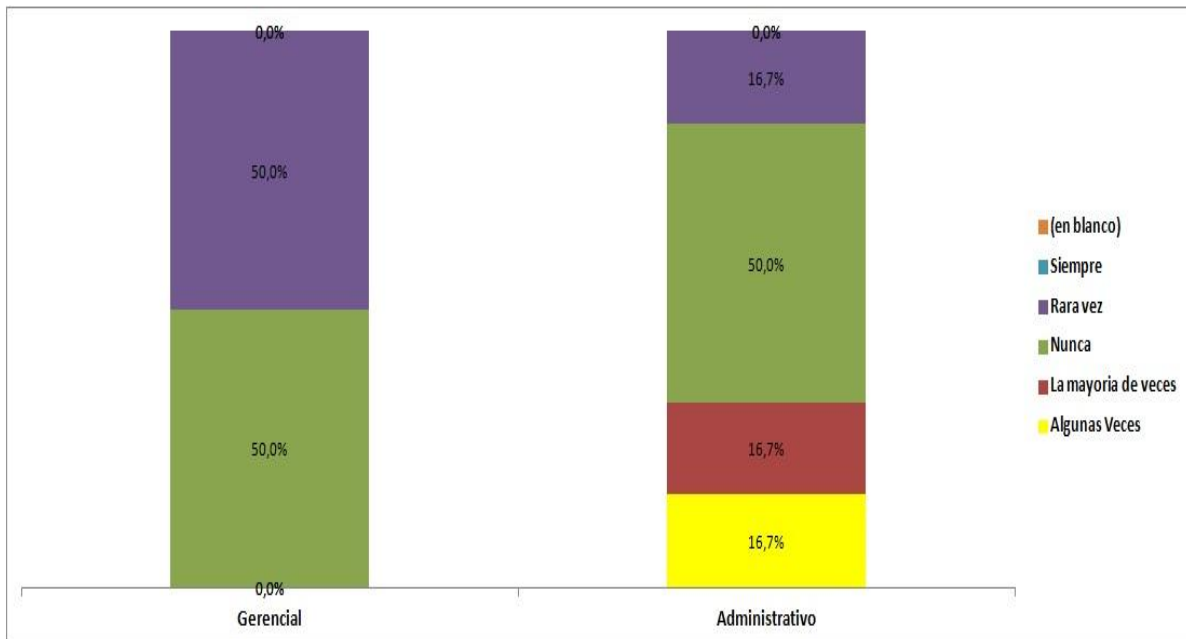


GRÁFICO 69. PREGUNTA 10. EL PERSONAL TIENE MIEDO DE HACER PREGUNTAS CUANDO ALGO NO PARECE ESTAR CORRECTO.



En cuanto si la gerencia informa a la junta Directiva sobre los sucesos relacionados con la seguridad del paciente se observa en área gerencial un porcentaje del 50% que algunas veces y otro un 50% donde no se tiene claro si se está presentado información por lo cual se debe revisar un poco más para trabajar en este tema ya que es importante saber que temas existe para el mejoramiento continuo

De otro lado en el área administrativa se encuentra diferentes opiniones un 50% la mayoría de las veces, un 33,3% siempre, pero cabe resaltar este 16,7% que manifiesta que nunca, lo cual no coincide con las respuestas satisfactorias frente a este tema en el cual se debe realizar un estudio profundo para mejorar y encontrar las fallas y darle solución.

A su vez si la gerencia informa a todos los colaboradores sobre los errores cometidos en el área administrativa la gerencia cuenta un porcentaje del 100% en que algunas veces y el área administrativa con 50% la mayoría de veces y un 33.3% siempre y el 16,7% algunas veces es evidente que se debe realizar un plan de mejora hacia la información entre gerencia y el área administrativa para conseguir unos resultados positivos. Si se informan los costos de la no calidad a los colaboradores de la institución la gerencia afirma en un 50% que la mayoría de veces y el otro 50% afirma que nunca, en el área administrativa se encuentra diferentes respuestas resaltando un 16.7% que afirma que nunca se les informa acerca de los costos de la no calidad.

En cuanto si se verifica proactivamente la suficiencia de medicamentos esenciales requeridos para la prestación de los servicios de salud el 50% algunas veces y el otro 50% la mayoría de las veces en el área gerencial y en área administrativa el 50% la mayoría de las veces y el otro 50% siempre, este es un tema muy importante ya que se debe realizar planes de mejoramiento.

Con respecto a si Los planes de capacitación incorporan temas sobre seguridad del paciente el 100% del área gerencial afirma que siempre, por otro lado en el área administrativa un 66.7% dice que siempre y un 33.3% la mayoría de veces, esto conlleva a tener nuevas tendencias y tener actualizado al personal que labora en la institución.

El 100 % de los encuestados en el área gerencial afirma que algunas veces informa sobre los cambios realizados basados en lo aprendido de los reportes de eventos, por su parte un 50 % de los encuestados del área administrativa afirma que siempre se les informa, mientras que el otro 50 % asegura que estos cambios rara vez son informados, situación que se considera negativa ya que es importante socializar lo aprendido de los eventos ocurridos para mitigar consecuencias y minimizar riesgos futuros del paciente.

El 100 % de los encuestados del área gerencia y un 83.4 % de los encuestados del

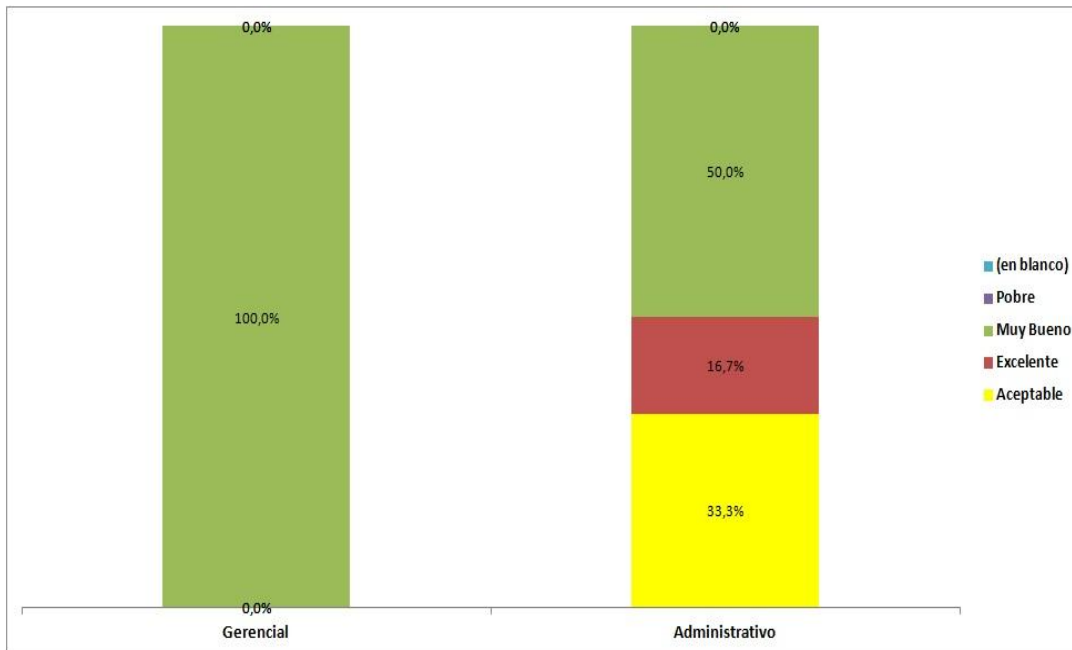
área administrativa aseguran que pueden hablar libremente si ven algo que puede afectar negativamente el cuidado del paciente, por otro lado solo un 16,7% no se siente con libertad de hablar si ve algo que pueda afectar la seguridad del paciente siendo pertinente proceder a disminuir riesgos dentro de esta área.

100 % de los encuestados en el área gerencial y administrativa discuten en un mayor o menor grado formas de prevenir y mitigar errores para que no se vuelvan a cometer mejorando la así la calidad.

El área de gerencia manifiesta que el personal no tiene miedo de hacer preguntas cuando algo no parece estar correcto, al igual que el 50 % del área administrativa, de otro lado el 50 % restante manifiesta tener miedo de hacer dichas preguntas. Situación que da cabida a desarrollar acciones que permitan que los colaboradores sientan la libertad de intervenir cuando vean que algo no está correcto.

6.13 SECCIÓN D: GRADO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.

GRÁFICO 70. PREGUNTA 1 .POR FAVOR, ASÍGNELE A SU ÁREA DE TRABAJO UN GRADO GENERAL DE PARTICIPACIÓN EN SEGURIDAD DEL PACIENTE.



En cuanto al grado general de participación en seguridad del paciente, el área gerencial manifiesta que es muy bueno con un porcentaje de 100%, por otra parte en el área administrativa un 50 % de los encuestados afirman que es muy bueno, sin embargo existe un 33,3% de los encuestados que considera que es aceptable y finalmente un 16,7% considera que el grado general de participación en seguridad del paciente es excelente.

6.14 SECCION E : SU INSTITUCIÓN

GRÁFICO 71. PREGUNTA 1 EL DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO MOTIVA A LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

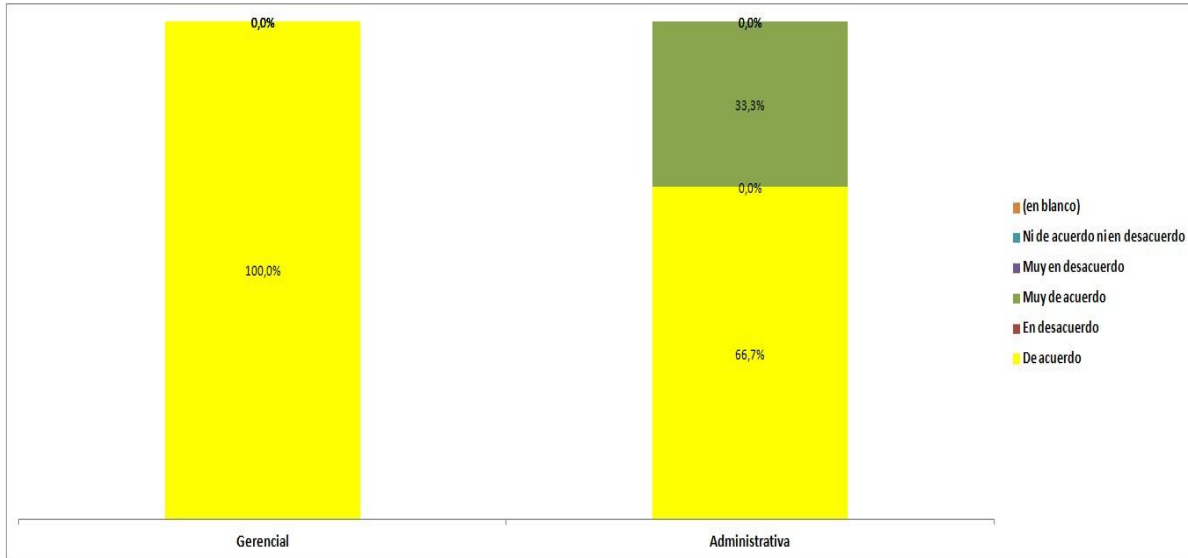


GRÁFICO 72. PREGUNTA 2. LA JUNTA DIRECTIVA PROMUEVE ACCIONES PREVENTIVAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.

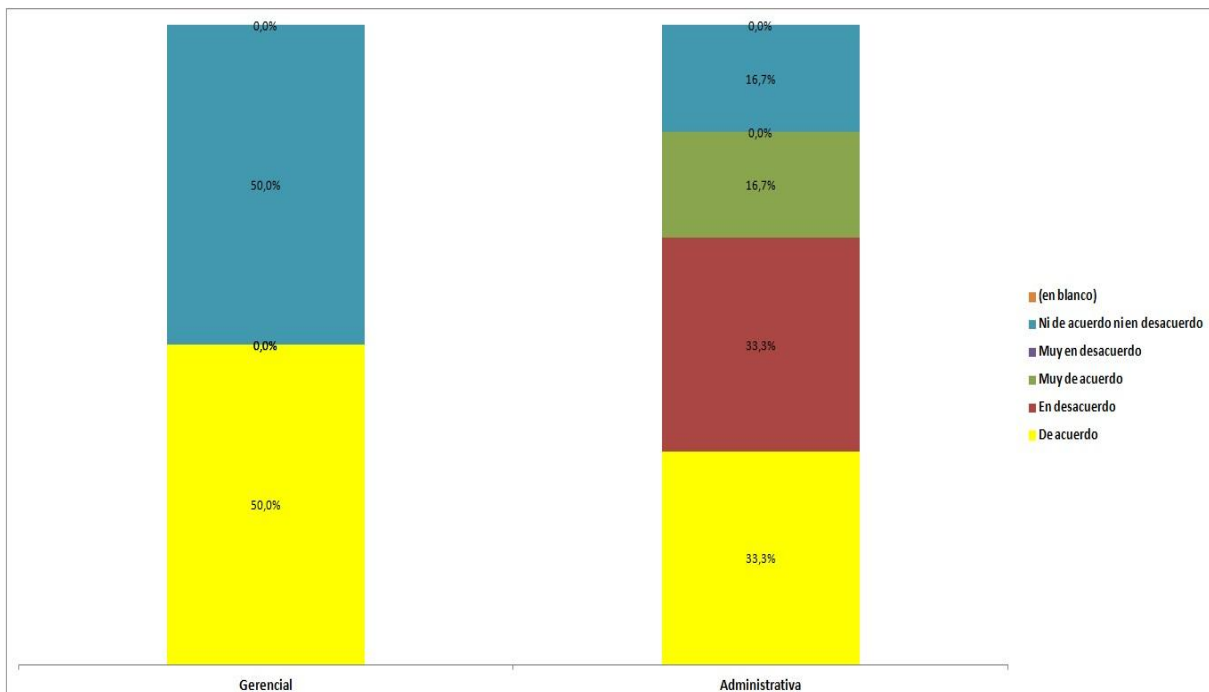


GRÁFICO 73. PREGUNTA 3. LA GERENCIA REALIZA SEGUIMIENTO A LA EFECTIVIDAD DE LAS ACCIONES IMPLEMENTADAS EN PRO DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.

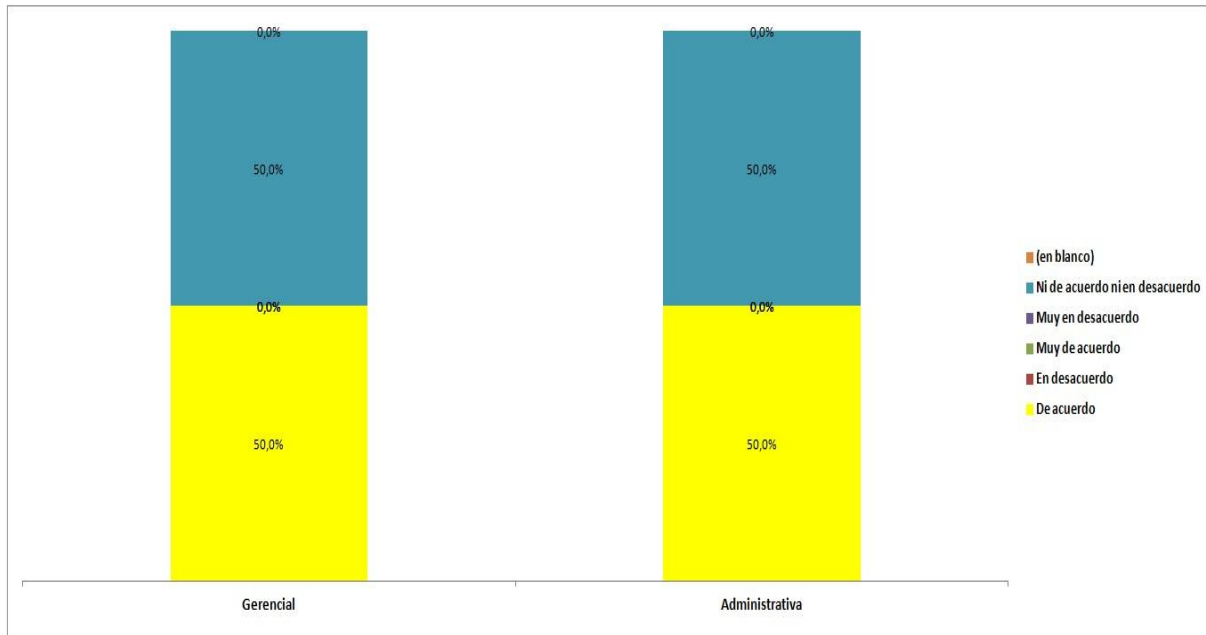


GRÁFICO 74. PREGUNTA 4. LA GERENCIA EJECUTA ESTRATEGIAS PREVENTIVAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

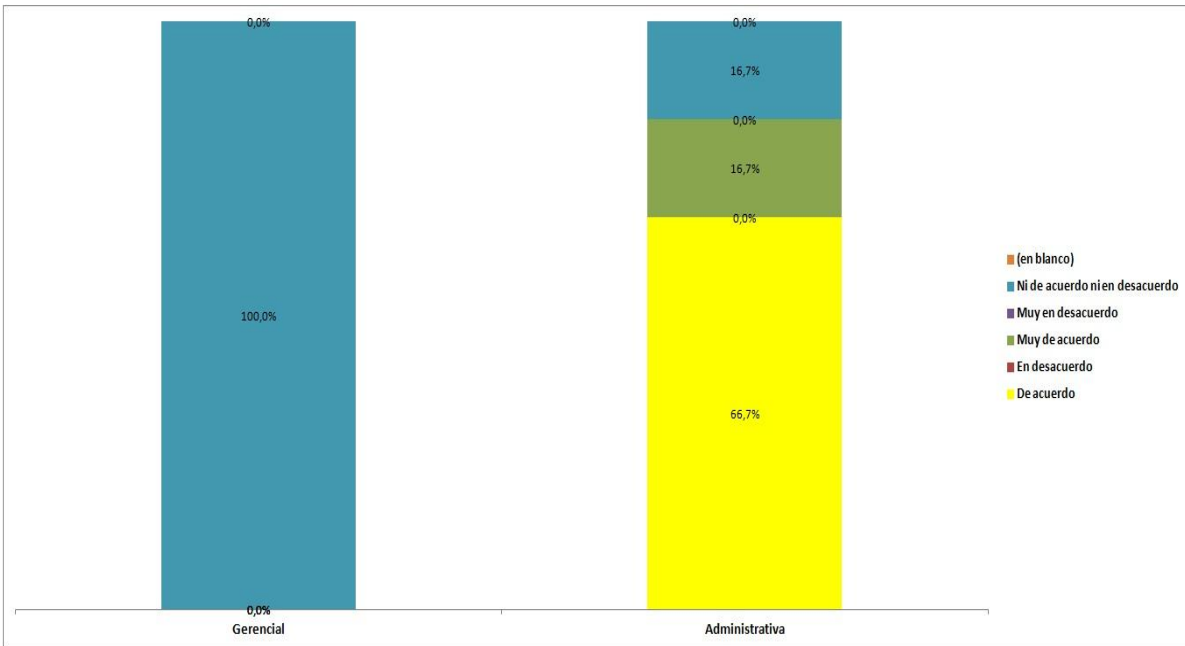


GRÁFICO 75 PREGUNTA 5. LOS PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE TIENEN FUNDAMENTO EN EL ÁREA ASISTENCIAL

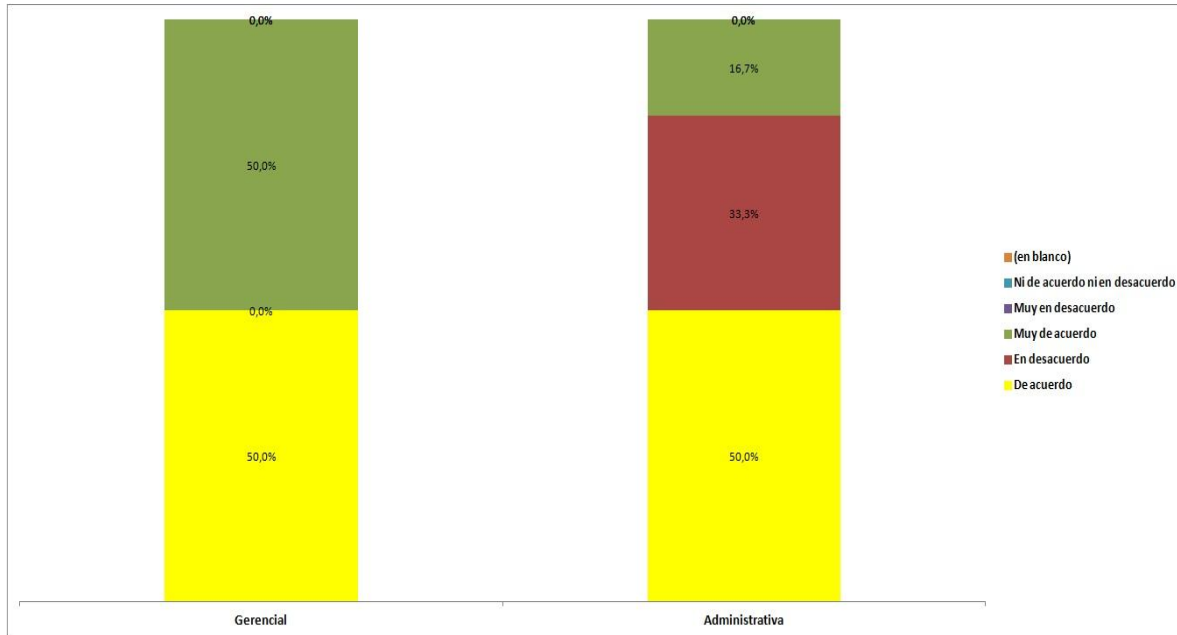


GRÁFICO 76. PREGUNTA 6. LA GERENCIA PROPICIA UN AMBIENTE LABORAL QUE PROMUEVE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

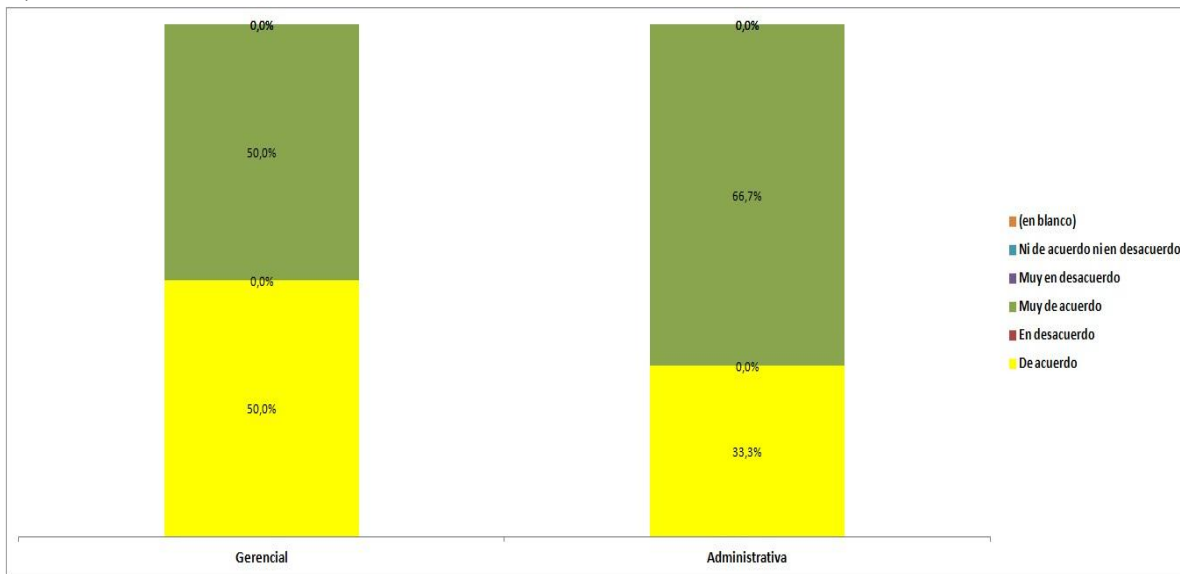


GRÁFICO 77. PREGUNTA 7. LA EMPRESA HA ELIMINADO LAS BARRERAS ADMINISTRATIVAS PARA GARANTIZAR LA CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN DE LOS PACIENTES.

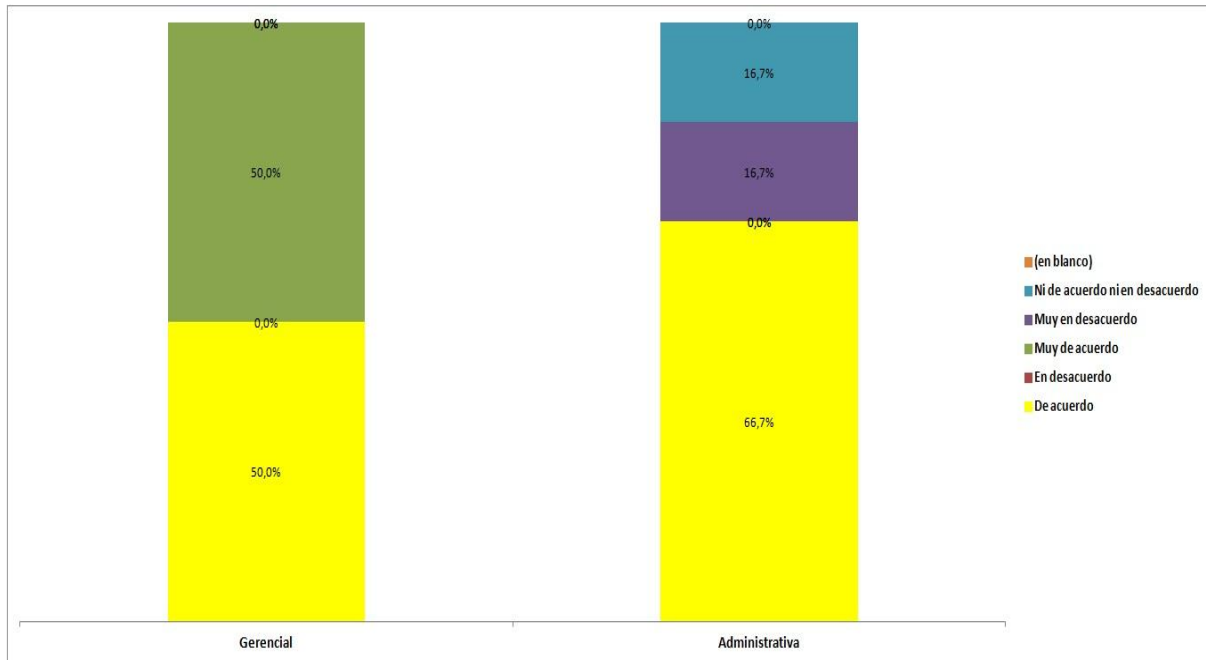


GRAFICO 78 PREGUNTA 8. LAS MEDIDAS QUE TOMA LA GERENCIA MUESTRAN QUE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE ES ALTAMENTE PRIORITARIA

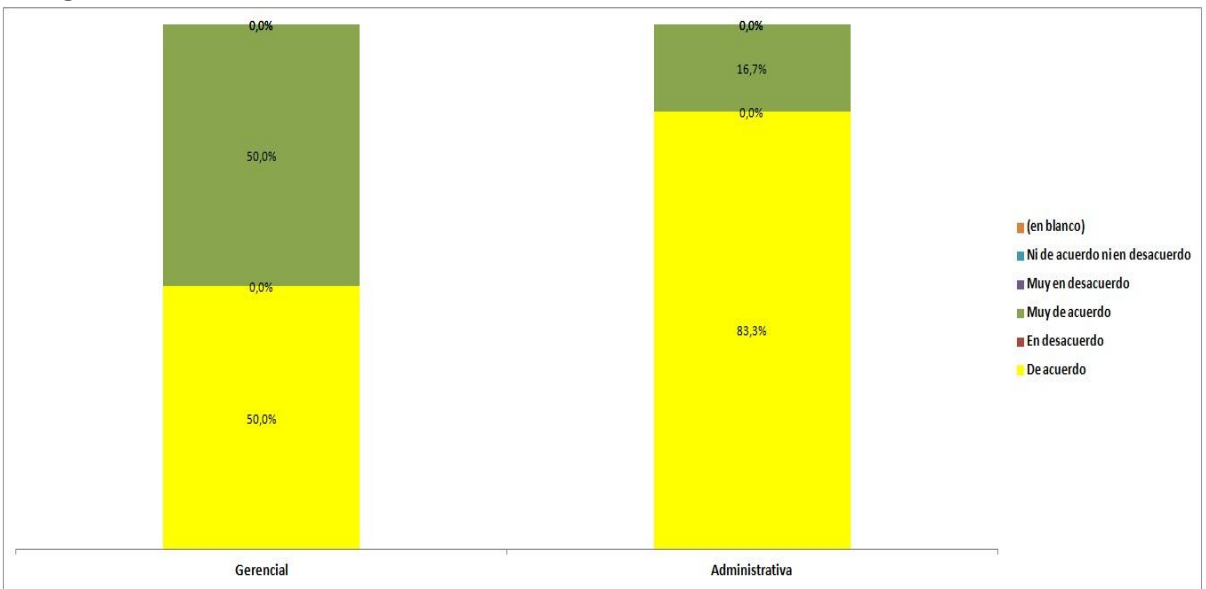


GRÁFICO 79. PREGUNTA 9. LA GERENCIA SE MUESTRA INTERESADA EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE SOLO DESPUÉS DE QUE OCURRE UN INCIDENTE O UN EVENTO ADVERSO.

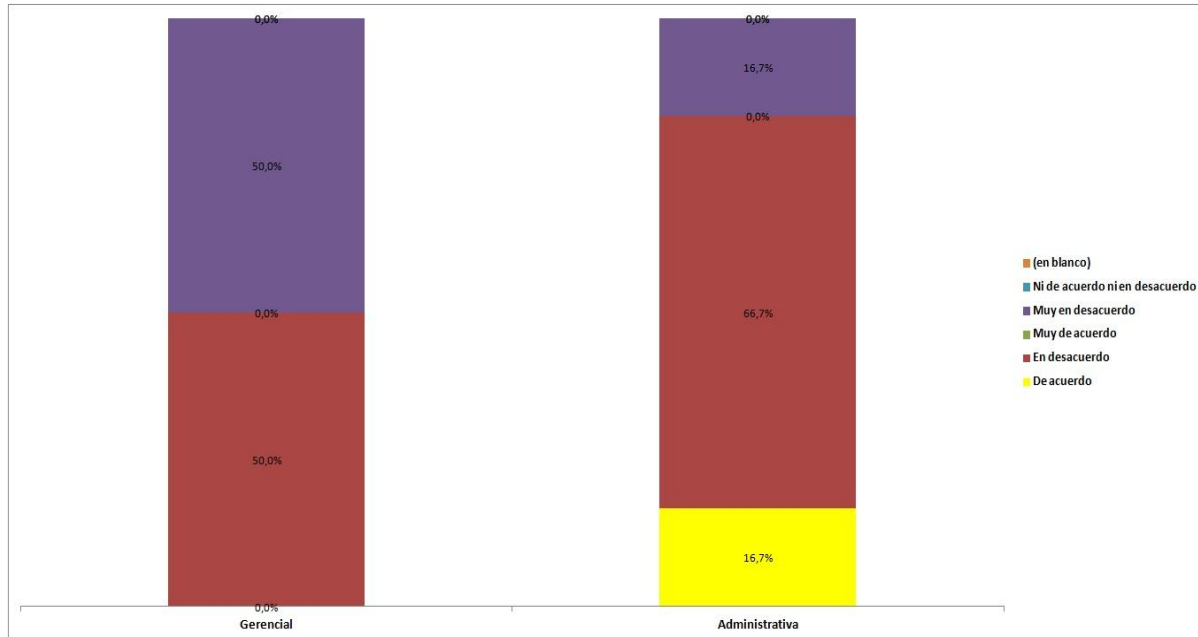


GRÁFICO 80. PREGUNTA 10. LA GERENCIA PROMUEVE ESTIMULOS A LOS EQUIPOS DE TRABAJO PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.

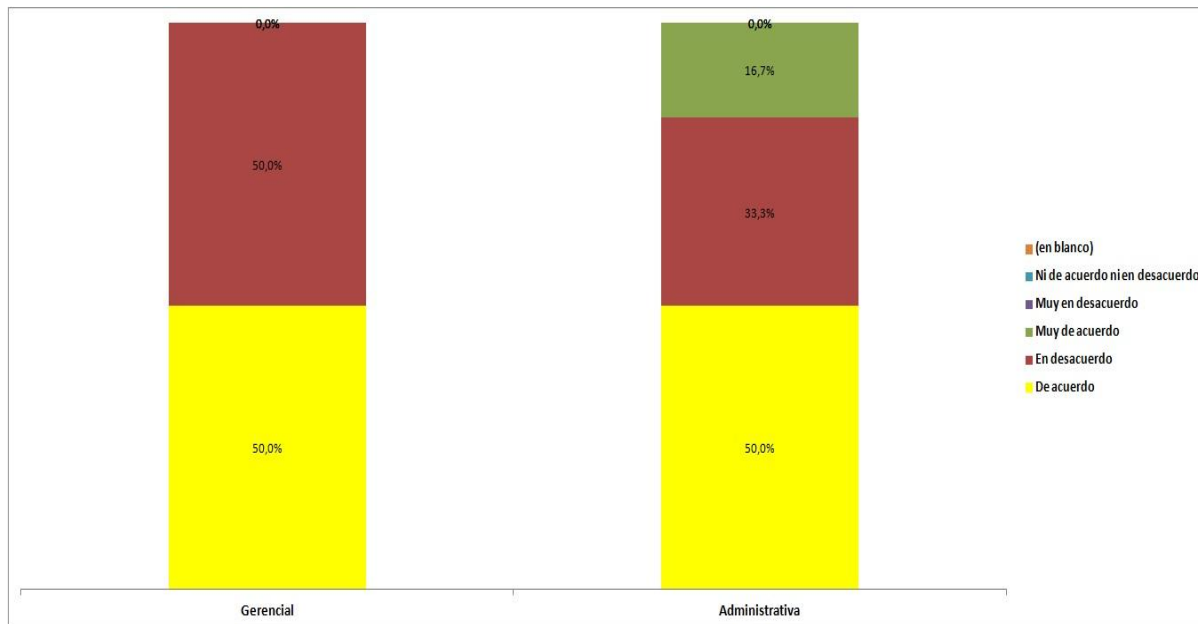


GRÁFICO 81. PREGUNTA 11. SE ASIGNAN LOS RECURSOS PARA MINIMIZAR LOS RIESGOS EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD.

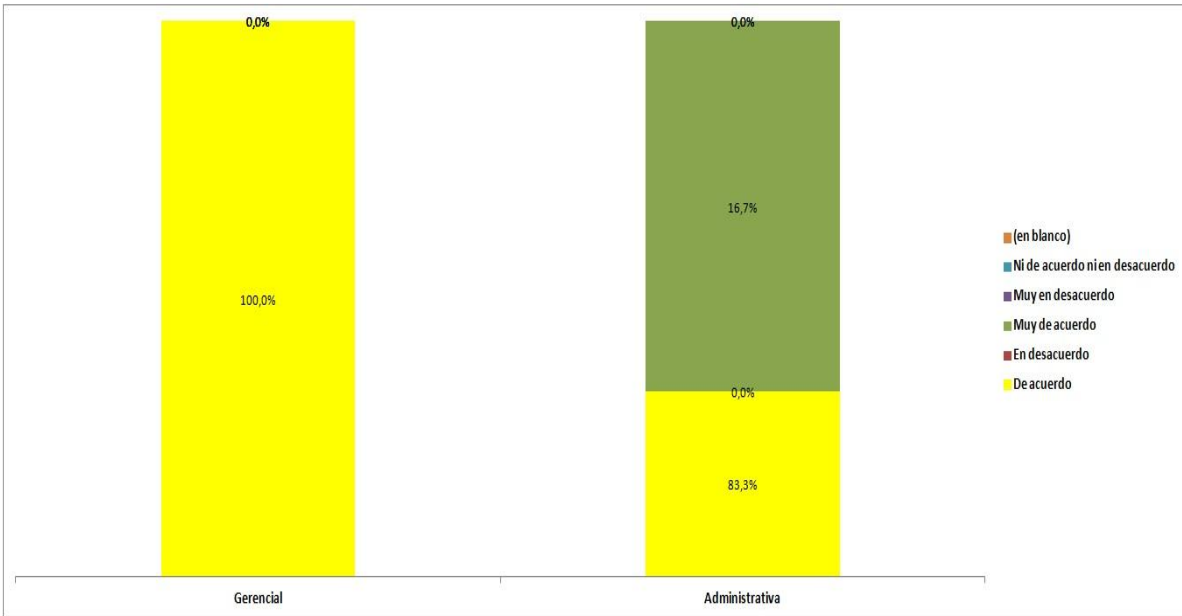


GRÁFICO 82. PREGUNTA 12. SE EVALÚA EL COSTO BENEFICIO PARA LA COMPRA DE ELEMENTOS RELACIONADOS CON LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO

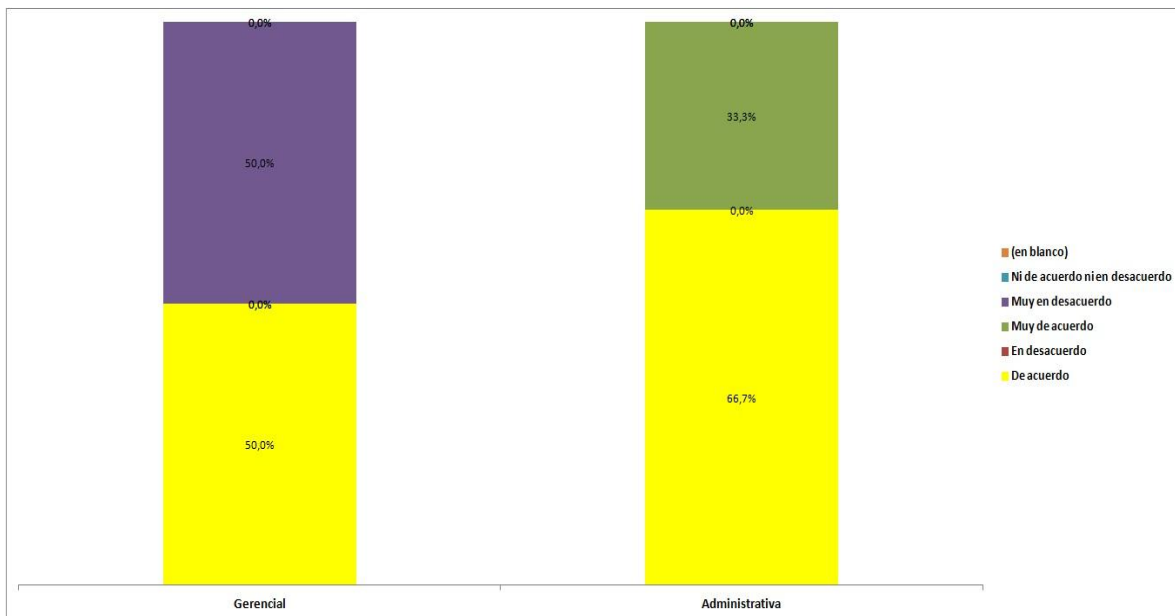


GRÁFICO 83. PREGUNTA 13. SE EVALÚA LA COMPETENCIA DEL TALENTO HUMANO SOBRE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN

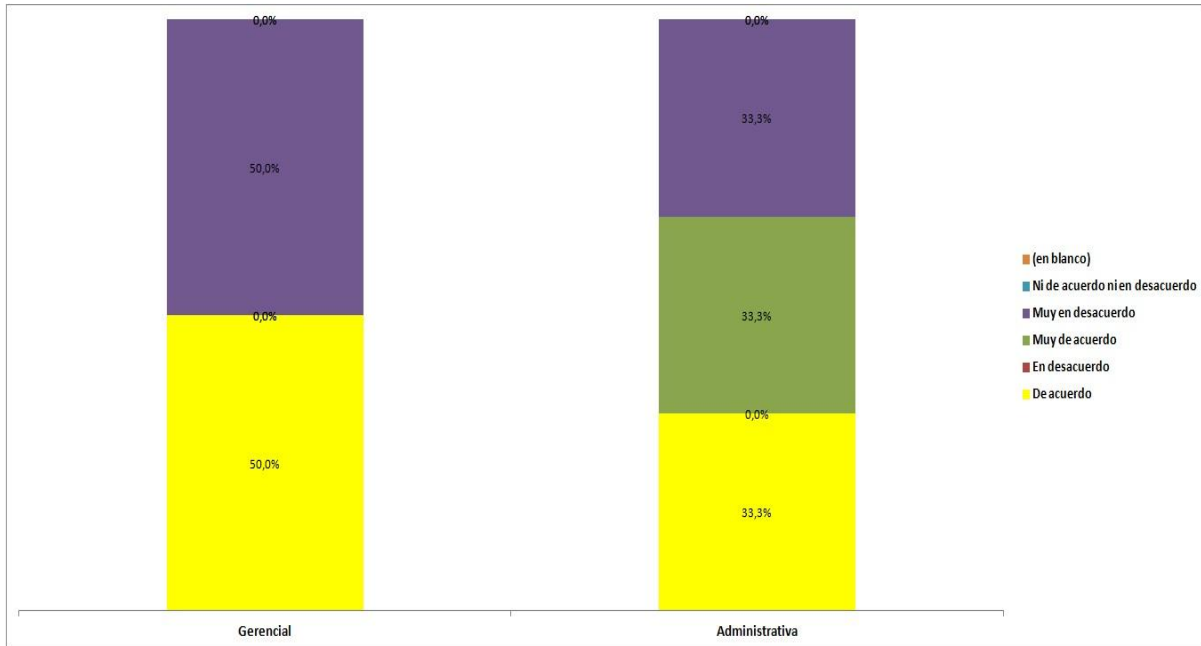
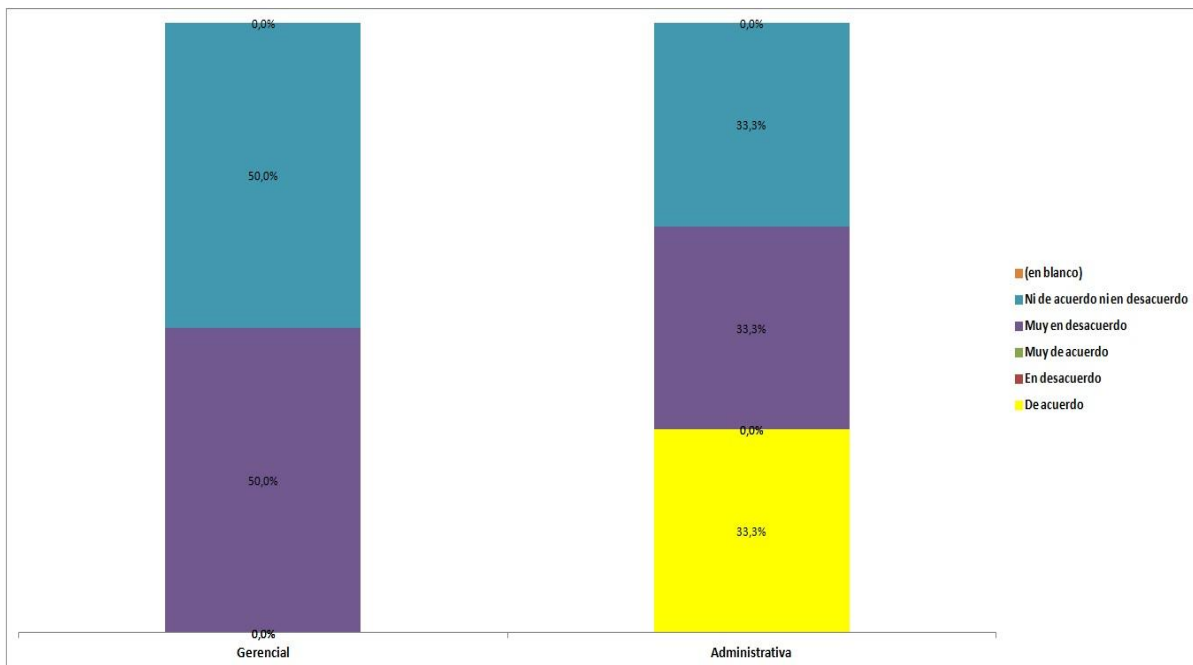
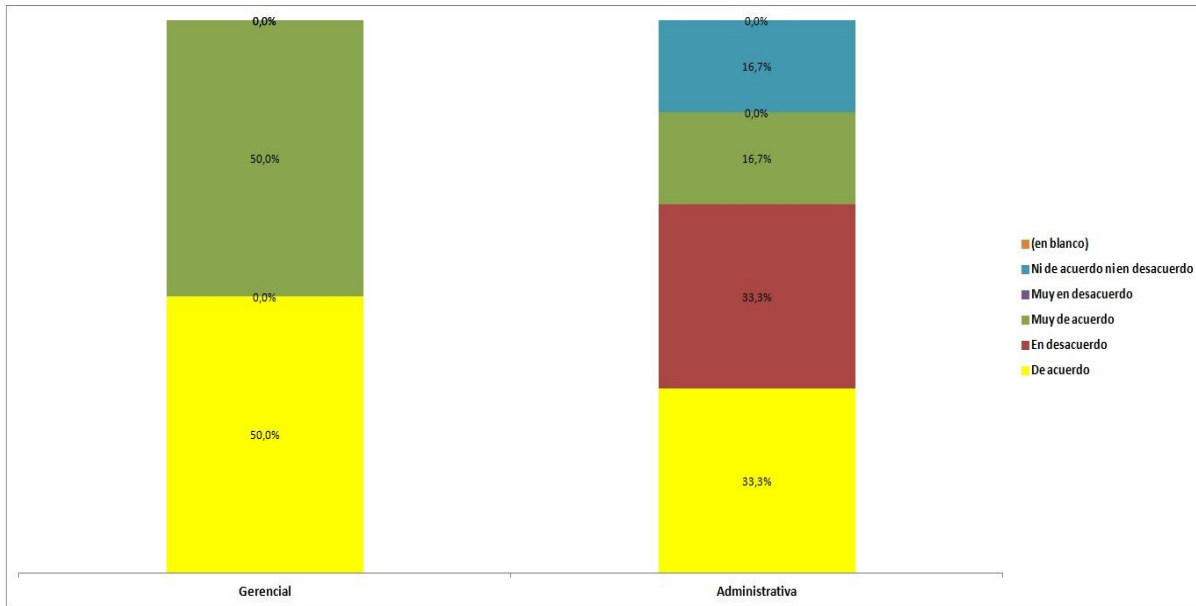


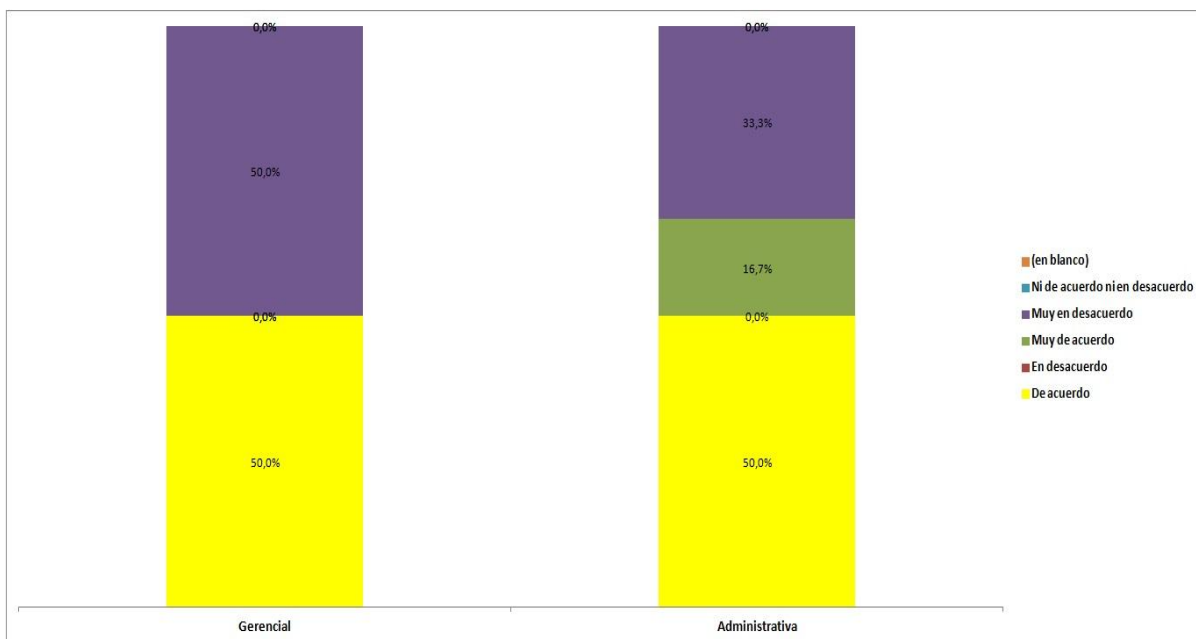
GRÁFICO 84. PREGUNTA 14. LOS EQUIPOS DE TRABAJO RECIBEN ESTIMULOS POR SU COMPROMISO CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE



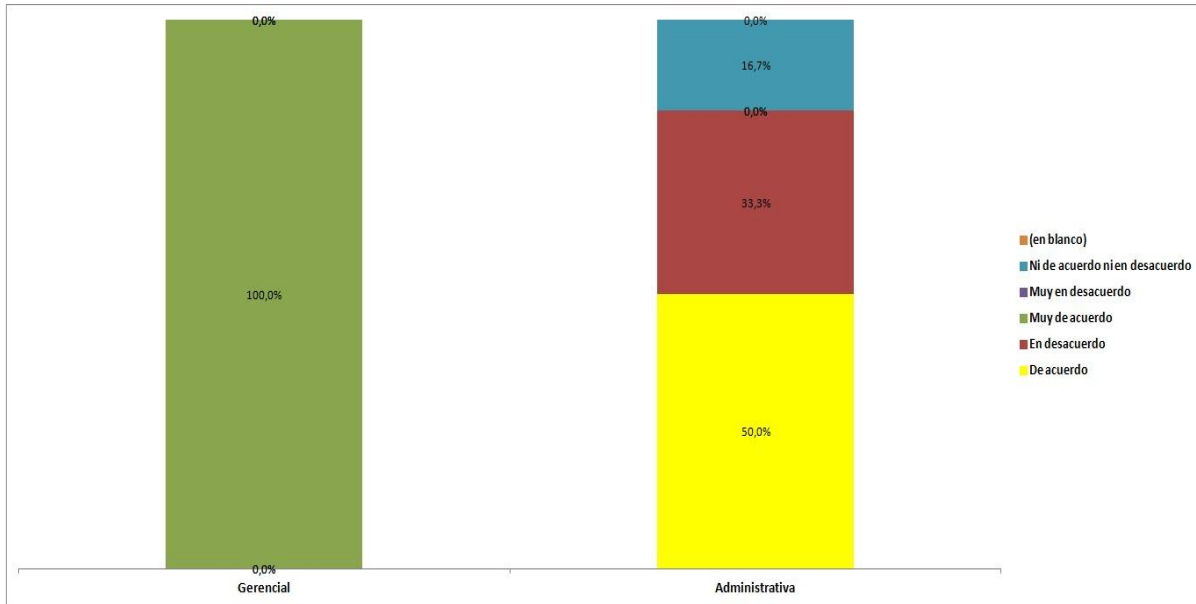
GRÁFICA 85. PREGUNTA 15. LA ROTACIÓN DEL TALENTO HUMANO ES FACTOR CONTRIBUTIVO PARA LA PRESENCIA DE EVENTOS RELACIONADOS CON SEGURIDAD DEL PACIENTE.



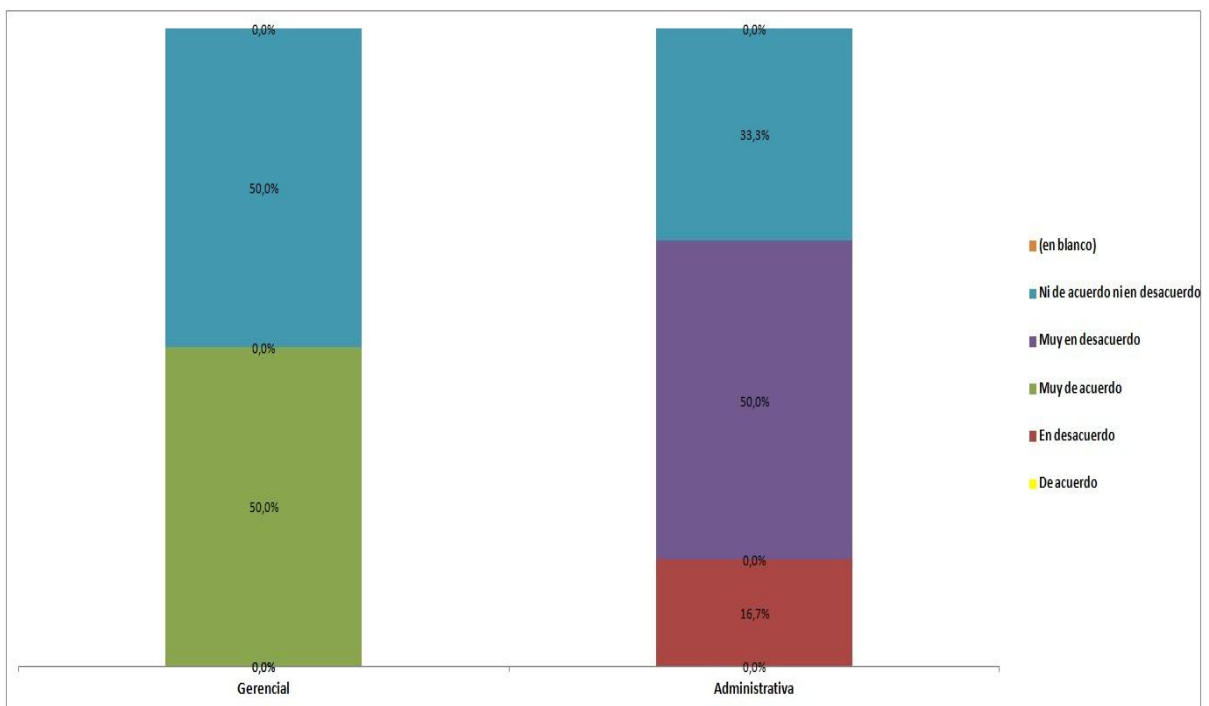
GRÁFICA 86. PREGUNTA 16. SE EXIGE A ENTIDADES EDUCATIVAS SUPERVISIÓN EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO PARA PERSONAL EN FORMACIÓN



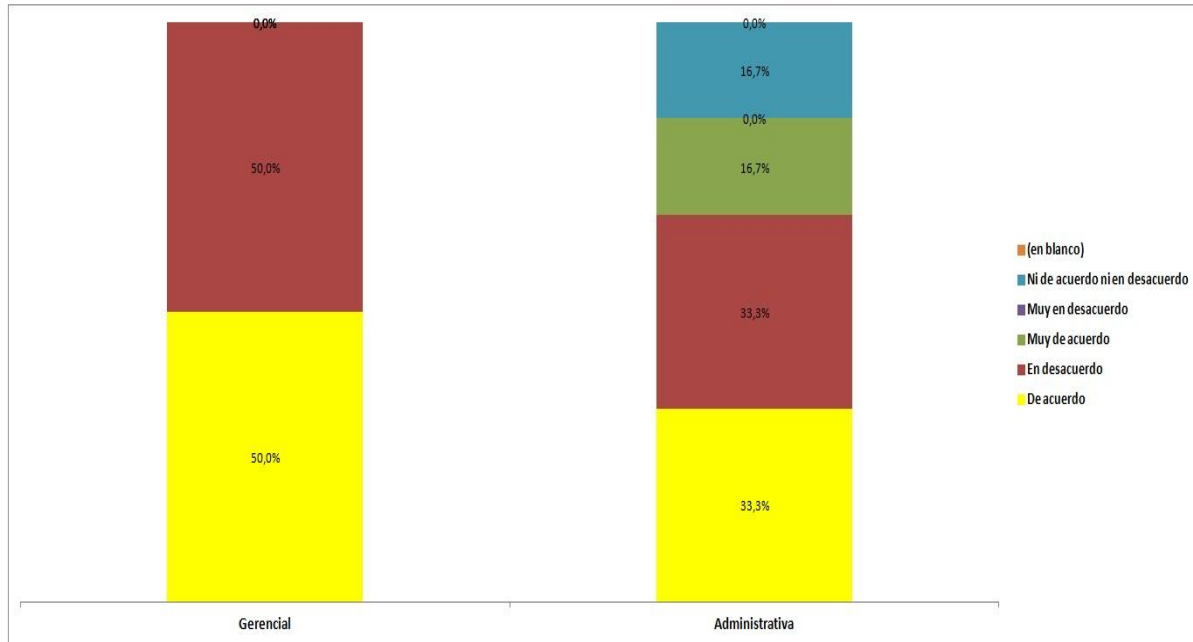
GRÁFICA 87. PREGUNTA 17. LA NO SUFICIENCIA DE PERSONAL ES FACTOR CONTRIBUTIVO PARA LA PRESENCIA DE EVENTOS RELACIONADOS CON SEGURIDAD DEL PACIENTE.



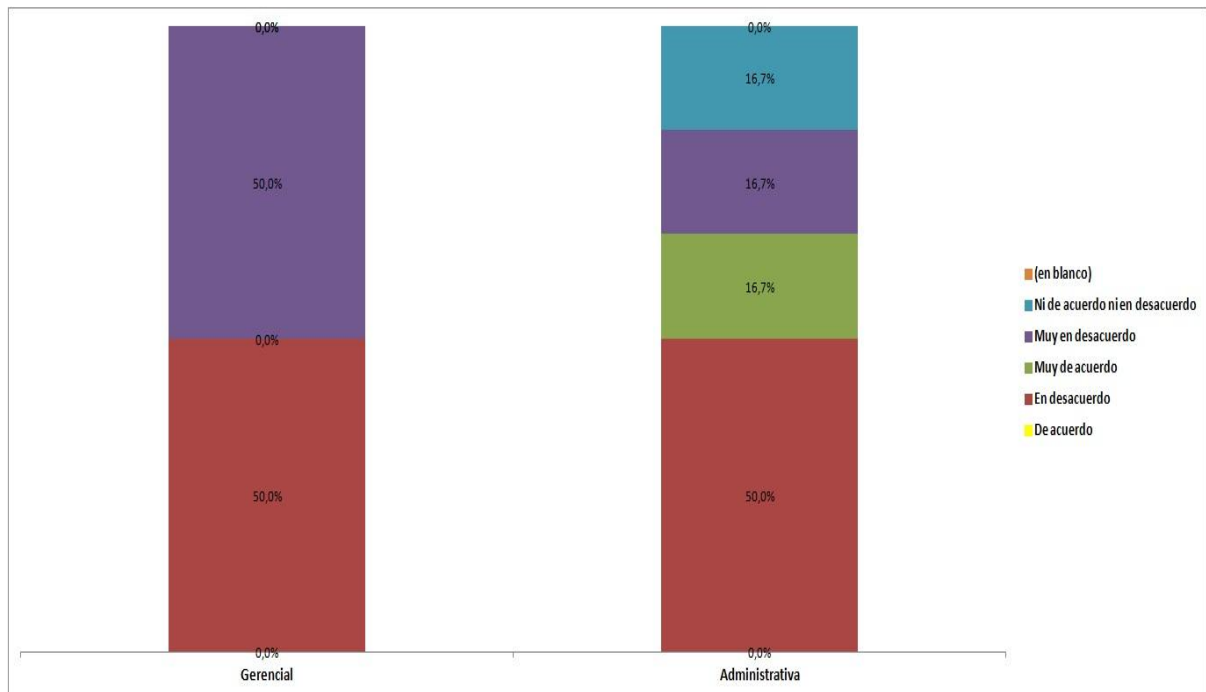
GRÁFICA 88. PREGUNTA 18. CONOCE EL MECANISMO PARA REALIZAR EL REPORTE DE EVENTOS ADVERSOS.



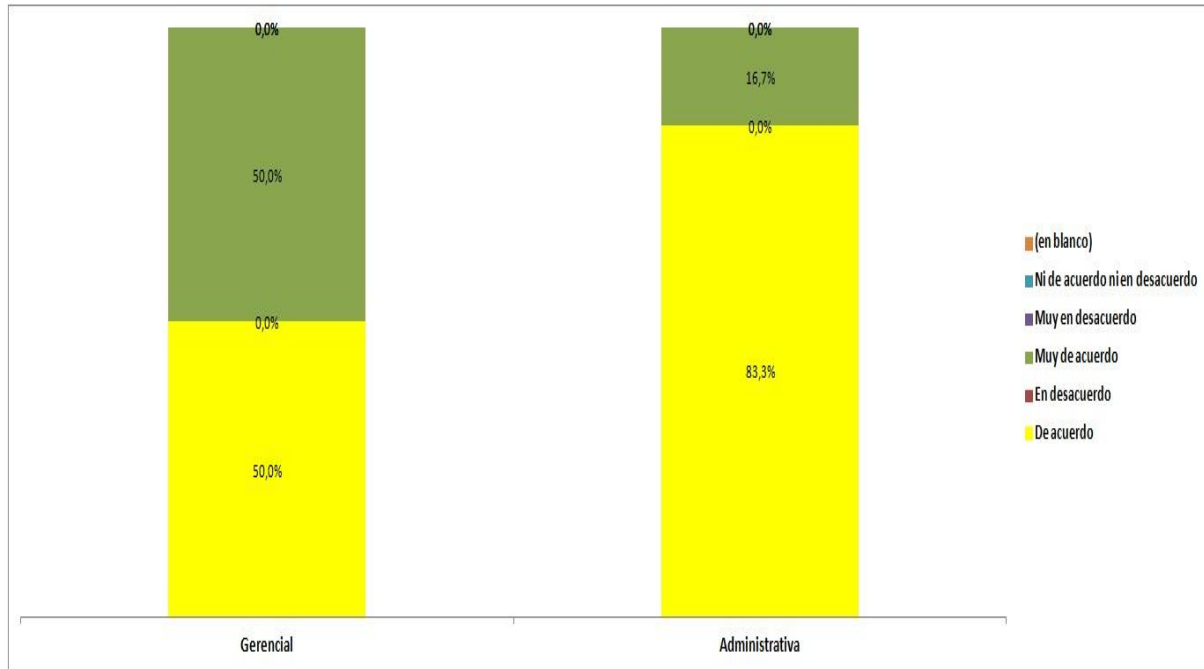
GRÁFICA 89. PREGUNTA 19. LAS DIFERENTES ÁREAS ADMINISTRATIVAS TRABAJAN EN EQUIPO PARA PROPICIAR LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES



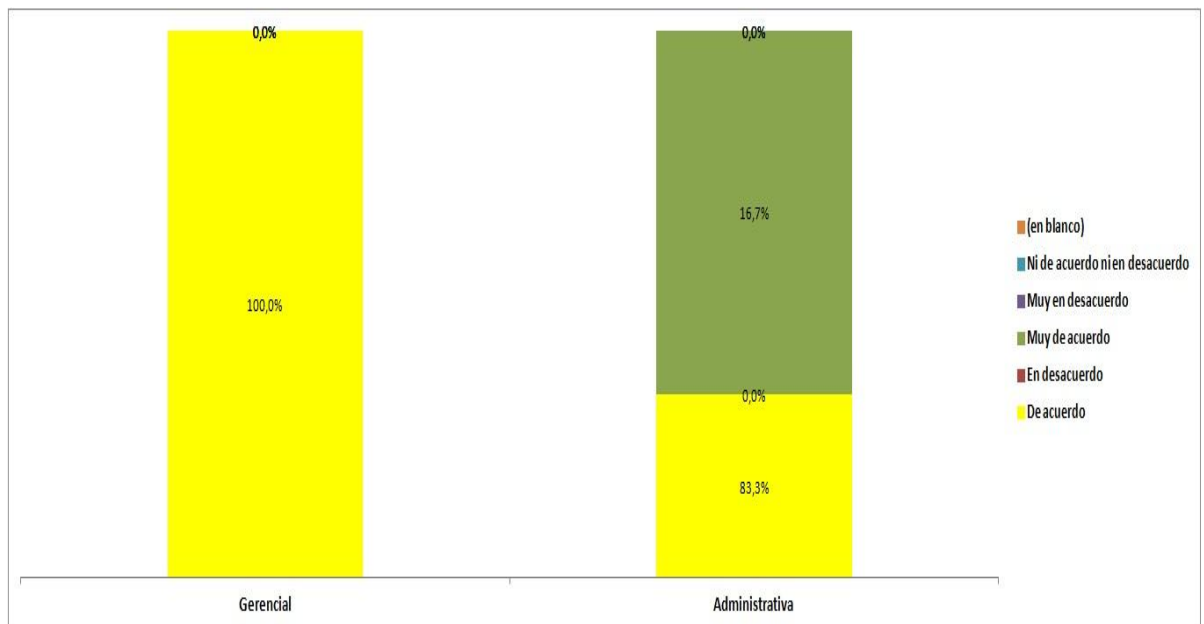
GRÁFICA 90 PREGUNTA 20. LAS ÁREAS DE ESTA INSTITUCIÓN NO ESTÁN BIEN COORDINADOS ENTRE SÍ.



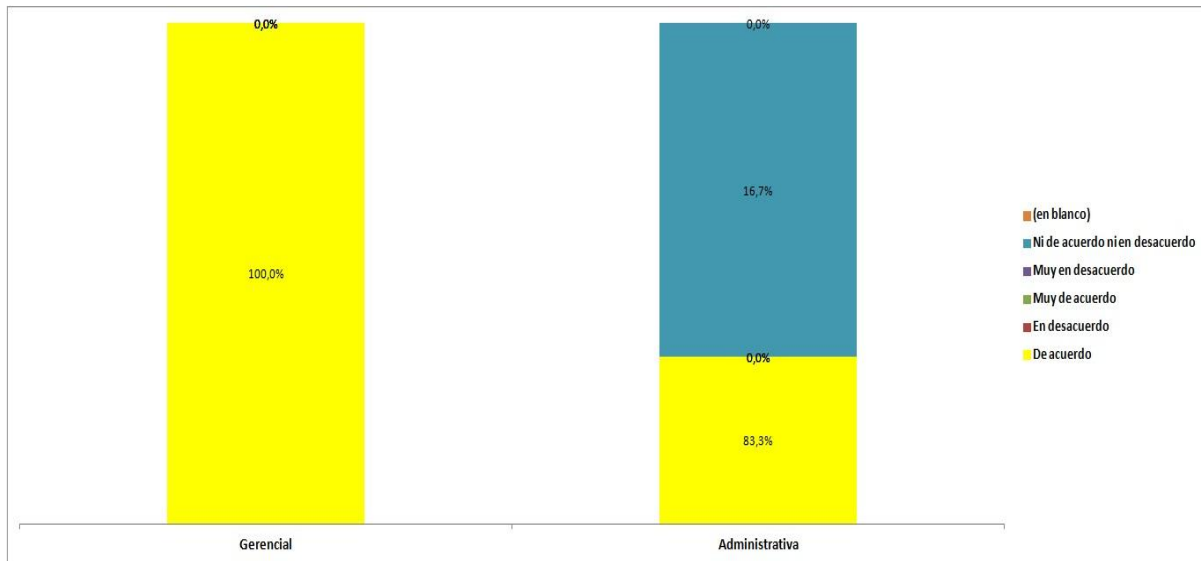
GRÁFICA 91. PREGUNTA 21. HAY BUENA COOPERACIÓN ENTRE LAS ÁREAS DE LA INSTITUCIÓN QUE REQUIEREN TRABAJAR CONJUNTAMENTE.



GRÁFICA 92. PREGUNTA 22. FRECUENTEMENTE ES AGRADABLE TRABAJAR CON PERSONAL DE OTRAS ÁREAS EN ESTA INSTITUCIÓN.



GRÁFICA 93. PREGUNTA 23. RARA VEZ SURGEN PROBLEMAS EN EL INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN ENTRE LAS ÁREAS DE ESTA INSTITUCIÓN



En cuanto a la primera pregunta de esta sección, acerca de que si el direccionamiento estratégico motiva a la seguridad del paciente, las respuestas fueron muy favorables con un 100% tanto en gerencia como en el área administrativa, ya que tanto en la visión como la misión, se encuentra inmerso este principio para cumplir con la prestación de servicios con calidad, sin embargo se puede observar una gran debilidad en el área de gerencia al mantener una respuesta neutral de ni de acuerdo ni en desacuerdo en las preguntas 2, 3 y 4 que hacen referencia a: la junta directiva promueve acciones preventivas para la seguridad del paciente en un 50%, la gerencia realiza seguimiento a la efectividad de las acciones implementadas en pro de la seguridad del paciente en un 50%, y la gerencia ejecuta estrategias preventivas para la seguridad del paciente en un 100%, situación que no permite evidenciar de forma clara el compromiso de la dirección de la entidad frente a las acciones concernientes al tema de seguridad del paciente. De igual forma en el área administrativa se presenta la misma situación.

Por otra parte con respecto a la pregunta “los problemas relacionados con la seguridad del paciente, tienen fundamento en el área asistencial”, se evidencia que la gerencia presenta un 50% como de acuerdo, y el otro 50% muy de acuerdo, sin embargo en el área administrativa llama la atención el porcentaje de un 33,3% en desacuerdo sobresaliendo la respuesta de que la seguridad del paciente no se deriva del área asistencial sino en articulación con el área administrativa.

Es importante resaltar que tanto gerencia como el área administrativa están de acuerdo y muy de acuerdo con el hecho de que la gerencia propicia un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente, y que las medidas que toma la gerencia muestran que la seguridad del paciente es altamente prioritaria,

confirmándolo en la pregunta donde gerencia afirma que se han eliminado las barreras administrativas para garantizar la continuidad de la atención de los pacientes, afirmación que en el área administrativa presentó un 16,7% en desacuerdo y un 16,7% ni acuerdo ni en desacuerdo, evidenciando carencia de conocimiento acerca de la seguridad del paciente por parte de algunos empleados.

De igual manera resultan favorable las respuestas tanto de gerencia como del área administrativa con el 100% de acuerdo y muy de acuerdo ante la pregunta “se asignan los recursos para minimizar los riesgos en la prestación de servicios de salud” ya que por medio de los recursos los pacientes van a tener los elementos y condiciones adecuadas para su atención, minimizando los eventos adversos. Aunque en la pregunta “se evalúa el costo beneficio para la compra de elementos relacionados con la prestación del servicio” llama la atención de las respuestas de gerencia ya que un 50% está en desacuerdo evidenciando una contradicción con la asignación de los recursos.

Se observa un aspecto negativo con lo referente a talento humano, más exactamente en la pregunta: “se evalúa la competencia del talento humano sobre seguridad del paciente en el procedimiento de selección”, ya que el 50 % de los encuestados en el área gerencial y un 66,6% en el área administrativa manifiestan estar de acuerdo y muy de acuerdo en que se evalúa la competencia del talento humano frente a la seguridad del paciente, por otra parte el 50 % restante del área gerencial y un 33,3% del área administrativa no están de acuerdo con esto, debido a que en la institución el componente de seguridad del paciente no está bien definido en el proceso de selección de personal, por ende no se evalúa dicha competencia. Así mismo ante la pregunta “los equipos de trabajo reciben estímulos por su compromiso con la seguridad del paciente”, un 50% del área de gerencia dijo estar ni de acuerdo ni en desacuerdo, y el otro 50% muy en desacuerdo, y de forma parecida se presenta en el área administrativa donde solo un 33,3% dijo estar de acuerdo, por lo tanto como aspecto negativo desde talento humano no existe el incentivo que motive el compromiso en los empleados con la seguridad del paciente.

La pregunta que hace referencia a que si se exige a entidades educativas la supervisión en la prestación del servicio para personal en formación, el 50% de gerencia y el 33,3% del área administrativa estuvieron muy en desacuerdo, ya que por lo general esta supervisión permanente la realizan los mismos trabajadores de cada área.

En la pregunta “la no suficiencia de personal, es factor contributivo, para la presencia de eventos relacionados con seguridad del paciente”, el área de gerencia está de acuerdo con un 100% de que el personal es un factor importante para evitar los eventos adversos en la institución, por el contrario en el área administrativa un 33,3% estuvo en desacuerdo.

Otra gran debilidad en el área de gerencia y administrativa es el desconocimiento en el proceso de informar eventos adversos ya que ante la pregunta “conoce el mecanismo para realizar el reporte de eventos adversos”, el 50% de gerencia estuvo ni de acuerdo ni en desacuerdo, así mismo sucedió en el área administrativa donde

el 16,7% estuvo en desacuerdo, el 50% muy en desacuerdo, y el 33,3% ni de acuerdo ni en desacuerdo. Esta situación evidencia nuevamente carencia de conocimiento acerca de la seguridad del paciente tema que debería involucrar a todos los empleados de esta institución de salud.

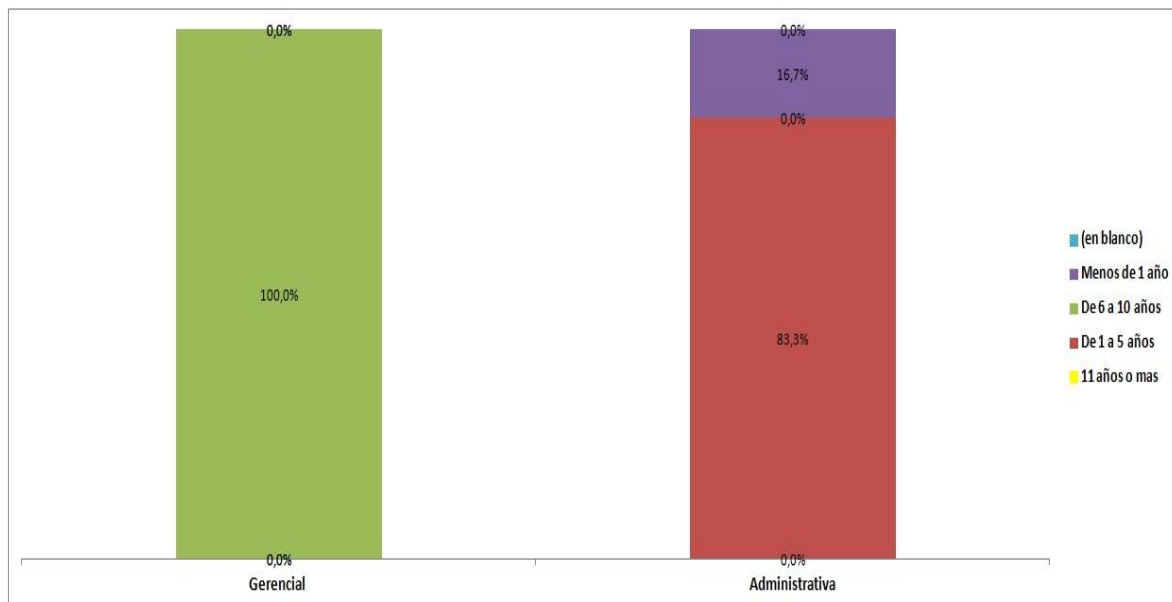
Con respecto a la pregunta “las diferentes áreas administrativas trabajan en equipo para propiciar la seguridad de los pacientes”, las repuestas tanto en gerencia como en el área administrativa manifiestan la falta de trabajo en equipo y por ende un riesgo ante este aspecto, ya que en gerencia el 50% manifestó estar en desacuerdo y en administración el 33,3% además de que un 16,7% se mostró neutral.

Lo anterior nos muestra una contradicción en las respuestas de esta sección, ya que afirman falta de trabajo en equipo, y más adelante en las siguientes preguntas como: “Hay buena cooperación entre las áreas de la institución que requieren trabajar conjuntamente”, “frecuentemente es agradable trabajar con personal de otras áreas en esta institución” y “ rara vez surgen problemas en el intercambio de información entre las áreas de esta institución”, donde en las dos áreas gerencia y administrativa manifestaron estar de acuerdo a estas afirmaciones habiendo dicho anteriormente que existía falta de trabajo en equipo.

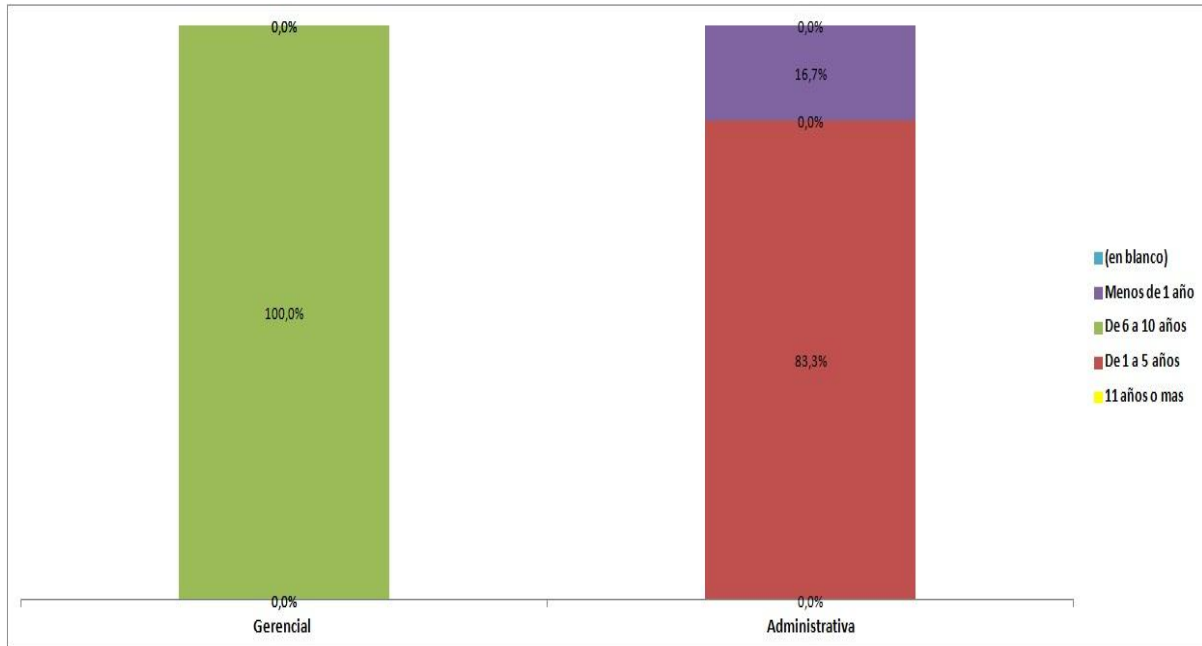
El 100 % de los encuestados en el área gerencial y un 66,7% del área administrativa están en desacuerdo y muy en desacuerdo en que las áreas de la institución no están bien coordinadas entre sí, sin embargo existe un 16,7 % del área administrativa que está muy de acuerdo con esta afirmación.

6.15 SECCION F: ANTECEDENTES

GRÁFICA 94. PREGUNTA 1 ¿CUÁNTO TIEMPO LLEVA USTED TRABAJANDO EN LA INSTITUCIÓN?



GRÁFICA 95. PREGUNTA 2. ¿CUÁNTO TIEMPO LLEVA USTED TRABAJANDO EN SU ACTUAL ÁREA/ SERVICIO?



GRÁFICA 96. PREGUNTA 3. ¿CUÁNTAS HORAS A LA SEMANA TRABAJA USTED EN ESTA INSTITUCIÓN?

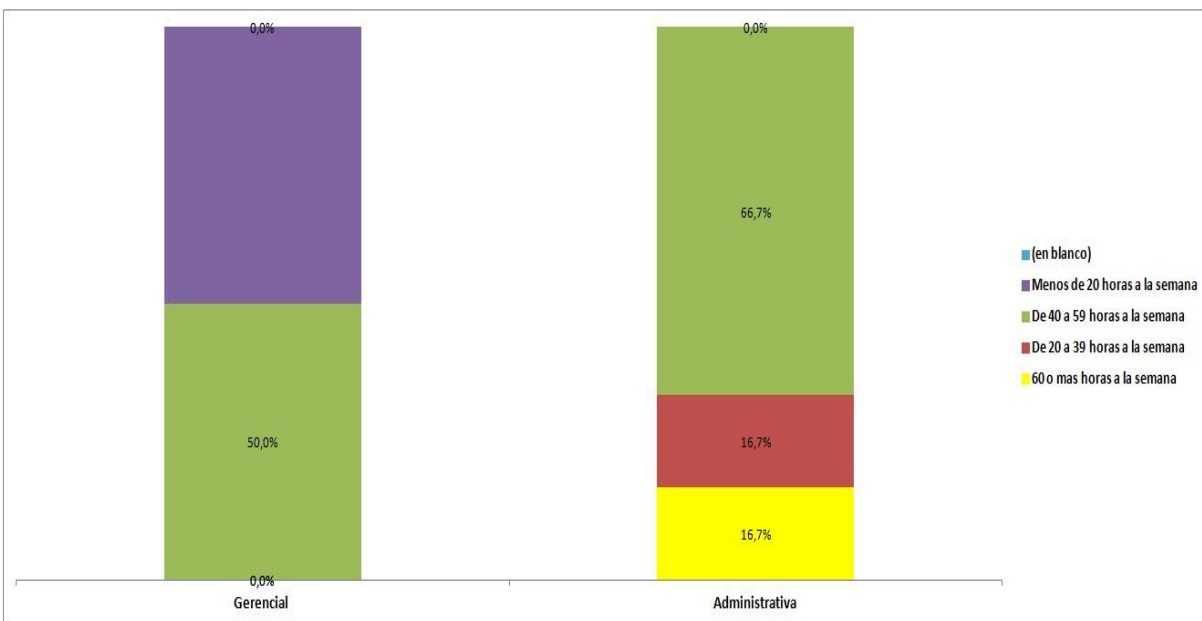
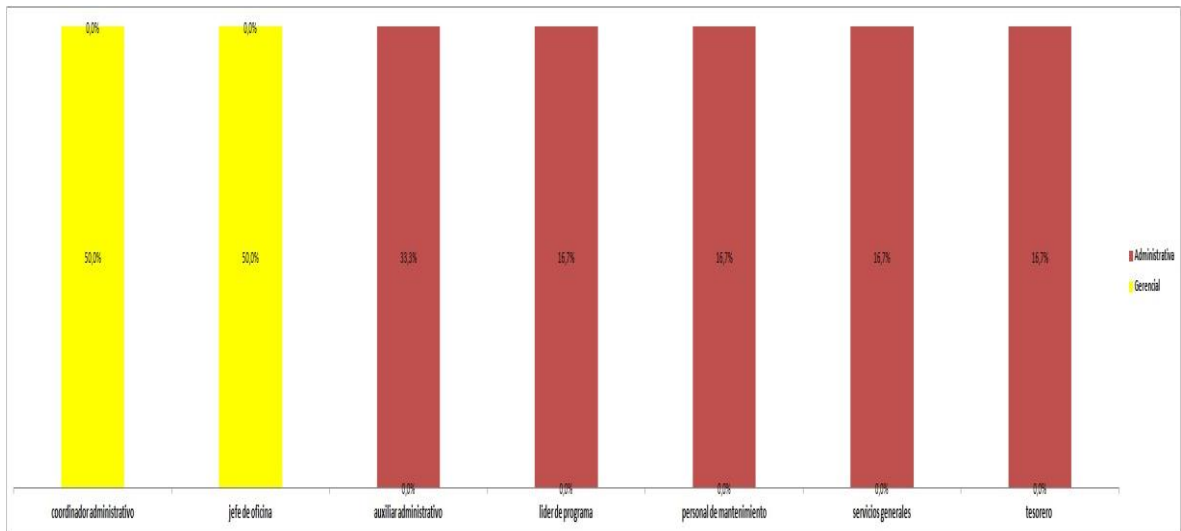


GRAFICO97.PREGUNTA 4. ¿CUAL ES EL CARGO EN ESTA INSTITUCIÓN?



GRÁFICA 98. PREGUNTA 5 ¿QUÉ TIPO DE CONTRATO TIENE?

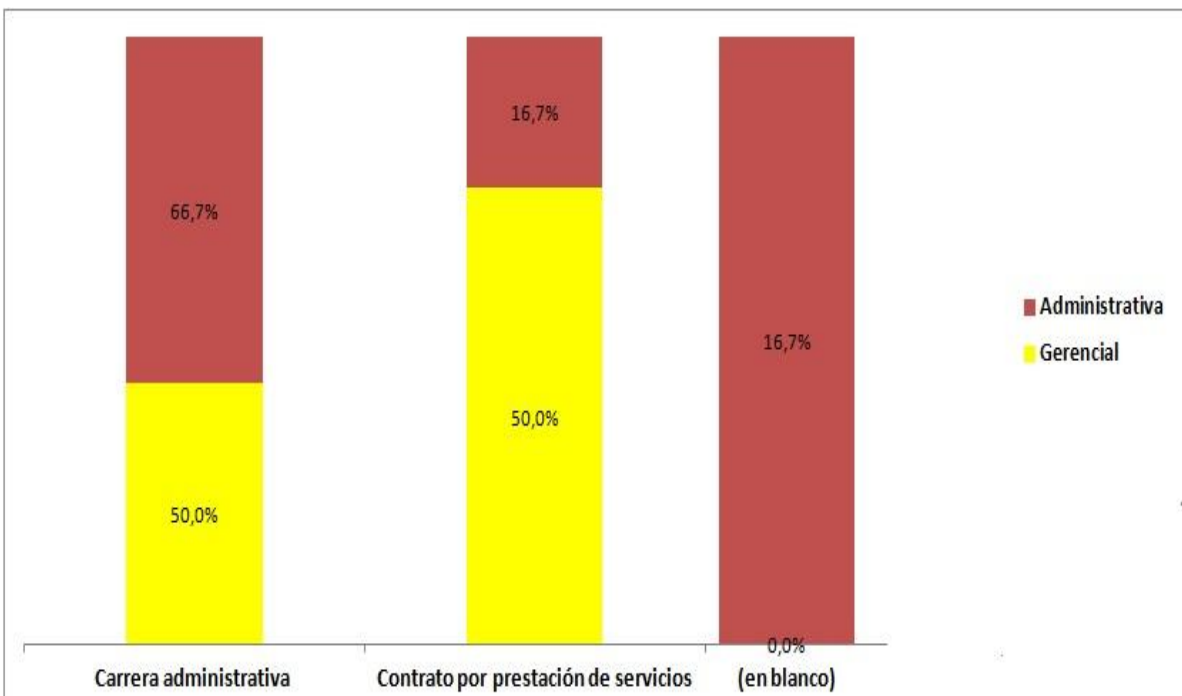


GRÁFICO 99. PREGUNTA 6 . EN SU CARGO, ¿TIENE USTED INTERACCIÓN DIRECTA O CONTACTO CON PACIENTES?

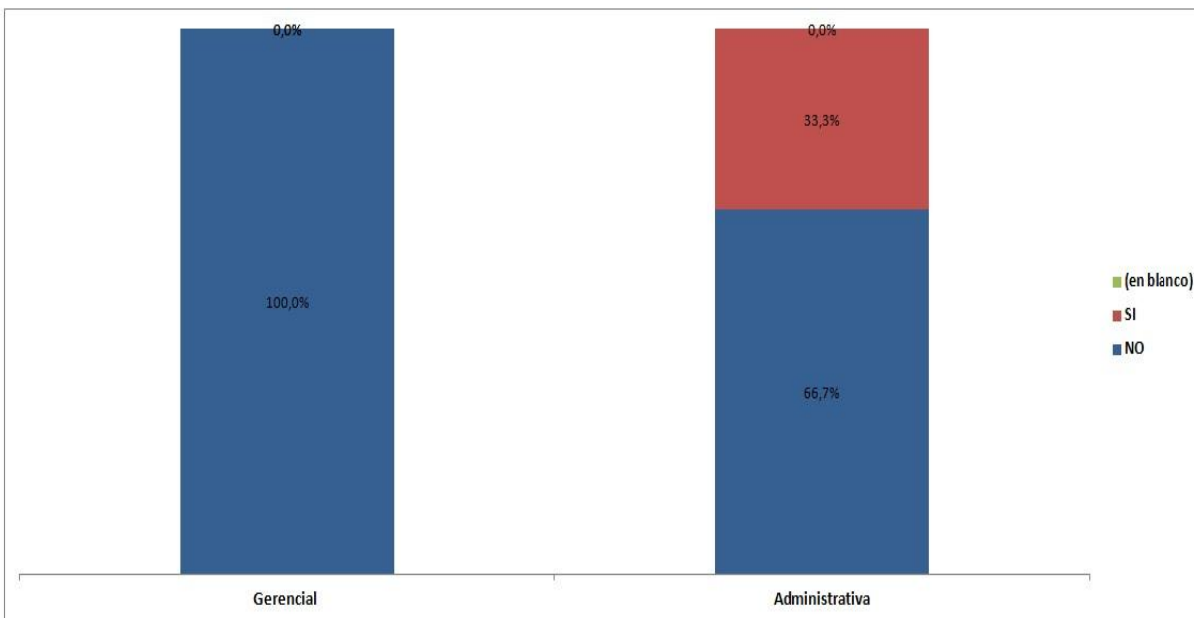
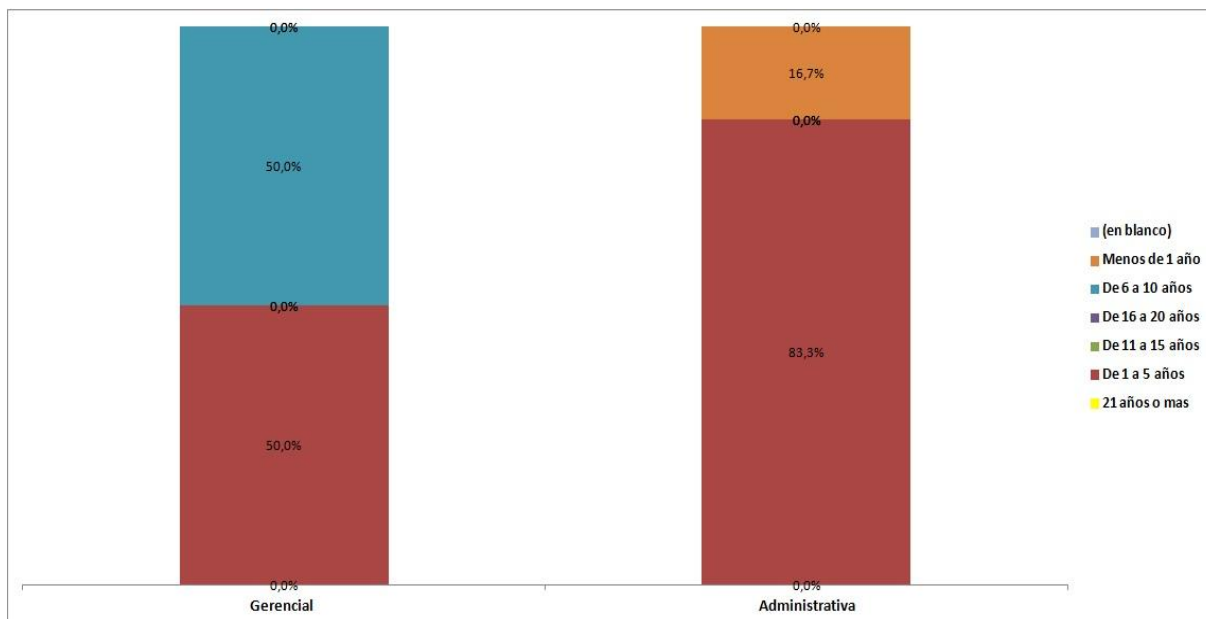


GRÁFICO 100. PREGUNTA 7. ¿CUÁNTO TIEMPO LLEVA USTED TRABAJANDO EN SU ACTUAL CARGO?



En cuanto al tiempo que lleva trabajando en la institución y el tiempo que lleva en su actual área, los encuestados manifiestan en un 100% en el área gerencial tener de 6 a 10 años, un 83,3% en el área administrativa afirma tener de 1 a 5 años y solo un 16,7% del área administrativa afirma tener menos de un año.

Ahora bien en lo que respecta a las horas trabajadas a la semana un 50% del área gerencial expresa laborar de 40 a 59 horas a la semana y el 50 % restante afirma laborar menos de 20 horas a la semana.

De otro lado en el área administrativa un 66,7% expresa trabajar de 40 a 59 horas a la semana y un 16,7 dice trabajar de 20 a 39 horas a la semana y un 16,7% afirma trabajar mas de 60 horas a la semana.

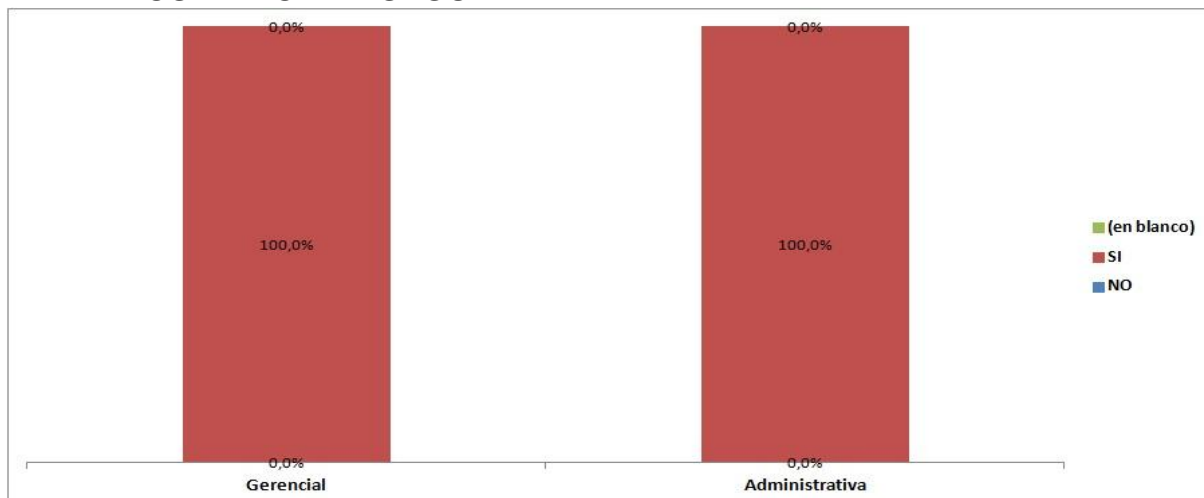
En lo que se refiere al tipo de contratación de los colaboradores el 50 % de los empleados del area gerencial tienen un contrato de carrera administrativa y el 50 % restante dice tener contrato por prestación de servicios. De igual forma un 66,7 % de los encuestados en el área administrativa dice tener un contrato de carrera administrativa y un 16,7% afirma estar contratado por prestación de servicios.

Por otra parte en lo que respecta a la interacción directa con el paciente el 100 % de los encuestados en el área gerencial y un 66,7 % del área administrativa afirma no tener interacción directa con los pacientes en contra parte un 33,3% de los encuestados en el área administrativa afirma interactuar de manera directa con los pacientes.

Por ultimo a la pregunta cuanto tiempo lleva usted trabajando en su cargo actual el 50 % de los encuestados en el área gerencial manifiesta tener tener de 6 a 10 años y el 50 % restante afirma llevar de 1 a 5 años en su actual cargo.

6.16 SECCION H : ATENCIÓN SEGURA.

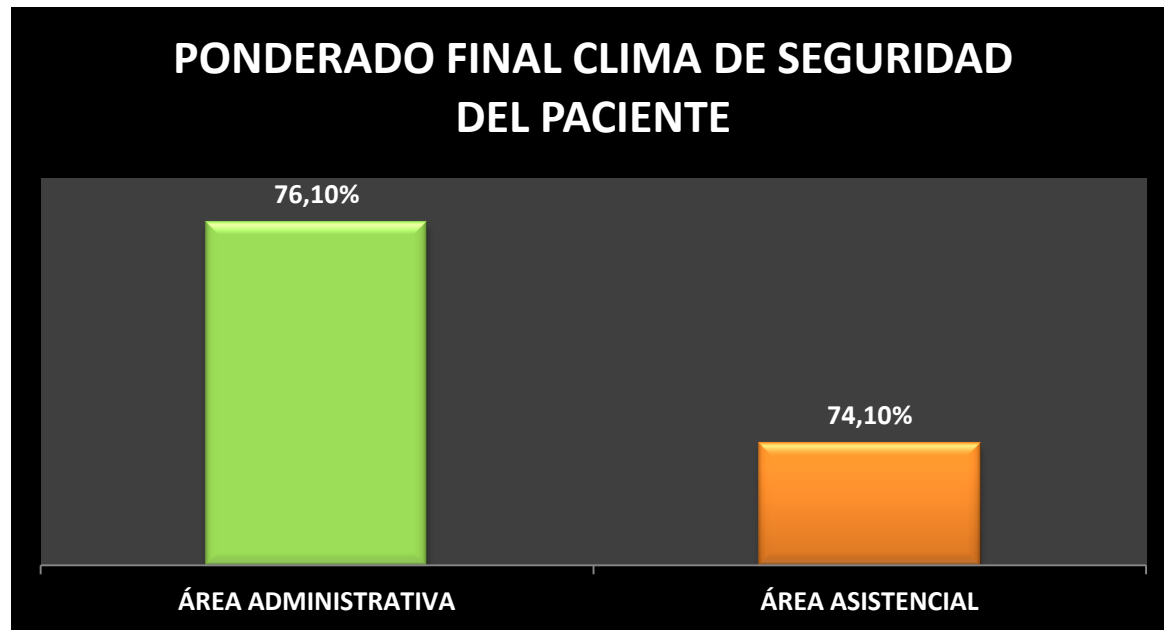
GRÁFICO 101. PREGUNTA 1 CONSIDERA QUE LOS PACIENTES SON ATENDIDOS DE FORMA SEGURA?



El 100 % de los encuestados del área gerencial y administrativa consideran que los pacientes si son atendidos de forma segura.

6.17 PONDERADO FINAL CLIMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.

GRÁFICO 102. PONDERADO FINAL CLIMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.



En terminos generales el ponderado final de seguridad del paciente de INTEGRADOS EN SALUD IPS , es positivo a pesar de que no se encuentra en un 100 %, ya que los porcentajes del área asistencial con un 74,10% muestran que está en un proceso de mejoramiento y que se deben establecer estrategias para fortalecer la seguridad en la atención de los pacientes. Es importante que de igual manera el área administrativa diseñe e implemente nuevas estrategias para mejorar la percepción de la seguridad del paciente, ya que aunque es mayor que en el área asistencial encontrándose en un 76,10%, se hace necesario el compromiso gerencial y administrativo para impulsar los procesos encaminados a mejorar la percepción de seguridad en la atención al paciente.

7.CONCLUSIONES

1. Se logró determinar que la mayoría de los colaboradores de la institución cuentan con contrato laboral que brinda las condiciones adecuadas para el buen desempeño de sus laborales en el área de trabajo.
2. Se determinó que de los 41 colaboradores de la institución el 57% llevan laborando 1 a 5 años, 24% tienen menos de un año y finalmente 19% de los colaboradores tienen laborando en la institución de 6 a 10 años, de igual forma se logró establecer que semanalmente trabajan entre 20 a 59 horas semanales.
3. Se identificó que en las áreas de gerencia con un 50 % ,consulta externa,terapias,administrativo asistencial y laboratorio clínico con porcentajes que van desde el 14,3% y el 16,7% tienen una percepción de falta de personal para la realización del trabajo
4. Se logró evidenciar que se cuenta con un recurso humano con buenas relaciones entre las diferentes áreas lo que propicia un buen clima laboral para el desarrollo de las actividades diarias que garantizan la seguridad del paciente, sin embargo en algunas áreas como laboratorio clínico y área administrativa existen porcentajes de 16,7% inconforme que representa una oportunidad de mejora para fortalecer el trabajo en equipo.
5. Las áreas de odontología en un 25 % y terapias en un 14,3% tiene una dificultad en la relación con el jefe inmediato ya que su percepción indica que no son tomados en cuenta sus opiniones para el mejoramiento de la seguridad del paciente.
6. Se evidenció la necesidad de mejorar los canales de comunicación entre la gerencia y las diferentes áreas de la institución al momento de retroalimentar lo aprendido acerca de los reportes de eventos, ya que la gerencia afirma que algunas veces lo realiza y áreas asistenciales como terapias y consulta externa manifiestan con porcentajes de 28,6% y 14,3% que nunca se les informa. Además trabajadores de áreas como consulta externa,administrativo asistencial y laboratorio clínico con porcentajes de 28,6%,16,7% y 33,7% respectivamente manifestaron tener miedo de hacer preguntas cuando algo no parece estar correcto.
7. Se identificó que los funcionarios que laboran en INTEGRADOS EN SALUD IPS Ltda. no reportan eventos adversos debido a que no tienen claro los conceptos y la manera de cómo deben reportarlos sumando al desinterés o falta de compromiso con la seguridad del paciente, como se puede evidenciar en la gráfica #38.

8. Los resultados arrojados en el estudio de investigación en INTEGRADOS EN SALUD IPS Ltda. Sobre la percepción de la cultura de seguridad del paciente nos indican que el 76,10% del área administrativa y en menor propoción el área asistencial con un porcentaje de 74,10 % reflejan que aunque hay cosas por mejorar, existen bases importantes en el manejo sobre seguridad del paciente tomadas del ponderado de clima de seguridad del paciente.
9. Se evidenció la falta de compromiso del área administrativa y de gerencia con la seguridad del paciente, ya que consideran que por no tener contacto directo con los pacientes esta responsabilidad recae solo sobre el área asistencial.

8.RECOMENDACIONES

1. Se recomienda un mayor compromiso por parte de la gerencia y del área administrativa con la seguridad del paciente, promoviendo acciones preventivas, actividades de seguimiento y propiciando ambientes laborales donde se estimulen los equipos de trabajo para involucrarlos en el tema, además se debe fortalecer el componente de seguridad del paciente en el proceso de selección de personal.
2. Se recomienda evaluar las funciones del personal por área a fin de establecer si la percepción de algunos empleados acerca de la falta de personal es correcta a fin de tomar medidas correctivas en pro de equilibrar la carga de trabajo.
3. Fortalecer los canales de comunicación en las áreas de odontología y terapias con el jefe inmediato, así como también como la retroalimentación de las medidas tomadas después del análisis de cada evento adverso que se presente para que los errores ocurridos no se vuelvan a repetir.
4. Diseñar estrategias encaminadas a fortalecer el clima laboral en cuanto al trabajo en equipo, ya que se pudo evidenciar inconformidad con un porcentaje de 16,7% en el áreas de laboratorio clínico, así como también un 50 % en el área gerencial y un 33,3% en el área administrativa que afirmaron que no se trabaja en equipo para propiciar la seguridad del paciente.
5. Desarrollar programas de capacitación donde se aclaren conceptos acerca de la seguridad del paciente y el reporte de los eventos adversos, además de incentivar el sentido de pertenencia y el compromiso frente al tema y la institución puesto que en las áreas de consulta externa con un porcentaje de 100% , servicio farmacéutico con 66,7%, odontología con un 75% y administrativo asistencial con un 83% son las que en mayor proporción manifiesta no haber realizado ningún reporte en los últimos 12 meses, así como también en el área administrativa y gerencial el 50 % de los encuestados no conoce el mecanismo para el reporte de eventos adversos.
6. Incluir en los procesos de inducción y reinducción el componente de seguridad del paciente.
7. Fomentar la cultura del reporte de eventos adversos dejando claridad la importancia de estos, aclarando al personal que estos reportes no son punitivos sino que por el contrario ayudan en los procesos de mejoramiento continuo y de calidad.
8. Evaluar periódicamente al personal en temas relacionados en la cultura de seguridad del paciente a fin de verificar la apropiación de los conceptos.
9. fomentar ambientes de comunicación sin temores para expresarse libremente ante sus superiores cuando observan que algo no esté bien, que como se evidencia en la sección C, existen porcentajes considerables en las áreas asistenciales que evidencia temor de los empleados al querer expresarse libremente.

9.BIBLIOGRAFIA

1. la seguridad del paciente y la atención segura disponible en :
<http://www.unisinucartagena.edu.co/ObservatorioS/doc/La%20Seguridad%20del%20Paciente%20y%20la%20Atencion%20Segura.pdf>
2. 10 datos sobre la seguridad del paciente, OMS disponible en :
http://www.who.int/features/factfiles/patient_safety/es/
3. Modelo para gestionar la seguridad del paciente en las instituciones de Salud.
Pág. 7
4. https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/LINEAMIENTOS_IMPLEMENTACION_POLITICA_SEGURIDAD_DEL_PACIENTE.pdf
5. IBEAS: red pionera en la seguridad del paciente en Latinoamérica Hacia una atención hospitalaria más segura disponible en:
http://www.who.int/patientsafety/research/ibeas_report_es.pdf
6. Errar es humano, medicina universitaria revista ELSEIVER disponible en :
<http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-universitaria-304-articulo-errar-es-humano-90024050>
7. seguridad del paciente, OMS disponible en : <http://www.who.int/patientsafety/es/>
8. Una atención más limpia es una atención más segura, OMS disponible en:
<http://www.who.int/gpsc/background/es/>
9. Estudio IBEAS, prevalencia de eventos adversos en hospitales de Latinoamérica, disponible en:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/RESULTADOS%20ESTUDIO%20IBEAS.pdf>
10. la seguridad del paciente un reto de ciudad “seguimiento de la seguridad del paciente en las ESE municipales” alcaldía Santiago de cali, disponible en :
http://calisaludable.cali.gov.co/seq_social/2013_Seguridad_Paciente/libro_seguridad_del_paciente.pdf
11. Cultura de seguridad del paciente y factores asociados en una red de hospitales públicos españoles, Zenewton André da Silva Gama; Adriana Catarina de Souza Oliveira; Pedro Jesus Saturno Hernández, disponible en:
http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000600015

12. Cultura sobre seguridad del paciente en profesionales de la salud, Academia mexicana de cirugía, disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/662/66220323010.pdf>
13. política de seguridad del paciente , Minsalud disponible en <https://www.minsalud.gov.co/salud/PServicios/Paginas/Seguridad-del-Paciente.aspx>
14. <http://www.unisinucartagena.edu.co/ObservatorioS/doc/La%20Seguridad%20del%20Paciente%20y%20la%20Atencion%20Segura.pdf>
15. [file:///D:/Downloads/Producto 4 Linea 8 Cultura de la Seguridad del Paciente.pdf](file:///D:/Downloads/Producto%204%20Linea%208%20Cultura%20de%20la%20Seguridad%20del%20Paciente.pdf)
16. Observatorio de calidad en salud Min salud, disponible en: <http://calidadensalud.minsalud.gov.co/EntidadesTerritoriales/SeguridaddelPaciente.aspx>
17. seguridad del paciente y la atención segura paquetes instruccionales guía técnica “buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud” disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia-buenas-practicas-seguridad-paciente.pdf>
18. Concepto de Buenas Prácticas en Promoción de la Salud en el Ámbito Escolar y la Estrategia Escuelas Promotoras de la Salud disponible en: <http://www.ops.org.bo/textocompleto/prensa/concurso-buenas-practicas/conceptos.pdf>
19. Guía técnica “buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud” versión 1.0 disponible en : <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/1/Gu%C3%ADa%20T%C3%A9cnica%20de%20Buenas%20Pr%C3%A1cticas%20en%20Seguridad%20del%20Paciente.PDF>
20. Lineamientos para la implementación de Política de Seguridad del Paciente y Guía técnica Buenas prácticas para la Seguridad del Paciente en la Atención en Salud, MPS.
21. <http://www.acreditacionensalud.org.co/seguridad.php?IdSub=189&IdCat=84>
22. DECRETO 1011 DE 2006 disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad Nuevo/DECRETO%201011%20DE%202006.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad%20Nuevo/DECRETO%201011%20DE%202006.pdf)

23. RESOLUCION 1446 DE 2006 disponible en:
https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCI%C3%93N%201446%20DE%202006%20-%20ANEXO%20T%C3%89CNICO.pdf
24. RESOLUCION 1043 DE 2006 disponible en:
<http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/Red-Nacional-Laboratorios/Normatividad%20Red%20nal%20bancos%20de%20sangre/Resolucion%201043%20de%202006.pdf>
25. RESOLUCION 1445 DE 2006, disponible en:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PSA/Manual-Estandares-Sistema-Acreditacion-Resolucion-1445-2006.pdf>
26. RESOLUCION 123 DE 2012, disponible en:
<http://www.acreditacionensalud.org.co/userfiles/file/Res123%20ene26de2012%20modificRes1445.pdf>
27. RESOLUCION 2003 DE 2014, disponible en:
https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%202003%20de%202014.pdf
28. Integrados en Salud IPS Ltda. Disponible en: <http://integradosensaludips.com/>
29. Estudios prospectivos disponible en:
http://www.aniorte-nic.net/apunt_metod_investigac4_4.htm
30. Cuestionario sobres seguridad de los pacientes: versión española del Hospital Survey on Patient Safety. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005.
Disponible en:
<http://www.seguridaddelpaciente.es/resources/contenidos/castellano/2007/CuestionarioSeguridadPacientes.pdf>