

**CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DEL PERSONAL DE LA ESE NORTE 2
PUNTO DE ATENCIÓN GUACHENE DE BAJA COMPLEJIDAD**

AUTORES

**ANA CLEMENCIA MINA VIDAL
NORVY JANETH VIAFARA GONZÁLEZ
LIZET ADRIANA DÍAZ CASTRILLÓN
LUZ MERY QUINTERO OROZCO**

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

AGRADECIMIENTOS

Damos gracias a Dios por habernos acompañado y guiado en esta especialización, por ser nuestra fortaleza en todos los momentos, por habernos brindado la oportunidad de adquirir nuevos conocimientos, aprendizajes y experiencias tan maravillosas a nuestras vidas.

Gracias a Nuestros familiares, Padres, Hijos (Lina, Santi y Sarita) y Hermanos por todo el apoyo incondicional que recibimos y demostraron para cada una de nosotras y sobre todo la paciencia y comprensión.

Agradecemos la confianza, el apoyo y dedicación a todos los docentes de la especialización como también a la Universidad Católica de Manizales en cabeza de su cuerpo directivo.

TABLA DE CONTENIDO

Sección	Pág.
Sección 1. Información del proyecto	
Información general del proyecto.....	6
Sección 2. Introducción	
2.1. Introducción.....	9
Sección 3. Planteamiento del problema	10
3.1. Planteamiento del problema	
3.2. Pregunta de investigación.....	10
Sección 4. Justificación	
4.1. Justificación.....	11
Sección 5. Objetivo	
5.1. Objetivo general.....	12
5.2. Objetivos específicos.....	12
Sección 6. Referente teórico	
6.1. Marco Teórico.....	13
6.2. Antecedentes.....	21
Sección 7. Metodología	
7.1. Enfoque.....	26
7.2. Diseño.....	26
7.3. Población.....	27
7.4. Muestra.....	28
7.5. Plan de recolección de información.....	29
7.6. Instrumentos.....	29
Sección 8. Componente ético	
8. Componente ético.....	30
Sección 9. Resultados	
Análisis de resultados.....	31
Sección 10. Conclusiones	
Conclusiones y recomendaciones.....	73
Referencias	78
Anexos	80

LISTA DE GRÁFICOS

- Gráfico 1.** En esta unidad la gente se apoya mutuamente.
- Gráfico 2.** Tenemos suficiente personal para realizar el trabajo.
- Gráfico 3.** Cuando necesitamos terminar una gran cantidad de trabajo, lo hacemos en equipo.
- Gráfico 4.** El personal en esta unidad trabaja más horas de lo adecuado para el paciente.
- Gráfico 5.** Estamos haciendo cosas activamente para mejorar la seguridad del paciente.
- Gráfico 6.** El personal siente que sus errores son usados en su contra.
- Gráfico 7.** Es solo por casualidad que acá no ocurran errores más serios.
- Gráfico 8.** Después de hacer los cambios para mejorar la seguridad de los pacientes, evaluamos su efectividad.
- Gráfico 9.** Frecuentemente, trabajamos "tipo crisis" intentando hacer mucho, muy rápidamente.
- Gráfico 10.** Tenemos problemas con la seguridad de los pacientes en esta unidad.
- Gráfico 11.** Mi jefe/a hace comentarios favorables cuando ve un hecho de acuerdo a los procedimientos para la seguridad de los pacientes.
- Gráfico 12.** Mi jefe acepta las sugerencias del personal para mejorar la seguridad de los pacientes.
- Gráfico 13.** Cuando la presión se incrementa, mi jefe quiere que trabajemos más rápido, aunque esto signifique tomar atajos.
- Gráfico 14.** Mi jefe no toma en cuenta los problemas de seguridad del paciente que se repiten una y otra vez.
- Gráfico 15.** La Dirección nos informa sobre los cambios realizados basados en lo aprendido de los reportes de eventos.
- Gráfico 16.** Se nos informa sobre los errores que se cometen en esta unidad.
- Gráfico 17.** El personal se siente libre de cuestionar las decisiones o accidentes de aquellos con mayor autoridad.
- Gráfico 18.** En esta unidad, discutimos formas de prevenir errores para que no se vuelvan a cometer.
- Gráfico 19.** El personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo no parece estar correcto.
- Gráfico 20.** Cuando se comete un error, pero es descubierto y corregido antes de afectar al paciente, ¿es reportado?
- Gráfico 21.** Cuando se comete un error, pero no tiene el potencial de dañar al paciente, ¿es reportado?
- Gráfico 22.** Cuando se comete un error que pudiese dañar al paciente, pero no lo hace, ¿es reportado?
- Gráfico 23.** Por favor, dele a su área/unidad de trabajo un grado general en seguridad del paciente.

Gráfico 24. La dirección de esta institución propicia un ambiente laboral que promueve a la seguridad del paciente.

Gráfico 25. Las unidades de esta institución no coordinan entre ellas.

Gráfico 26. La información de los pacientes se pierde cuando estos se transfieren de una unidad a otra.

Gráfico 27. Frecuentemente se pierde información importante sobre el cuidado de los pacientes durante los cambios de turno.

Gráfico 28. Frecuentemente es desagradable trabajar con personal de otras unidades en esta institución.

Gráfico 29. A menudo surgen problemas en el intercambio de información entre las unidades de esta institución.

Gráfico 30. Las medidas que toma la Dirección de esta institución muestran que la seguridad del paciente es altamente prioritaria.

Gráfico 31. Las unidades de la institución se muestra interesada en la seguridad del paciente solo después de que ocurre un incidente adverso.

Gráfico 32. ¿Su institución posee un sistema de reportes?

Gráfico 33. ¿De qué tipo es el sistema de reporte?

Gráfico 34. En los pasados 12 meses, ¿Cuántos reportes de incidentes ha llenado y enviado?

Gráfico 35. ¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en esta institución?

Gráfico 36. ¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en su actual área/unidad?

Gráfico 37. ¿Cuántas horas a la semana trabaja usted en esta institución?

Gráfico 38. ¿Cuál es su cargo en esta institución?

Gráfico 39. En su cargo, ¿tiene usted interacción directa o contacto con pacientes?

Gráfico 40. ¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en su actual profesión?

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Comentarios

 <p style="text-align: center;">Universidad Católica de Manizales</p> <p style="text-align: center;">VICERRECTORÍA ACADÉMICA CENTRO INSTITUCIONAL DE INVESTIGACIÓN, PROYECCIÓN Y DESARROLLO</p>	
1. INFORMACIÓN GENERAL DEL PROYECTO	
TÍTULO: CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DEL PERSONAL DE LA ESE NORTE 2 PUNTO DE ATENCIÓN GUACHENE DE BAJA COMPLEJIDAD	
Investigador Principal: ANA CLEMENCIA MINA VIDAL	
Coinvestigador NORVY JANETH VIAFARA GONZÁLEZ	Dedicación: TC TP MT
Coinvestigador LIZET ADRIANA DÍAZ CASTRILLÓN	Dedicación: TC TP MT
Coinvestigador LUZ MERY QUINTERO OROZCO	Dedicación: TC TP MT
Asistente de Investigación	Trabajo de Grado Semillero
Asistente de Investigación	Trabajo de Grado Semillero
Línea de Investigación: Gestión de la calidad	
Área de conocimiento a la que aplica: Seguridad del paciente	
Programa de Posgrado al que se articula: Especialización en administración en salud	
Lugar de Ejecución del Proyecto: Ciudad: Guachene Departamento: Cauca	
Duración del Proyecto (periodos académicos): 2	

Resumen

La cultura de seguridad del paciente es uno de los principales requisitos que debe cumplir una IPS para ser acreditada y habilitada para prestar los servicios de salud, Con la publicación del libro errar es humano en el año 2000, el mundo entero se dio cuenta que muchos eventos adversos pueden ser prevenidos, de ahí surge que el tema de cultura de seguridad del paciente tomará tanta importancia a nivel mundial.

En este documento se hace una investigación sobre la cultura de seguridad del paciente en el Hospital ESE Norte 2, un hospital de baja complejidad que presta servicios de atención médica en los municipios de Miranda, Caloto, Corinto y Guachene. El estudio es realizado en el punto de atención de Guachene, donde se aplicó una encuesta de cultura de seguridad del paciente a personal del área asistencial, específicamente a una muestra de 26 personas. Entre los resultados se encuentra que el personal percibe que la cultura de seguridad del paciente es en general aceptable y aunque reconocen que la gerencia se encuentra altamente comprometida con la seguridad del paciente y que en cada área se trabaja por mejorar los temas relacionados con esto, hace falta mejorar los sistemas de reportes de eventos y mejorar los canales de trasmisión de la información de los pacientes.

Palabras Clave:

Seguridad del paciente, eventos adversos, sistema de reportes, trabajo en equipo.

ABSTRAC

The culture of patient safety is one of the main requirements that an IPS must meet to be accredited and qualified to provide health services. With the publication of the book *err is human* in the year 2000, the whole world realized that many Adverse events can be prevented; hence the theme of patient safety culture will take on such importance worldwide.

In this document an investigation is made about the culture of patient safety in the Hospital ESE Norte 2, a low complexity hospital that provides health care services in the municipalities of Miranda, Caloto, Corinto and Guachene. The study was conducted at the Guachene point of care, where a survey of patient safety culture was applied to personnel from the healthcare area, specifically to a sample of 26 people. Among the results is that the staff perceives that the patient safety culture is generally acceptable and although they recognize that management is highly committed to patient safety and that in each area work is being done to improve the topics related to this, It is necessary to improve the systems of event reports and improve the transmission channels of patient information.

Keywords:

Patient safety, adverse events, reporting system, teamwork.

2. INTRODUCCIÓN

Hablar hoy en día sobre cultura de seguridad del paciente, trae consigo tener en cuenta ciertos parámetros y lineamientos en cuanto a protocolos sobre procedimientos médicos, modos de actuar, atención al usuario y en especial sobre buenas prácticas como la comunicación, el trabajo en equipo y la asepsia, que en conjunto constituyen la base fundamental para brindar una atención segura.

La inquietud por la seguridad del paciente, nace a partir del protocolo de la incidencia de eventos adversos que impactan desfavorablemente en la calidad de la atención en salud. Este tema, ha sido discutido desde finales del siglo pasado pero con la publicación del libro “Errar es Humano” en el año 2000, se dimensionó el impacto de los errores en los procesos de atención en salud, según la OMS, “los eventos de la seguridad del paciente corresponden a una falta de cultura en los profesionales de la salud los cuales las probabilidades de ocurrencia de estos eventos adversos son evitables.”¹

Con la publicación del libro errar es humano en los estados unidos varios países se han visto motivados a la realización de estudios sobre la cultura de seguridad del paciente, tales como el estudio ENEAS en España, el Estudio IBEAS en diversos países de América latina, donde Colombia también participó. En 2008, el Ministerio de Salud y Protección social publican una cartilla sobre buenas prácticas y cultura de seguridad del paciente, con el fin de implementar una política de calidad y seguridad en la atención en las instituciones de salud a nivel nacional y disminuir la ocurrencia de eventos adversos a causa de errores que pueden ser evitables.

En este documento se hace una investigación sobre la cultura de seguridad del paciente en el Hospital ESE Norte 2, un hospital de baja complejidad que presta servicios de atención médica en los municipios de Miranda, Caloto, Corinto y Guachene. El estudio es realizado en el punto de atención de Guachene, donde se aplicó una encuesta de cultura de seguridad del paciente a personal del área asistencial, específicamente a una muestra de 26 personas.

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En 2009, la Organización Mundial de la salud lleva a cabo el estudio IBEAS, un estudio donde se tomó una muestra de 58 hospitales en Latinoamérica en países como Colombia, Argentina, Costa Rica, México y Perú. Entre los principales resultados que se destacan de este estudio se encuentran que: Se estimó que “uno de cada diez pacientes hospitalizado sufrirá un incidente que le provocará daño durante su estancia. Esta cifra, estudiada en países con economías medias y altas, no se conoce aún en países con economías emergentes, pero se piensa que en éstos la magnitud del problema puede ser aún mayor.”² Esto solamente por mencionar los países de América Latina participantes en el estudio.

Por su parte, en estados Unidos en instituto de Medicina con la publicación del documento errar es humano identificó que en la década de los 90 “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.”³ Desacuerdo con el instituto de medicina, las elevadas cifras de muertes por errores en la atención fue superior a muertes por causas como accidentes, Cáncer e incluso por SIDA.

Los dos anteriores documentos, demuestran la importancia y la necesidad de realizar una evaluación sobre cultura de seguridad del paciente en las instituciones de salud. Ahora, teniendo en cuenta que la ESE Norte 2 punto de atención Guachene, es el único centro médico del municipio, es completamente necesario saber si dentro de la institución se tiene una cultura de buenas prácticas en cuanto a la atención y si esta es segura.

Además, La cultura de seguridad del paciente es un lineamiento fundamental que determina la calidad de la atención, y se ha constituido progresivamente en un asunto de interés general en el área de la salud. Es así que se hace necesario precisar qué está ocurriendo con la adherencia del personal de Salud a lo que se refiere a la “cultura de seguridad del paciente”, para ofrecer una

descripción de la realidad en las instituciones de baja complejidad como Ese Norte 2 Punto de Atención Guachené, y con ello, tener un punto de partida para plantear acciones de mejora, y contribuir con las investigaciones en esta área, dado que la cultura de seguridad del paciente es una competencia obligada del personal de enfermería en todos los ámbitos.

Finalmente, La relevancia y el auge de la temática abordada, es un tema que falta profundización en los niveles de baja complejidad en cuanto al concepto y aplicabilidad en la “cultura de seguridad” en la atención en salud, específicamente en el cuidado de enfermería. Es evidente entonces, el poco conocimiento, debido a que son escasas las referencias locales en cuanto a las acciones del personal de Salud en lo que respecta a la cultura de seguridad del paciente.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la cultura de seguridad del paciente del personal de Salud en la Ese Norte 2 Punto de Atención Guachené de baja complejidad?

4. JUSTIFICACIÓN

La preocupación por la seguridad del paciente surge a partir de análisis realizados en diversas instancias que identifican situaciones potencialmente generadoras de eventos adversos que impacta negativamente en la calidad de la atención, y, que de acuerdo a lo mencionado en la asamblea 55 mundial de la salud en 2002, impone un alto costo en términos materiales y de oportunidad para los servicios de salud.

A pesar de que pensar que la seguridad del paciente es uno de los principales factores u objetivos estratégicos que se encuentran dentro de los protocolos de cualquier institución de salud, estudios académicos han demostrado todo lo contrario. Desde la publicación del libro *errar es humano*, investigación dirigida por el instituto de medicina de los estados unidos, se demostró que al menos 10 de cada 100 pacientes podían sufrir lesiones parciales o graves por errores que podían prevenirse o ser evitables.

La seguridad del paciente desde entonces, entrando en la época del 2000 ha ido tomando fuerza a nivel mundial, este impulso liderado por la Organización Mundial de la Salud ha conducido a que instituciones gubernamentales y privadas se preocupen por dar una mirada al interior de sus sistemas de salud y verificar que tan segura y eficaz es la atención que se le están brindando a los usuarios. De ahí, se derivan grandes investigaciones que hoy en día son pioneras, tales como el estudio IBEAS Latinoamérica y el Estudio ENEAS en España que han servido como base metodológica y teórica para investigaciones académicas en menor escala sobre seguridad del paciente en un gran número de hospitales en diversas partes del mundo.

A nivel local, específicamente hablando del Hospital ESE Norte 2, se tiene conocimiento que otros grupos de investigadores han llevado a cabo investigaciones sobre cultura de seguridad del paciente en las otras sedes del hospital (Corinto, Miranda y Caloto), por lo que resultaba pertinente complementar la investigación haciendo el estudio para el punto de atención en el municipio de Guachené. Además, teniendo en cuenta que este es el único hospital local presente en el municipio y que por ende maneja un alto volumen de cobertura y atención a la población, es completamente necesario evaluar cómo se están atendiendo a los usuarios, saber la percepción de la calidad de la atención que se está brindando y verificar si se están cumpliendo los protocolos mínimos de seguridad.

5. OBJETIVOS

5.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar la cultura de seguridad del paciente en los profesionales de salud de la ESE Norte 2, punto de atención Guachené.

5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Establecer la apreciación sobre la comunicación de los empleados para la cultura de la seguridad del paciente.
- Describir la percepción sobre el apoyo administrativo a la cultura de seguridad del paciente.
- Identificar áreas de debilidades que indiquen donde se debe fortalecer en materia de cultura de seguridad.
- Despertar la construcción del conocimiento sobre seguridad del paciente y las actitudes de los profesionales en lo que se refiere a la cultura de seguridad del paciente.
- Formular oportunidades de mejoramiento a partir de los hallazgos encontrados en la investigación.

6. REFERENTE TEÓRICO

6.1 MARCO TEÓRICO

Cultura de seguridad del paciente

La cultura de seguridad del paciente o también denominada cultura de buenas prácticas ha obtenido distintas definiciones desde que el tema tomó su relevancia después del año 2000 con la publicación del informe *Errar es Humano* elaborado por el Instituto de Medicina de los Estados Unidos de América.

De acuerdo con la OMS, la seguridad del paciente se define como: “La seguridad del paciente es un principio fundamental de la atención sanitaria. Hay un cierto grado de peligrosidad inherente a cada paso del proceso de atención de salud. Los eventos adversos pueden estar en relación con problemas de la práctica clínica, de los productos, de los procedimientos o del sistema. La mejora de la

seguridad del paciente requiere por parte de todo el sistema un esfuerzo complejo que abarca una amplia gama de acciones dirigidas hacia la mejora del desempeño; la gestión de la seguridad y los riesgos ambientales, incluido el control de las infecciones; el uso seguro de los medicamentos, y la seguridad de los equipos, de la práctica clínica y del entorno en el que se presta la atención sanitaria.”⁴

Por su parte el Ministerio de Salud y Protección social lo definió como “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. 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.”⁵

Otra definición dada por el Ministerio de salud sobre seguridad del paciente, la cual se encuentra en la guía de buenas practicas publicada en 2008, 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.”⁶

Por su parte, otros autores como Rocco y Garrido (2017)¹, definen la cultura de seguridad como “el intento consciente de evitar lesiones al paciente causadas por la asistencia, es un componente

¹ Departamento de Anestesiología, Clínica las Condes. Santiago, Chile. Magister Seguridad del Paciente y Calidad de la Atención.

esencial de la Calidad Asistencial y la condición previa para la realización de cualquier actividad clínica. Solo recientemente a la luz de datos objetivos, la Seguridad del Paciente ha comenzado a considerarse una cuestión primordial en la práctica sanitaria.”⁷

Otros Conceptos Importantes definidos por el ministerio de salud

- **“ATENCIÓN EN SALUD:** servicios recibidos por los individuos o las poblaciones para promover, mantener, monitorizar o restaurar la salud.
- **INDICIO DE ATENCIÓN INSEGURA:** un acontecimiento o una circunstancia que pueden alertar acerca del incremento del riesgo de ocurrencia de un incidente o evento adverso.
- **FALLA DE LA ATENCIÓN EN SALUD:** una deficiencia para realizar una acción prevista según lo programado o la utilización de un plan incorrecto, lo cual se puede manifestar mediante la ejecución de procesos incorrectos (falla de acción) o mediante la no ejecución de los procesos correctos (falla de omisión) en las fases de Planeación o de ejecución. Las fallas son por, definición, no intencionales.
- **FALLAS ACTIVAS O ACCIONES INSEGURAS:** son acciones u omisiones que tiene el potencial de generar daño o evento adverso. Es una conducta que ocurre durante el proceso de atención en salud por miembros del equipo misional de salud (enfermeras, médicos, regente de farmacia, fisioterapeuta, bacteriólogos, auxiliares de laboratorio, auxiliar de enfermería, odontólogos etc.)
- **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)

Coordinador Proyecto SENSAR Latinoamérica. (Sistema Español de Notificación en Seguridad en Anestesia y Reanimación).

(2) Anestesiólogo Adjunto Servicio Anestesiología y Reanimación. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid, España.

Vicepresidente de SENSAR (Sistema Español de Notificación en Seguridad en Anestesia y Reanimación).

- **EVENTO ADVERSO:** Es el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño. Los eventos adversos pueden ser prevenibles y no prevenibles:
 - **EVENTO ADVERSO PREVENIBLE:** Resultado no deseado, no intencional, que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado.
 - **EVENTO ADVERSO NO PREVENIBLE:** Resultado no deseado, no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial.
- **FACTORES CONTRIBUTIVOS:** son las condiciones que predisponen una acción insegura (falla activa).⁷ Los factores contributivos considerados en el Protocolo de Londres son:
- **Paciente:** un paciente que contribuyó al error. Ejemplo: paciente angustiado, complejidad, inconsciente.
 - **Tarea y tecnología:** toda la documentación ausente, poco clara, no socializada, que contribuye al error. La tecnología o insumos ausente, deteriorada, sin mantenimiento, si capacitación al personal que la usa, contribuye al error. Ejemplo: ausencia de procedimientos documentados sobre actividades a realizar tecnología con fallas.
 - **Individuo:** el equipo de salud (enfermeras, médicos, regente de farmacia, fisioterapeuta, bacteriólogos, auxiliares de laboratorio, auxiliar de enfermería, odontólogos etc.) que contribuyen a la generación del error. Ejemplo: ausencia o deficiencia de habilidades y competencias, estado de salud (estrés enfermedad), no adherencia y aplicación de los procedimientos y protocolos, no cumple con sus funciones como diligenciamiento adecuado de historia clínica.
 - **Equipo de trabajo:** todas las conductas de equipo de salud (enfermeras, médicos, regente de farmacia, fisioterapeuta, bacteriólogos, auxiliares de laboratorio, auxiliar

de enfermería, odontólogos etc.) que contribuyen al error. Ejemplo: comunicación ausente o deficiente entre el equipo de trabajo (por ejemplo en entrega de turno), falta de supervisión, disponibilidad de soporte (esto se refiere a interconsulta, entre otros).

-- **Ambiente:** referente al ambiente físico que contribuye al error.

-- **Organización y gerencia:** referente a las decisiones de la gerencia que contribuyen al error. Ejemplo: políticas, recursos, carga de trabajo.

-- **Contexto institucional:** referente a las situaciones externas a la institución que contribuyen a la generación del error. Ejemplo: decisiones de EPS, demora o ausencia de autorizaciones, leyes o normatividad etc.

• **INCIDENTE:** es un evento o circunstancia que sucede en la atención clínica de un paciente que no le genera daño, pero que en su ocurrencia se incorporan fallas en los procesos de atención.

• **AMEF:** Análisis de modo y efecto de falla.”⁸ (Ministerio de salud (2008). Guía para las buenas prácticas para la seguridad del paciente, PP. 17-20)

La Alianza Mundial Para la Seguridad del Paciente

Fue creada en 2004 con el objetivo de coordinar, promover y fortalecer las prácticas seguras en cuanto a seguridad del paciente en todo el mundo. De acuerdo con la OMS, 1 de cada 10 personas puede sufrir daños fatales por errores prevenibles durante la atención, incluso en hospitales tecnológicamente avanzados.

Este fue tan solo uno de los motivos por el que se constituyó la Alianza Mundial Para la Seguridad del Paciente, de acuerdo con la OMS “esta alianza se estableció a fin de promover esfuerzos

mundiales encaminados a mejorar la seguridad de la atención de los pacientes de todos los Estados Miembros de la OMS. La Alianza hace especial hincapié en fomentar la investigación como uno de los elementos esenciales para mejorar la seguridad de la atención sanitaria.” Entre las acciones que la alianza promueve se encuentran las siguientes:

- “Abordar el problema de las infecciones asociadas con la atención de salud en una campaña denominada una Atención limpia es atención más segura.
- Formular una taxonomía de la seguridad del paciente que sirva para notificar sucesos adversos. Identificar y divulgar las «mejores prácticas.
- Elaborar sistemas de notificación y aprendizaje para facilitar el análisis de las causas que originan errores y prevenirlos».
- Lograr la participación plena de los pacientes en la labor de la alianza.
- Establecimiento de una red mundial para la investigación, así como el financiamiento para la investigación.
- Formación de líderes para el cambio en materia de investigación.”⁹

Calidad de la atención Medica – Avedis Donabedian

El modelo de calidad de la atención médica propuesto por Avedis Donabedian en 1980, es un modelo clásico en materia de salud. De acuerdo con Donabedian, la calidad de la atención médica tiene tres componentes, los cuales son:

1. Componente técnico: Con ello hace referencia a la aplicación del avance tecnológico y científico en el trato de una patología de un paciente, sin que con ello se vea comprometida su vida por el aumento de riesgos.
2. Componente Interpersonal: Como su nombre lo indica este componente hace referencia a la relación entre individuos, en este caso a la relación médico-paciente, la cual “debe seguir las normas y valores sociales que gobiernan la interacción de los individuos en general.”

3. Componente de Confort: Con este componente hace referencia al ambiente de atención, ya sea infraestructura, trato, entre otros, que hacen que el usuario sienta que la atención recibida es de calidad y humana.

Basado en este modelo de Calidad Propuesto por Donabedian, diversos autores han profundizado en el tema de la calidad de la atención médica, concluyendo que la calidad se compone de varias dimensiones como:

- “Efectividad: Capacidad de un determinado procedimiento o tratamiento en su aplicación real para obtener los objetivos propuestos.
- Eficiencia: La prestación de un máximo de unidades comparables de cuidados por unidad de recursos utilizada.
- Accesibilidad: Facilidad con que puede obtenerse la asistencia frente a barreras económicas, organizativas, culturales, etc.
- Aceptabilidad: Grado de satisfacción de los usuarios respecto a la atención.
- Competencia profesional: Capacidad del profesional para la mejor utilización de sus conocimientos a fin de proporcionar cuidados y satisfacción a los usuarios.”¹⁰

Estudios Que han Impactado en la Cultura de Seguridad del paciente

Estudio IBEAS- Latinoamérica

El estudio IBEAS fue una investigación pionera sobre cultura de seguridad del paciente a nivel mundial llevada a cabo en Latinoamérica entre 2007 y 2009, este estudio tomó como muestra 58 centros hospitalarios de 5 países (Argentina, Colombia, Costa Rica, México y Perú) con 11379 pacientes estudiados en el análisis de prevalencia (el total de los pacientes ingresados el día del estudio, DIA 0) y 1088 pacientes estudiados en el análisis de incidencia (una muestra al azar del 10% de los pacientes ingresados el día del estudio de prevalencia, DIA 0).

Entre los objetivos principales del estudio se buscaba establecer una visión sobre la magnitud del problema, estudiar qué tipo de incidentes dañinos se producían con mayor frecuencia y analizar de los incidentes que causaron daño cuáles pudieron haber sido evitados y cuáles eran los factores determinantes de estos. Entre los resultados más destacables que arrojó el estudio se encuentran:

- “10 de cada 100 pacientes ingresados en un día determinado en los hospitales estudiados habían sufrido daño producido por los cuidados sanitarios.
- Este riesgo se duplicaba si considerábamos todo el tiempo en que el paciente estuvo hospitalizado. De modo que 20 de cada 100 pacientes ingresados presentaron al menos un incidente dañino a lo largo de su estancia en el hospital.

Entre los factores generadores de riesgo se encontró que los más comunes fueron:

- El servicio en el que estaba ingresado el paciente (mayor frecuencia en las Unidades de Tratamiento Intensivo, y en los servicios de cirugía; menor en los servicios médicos)
- El tiempo que llevaba hospitalizado (cada día suponía un riesgo mayor)
- Si el paciente sufría más de una enfermedad (cuanto mayor era el número de enfermedades o condiciones, mayor era el riesgo de sufrir incidentes)
- La presencia de factores de riesgo tales como cateterización y otras “vías” de entrada.

Otros hallazgos:

- De cada 100 incidentes dañinos, 63 alargaron la estancia en el hospital, 18 dieron lugar a un reingreso y sólo 19 no tuvieron efectos sobre los días de estancia en el hospital
- De media, los incidentes que causaron daño aumentaron la estancia en el hospital más de 16 días por paciente (una variación entre países que va desde 13 a 19 días).
- De cada 10 incidentes debidos a los cuidados sanitarios que produjeron daño, casi 6 podrían haberse evitado. La proporción de incidentes dañinos evitables era mayor en los servicios de obstetricia y los servicios médicos.”¹¹

Estudio ENEAS – España

El Estudio Nacional sobre los Efectos Ligados a la Hospitalización ENEAS, realizado en 2005 en España, tomó como Muestra de estudio 24 hospitales, 6 de tamaño pequeño (de menos de 200 camas), 13 de tamaño mediano (de 200 a 499) y 5 de tamaño grande (mayor o igual 500 camas). 451 altas en hospitales de tamaño pequeño, 2.885 altas en hospitales de tamaño mediano y 2.288 altas en hospitales de tamaño grande; para obtener un total de 5.624 historias.

Entre los principales objetivos del estudio se encontraba determinar la incidencia de efectos adversos en los pacientes internados en los hospitales de la muestra, así como, establecer la frecuencia de estos eventos, por otro lado, el estudio buscaba describir las causas de los eventos adversos y determinar cuáles de estos pudieron ser evitables.

Los resultados mostraron que:

- “Se detectaron 1.063 pacientes con EA durante la hospitalización, siendo la incidencia de pacientes con EAs relacionados con la asistencia sanitaria de 9,3% (525/5.624).
- La incidencia de pacientes con EAs relacionados directamente con la asistencia hospitalaria (excluidos los de atención primaria, consultas externas y ocasionados en otro hospital) fue de 8,4% (473/5.624).
- El 37,4% de los EAs estaban relacionados con la medicación, las infecciones nosocomiales de cualquier tipo representaron el 25,3% del total de los EAs y un 25,0% estaban relacionados con problemas técnicos durante un procedimiento.
- El 42,8% de los EAs se consideró evitable, en función de los criterios prefijados. La gravedad de los EAs también se asoció a su evitabilidad, de tal forma que los EAs leves eran evitables en un 43,8%, los moderados lo eran en un 42,0% y los graves en un 41,9% aunque estas diferencias no alcanzaron significación estadística ($p=0,889$).”¹²

6.2 ANTECEDENTES

Arenas, Garzón, González y Mateus (2010), evaluaron la cultura de seguridad del paciente del personal de enfermería en instituciones de iii nivel en Bogotá, con el objetivo de Caracterizar la cultura de seguridad del paciente referida por el personal de enfermería en instituciones de tercer nivel en Bogotá, durante el primer semestre del 2009. Encontraron que; La creación de una cultura institucional en seguridad del paciente, la implementación de prácticas seguras y el trabajo en equipo contribuyen al mejoramiento de los factores humanos que llevarán a una práctica clínica más segura, que disminuya los errores que suceden a diario en las instituciones prestadoras de servicios de salud. Lo que proporciona una idea más amplia de la importancia del trabajo en equipo para contribuir a la calidad del servicio, prestado y contribuir ampliamente en la cultura de seguridad del paciente pues constituye una plataforma para el diálogo entre los miembros del equipo.

Además de ello, identificaron que La retroalimentación de los errores en la atención y de sus respectivas alternativas de solución, además de prevenir futuros eventos adversos en el cuidado del paciente, permite entablar una relación de confianza y compromiso dentro del equipo de salud encargado del mismo.¹³

Por su parte, Soria (2012) estudia la Cultura de la Seguridad del paciente en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales en Córdoba Argentina, cuyo objetivo fue Describir la percepción del error y los aspectos positivos y negativos de la cultura de la seguridad del paciente que tiene el equipo de salud de la UCIN del HPMI de Salta para aportar conocimientos y establecer prioridades que permitan mejorar los procesos de gestión y comunicación del error contribuyendo a la concreción de una maternidad segura y centrada en la familia.

La autora encontró que la cultura de una organización es la manifestación de la interrelación de sus miembros, con sus particulares intereses, costumbres, valores, creencias, lenguaje, compromisos y objetivos, conocer los comportamientos y actitudes en referencia a la seguridad del paciente que la caracterizan, son la base para llevar a cabo un plan estratégico que permita gestionar la seguridad de

los pacientes, con procesos que puedan ser evaluados. “No podemos cambiar la condición humana pero conociéndolas podemos cambiar las condiciones bajo las que trabajan los seres humanos.” Para disminuir el error y mejorar la seguridad del paciente es imprescindible que los que asisten a los pacientes acepten que se equivocan y comuniquen el error, porque de estas conductas se puede aprender y tomar medidas preventivas.¹⁴

Más adelante, Arango y Montoya (2013) investigan sobre la cultura de seguridad del paciente en un hospital de antioquia, con el objetivo de Evaluar la cultura de seguridad del paciente que tiene el personal, asistencial y administrativo, vinculado del Hospital Santa Isabel, utilizando como instrumento la encuesta “Hospital Survey on Patient Safety Culture” y comparar los resultados con los obtenidos en los 1.128 hospitales de EE.UU., disponibles en la AHRQ, encuentran que:

- El estudio arroja resultados que hacen pensar en la presencia de obstáculos que limitan la confianza en la comunicación a la hora de reportar los EAs, componente clave en la seguridad de los pacientes. Este aspecto se evidencia igualmente en los datos recopilados por la AHRQ, los cuales aunque se presumiría, que por pertenecer a realidades diferentes no pudieran compararse, resultan comunes, y esto, como veíamos anteriormente, es compatible con los fenómenos de inter culturización que se han abierto con la globalización. Tampoco se puede olvidar las raíces culturales de occidente que cuenta con mitos fundacionales arraigados en la culpa. Es por esto que, los cambios implican rupturas paradigmáticas, asunto que no debe dejarse de lado cuando se piensen alternativas para avanzar en la cultura de seguridad.
- Por otro lado, Se hace necesario, así mismo revisar el modelo de liderazgo y del poder jerarquizado dominante, ya que el compromiso y la confianza requieren de un ejercicio participativo, horizontal en la construcción de las propuestas.¹⁵

En el mismo año, reyes (2013) analiza la cultura de seguridad del paciente aplicada en la clínica las américas de Medellín (Colombia). El objetivo planteado por este autor fue determinar la efectividad de las estrategias institucionales en cuanto a seguridad del paciente, encontrando que se necesitan estrategias basadas en la educación, aprovechando las fortalezas encontradas, para superar las falencias existentes, y revisar las condiciones laborales, que puedan ser una barrera para el fortalecimiento del programa de seguridad del paciente. El apoyo de la gerencia es fundamental para disminuir los temores del personal hacia la notificación de eventos adversos.¹⁶

Un año más tarde, Castillo, Tello y Rosero (2014) evalúan la cultura de seguridad del paciente en una institución de baja complejidad en el municipio de Yumbo Valle, entre los principales resultados se destaca que La caracterización de la cultura de seguridad del paciente referida por el personal asistencial del hospital la Buena Esperanza de Yumbo, permitió evidenciar los valores y creencias de un recurso humano valioso e indispensable en el cuidado de la salud de las personas, por medio de la percepción de dicho personal acerca de las diferentes dimensiones sugeridas por el instrumento Hospital Survey on Patient Safety Culture , lo que genera un importante aporte para el abordaje de las intervenciones institucionales en pro del mejoramiento de la calidad de la atención en salud.

Por otro lado, en el hospital teniendo en cuenta su nivel y tamaño, se percibe la necesidad de mejorar la coordinación entre unidades y servicios y por tanto diseñar estrategias que promuevan al trabajo en equipo entre todas las unidades y de esta manera cultivar una actitud proactiva hacia la seguridad del paciente por parte de la dirección.¹⁷

En el mismo año en España, el Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales (2014), realiza un análisis de la cultura de la seguridad del paciente de los profesionales de la atención primaria del sistema nacional de salud, encontrando que “existen otras formas de medir la cultura de seguridad

del paciente en los equipos como realizar estudios de observación directa de la práctica, propuesta en un informe de la Health Technology Assessment (HTA) y comparar los resultados de medición de cultura con los indicadores periódicos de calidad de los equipos. Estas otras formas de medir, complementarias a la desarrollada en este estudio, resultarían investigaciones adicionales que permitirían determinar si la expresión de la opinión por medio de encuesta se correlaciona con el comportamiento desarrollado en la práctica clínica cotidiana. Es decir, si “Del dicho al hecho, hay gran trecho” y en seguridad se detectaran diferencias importantes. Son dos líneas de investigación a trabajar en el futuro.

Las nuevas circunstancias derivadas de la crisis financiera mundial harán más necesaria una fuerte cultura de seguridad del paciente entre los profesionales sanitarios con el fin de mantener un nivel óptimo de la calidad asistencial en nuestro sistema, objetivo ineludible para cualquier profesional de la salud. Por ello es preciso que se continúe trabajando para fomentar aquellos aspectos que mejoren esta cultura en nuestros centros. En el momento presente, se percibe un buen nivel de cultura de seguridad del paciente en los centros de atención primaria del Sistema Nacional de Salud español.¹⁸

También en Nicaragua, Turcios (2014) evalúa la percepción de la cultura de seguridad del paciente en los trabajadores del hospital militar escuela doctor Alejandro Dávila Bolaños. Entre los resultados se destaca que la dimensión más fuerte para la institución es el aprendizaje organizacional y la más débil es la respuesta punitiva a errores, por lo que respectivamente estas dimensiones tienen que ser utilizadas para la promoción y oportunidad en el mejoramiento de la seguridad del paciente. También, se identifica como las mayores fortalezas las acciones que se realizan activamente para mejorar la seguridad del paciente; el apoyo, respeto y colaboración trabajando en equipo y el interés de la dirección para propiciar un ambiente de seguridad. Se identifica como oportunidades promover una cultura institucional educativa y no punitiva frente al

reporte de eventos adversos, mejorar la comunicación entre jefes y subordinados y mejorar la inadecuada dotación de personal para prestar una atención sanitaria de manera segura.¹⁹

Finalmente, en años más recientes Pinzón, Puentes y Ramirez (2016) hacen una medición de la cultura de seguridad del paciente en un hospital público de primer nivel en el municipio de Villeta. Con el objetivo de describir la cultura de seguridad del paciente en un hospital de primer nivel de Villeta (Cundinamarca, Colombia), del 18 al 29 de enero de 2016, aplicando la encuesta hsopsc de la ahrq, encuentran que Las dimensiones que se constituyeron opciones de mejora fueron: ‘Transferencias y transiciones’, ‘El personal’, ‘Respuesta no punitiva a errores’. Respecto de las dimensiones que se constituyen en una fortaleza se recomienda continuar con su desarrollo y mejoramiento continuo.

La piedra angular para la comprensión de la cultura de seguridad del paciente es la cultura en sí misma, que es un fenómeno complejo objeto de estudio de la antropología (Halligan, 2011). Curiosamente ninguno de los trabajos revisados sobre cultura de seguridad del paciente ha sido conducido por un antropólogo ni aplica la etnografía como metodología de estudio. Puede ser 61 interesante explorar la cultura de seguridad del paciente con un abordaje diferente, desde la óptica de las ciencias humanas.

En el proceso de comunicación para la seguridad del paciente intervienen varios factores. Desde la perspectiva del hospital estudiado se pueden mejorar en el mediano plazo aspectos relacionados con el estilo de liderazgo de los supervisores directos de las áreas/ unidades para que la comunicación sea asertiva, de tal modo que fluya y sea participativa. El enfoque asertivo debe evitar la tendencia tradicional de hablar sobre quién se equivocó y quién lo hizo bien.²⁰

7. METODOLOGÍA

7.1. Enfoque y tipo de estudio

Esta investigación se rige bajo un enfoque metodológico de carácter descriptivo con enfoque cuantitativo dado que por un lado, se utilizan datos cuantificables los cuales son obtenidos mediante la aplicación de un instrumento generador de datos, que en este caso se trata de una encuesta sobre Cultura de seguridad del paciente. También, tiene un enfoque descriptivo y de corte transversal porque se está evaluando la percepción del personal asistencial del hospital ESE Norte 2, Punto de atención Guachene en un solo momento del tiempo, es decir, los datos recolectados con la aplicación de la encuesta no corresponden a un estudio dinámico de serie de tiempo donde se hace un seguimiento a ciertas variables por un número determinado de periodos, sino que son datos obtenidos en un único momento del tiempo.

Para ahondar más sobre este tipo de Metodología, Hernández, Fernández y Baptista (2003) argumentan que la investigación descriptiva busca especificar propiedades, características y rasgos importantes de cualquier fenómeno que se analice, además el enfoque cuantitativo es necesario para poder analizar los resultados derivados de la aplicación de una encuesta como instrumento generador de datos.

De acuerdo con estos autores, “el enfoque cuantitativo utiliza la recolección y análisis de datos para contestar preguntas de investigación y probar hipótesis previamente hechas, confía en la medición numérica, el conteo y frecuentemente en el uso de estadística para establecer con exactitud patrones de comportamiento en una población” (Hernández, Fernández y Baptista, 2003 pp. 5)²¹

7.2. Población Universo

El estudio fue realizado en el municipio de Guachene, el cual se encuentra ubicado en la provincia norte del departamento del Cauca, el municipio se encuentra localizado a 89 Km de la Capital

Caucana, la ciudad de Popayan. Por otra parte, Limita al Norte con los Municipios de Padilla y Puerto Tejada, al Sur con el Municipio de Caloto, al Oriente nuevamente con el Municipio de Caloto y al Occidente con Municipios de Caloto y Villa Rica.

De acuerdo con información contenida en la alcaldía del municipio, al 2015 Guachene tenía una población total de 19815 habitantes, de los cuales 5067 son población urbana y 14748 correspondiente a población rural.

La investigación fue llevada a cabo en este municipio, específicamente en el hospital ESE Norte 2, punto de atención Guachene (de baja complejidad), de acuerdo con información suministrada en la página del hospital, este centro médico ofrece los servicios de:

- Programas de promoción y prevención
- Consulta de medicina general
- Odontología
- Laboratorio Clínico
- Radiología
- Farmacia
- Hospitalización
- Atención al parto
- Fisioterapia
- Urgencias
- Psicología

7.3. Muestra

El total de la población que labora en el hospital ESE Norte 2, punto de atención Guachene, se compone de 43 servidores de los cuales 4 son médicos, 3 son motoristas, 6 son auxiliares de

enfermería, 1 auxiliar de laboratorio, 1 Odontólogo, 1 auxiliar de archivo, 1 coordinador de facturación, 2 higienistas orales, 2 enfermeros jefes, 3 auxiliares de SIAU incluyendo urgencias, 2 aseadoras, 3 porteros, 1 coordinador, 1 psicólogo, 1 fisioterapeuta y 9 auxiliares PIC.²³

De ellos se seleccionó una muestra de 26 personas colaboradores de la parte asistencial, los cuales fueron elegidos de forma aleatoria y se les aplicó la encuesta.

7.4. Plan de recolección de la Información y Análisis de datos

La información se obtuvo por medio de la aplicación de una encuesta sobre cultura de seguridad del paciente en el Hospital ESE NORTE 2 en el punto de atención de Guachene (baja complejidad). Para la aplicación de la encuesta se solicitó permiso de las autoridades pertinentes en la institución y se socializó con cada persona que hizo parte de la muestra, para que respondiera la encuesta a conciencia y con la seriedad que ameritó este ejercicio académico.

Una vez se solicitó y aprobó el permiso se imprimieron el número de encuestas (26) correspondiente a la muestra seleccionada en el hospital y se les solicitó que la diligenciaran, una vez llena la encuesta se procedió a su traspaso en un documento de Excel para poder procesar la información.

7.5. Instrumentos

Basados en una encuesta AHRQ adaptada por el centro de Gestión Hospitalaria, el modelo de encuesta a aplicar dentro de la institución al personal asistencial (ver anexos) se compone por varias secciones como se describen a continuación:

- Área o unidad de trabajo
- Sección A, su área de trabajo
- Sección B, Su supervisor/director

- Sección C, Comunicación
- Sección D, Frecuencia de eventos reportados
- Sección E, Grado de seguridad del paciente
- Sección F, Su institución
- Sección G, Número de incidentes reportados
- Sección H, Antecedentes
- Sección I Comentarios

Cada una de las anteriores secciones contenía un grupo de preguntas que el encuestado debía responder de acuerdo a su nivel de percepción, las opciones de respuesta Varian, de acuerdo a la sección, por ejemplo, en la sección A las opciones de respuesta eran:

- Si
- No
- Algunas veces
- La mayoría de veces
- Rara vez

Por su parte, la sección B y la sección F tenían como opción de respuesta dar una calificación entre 1 y 5 a cada pregunta, donde 1 representa nunca y 5 siempre. Por otro lado, la sección E contenía opciones de respuesta como:

- Excelente
- Muy bueno
- Aceptable
- Pobre
- Malo

En la sección H, como se realizaron preguntas sobre antigüedad y cargo en la empresa las opciones de respuesta estaban en número de años y en ocupaciones dentro del hospital. Finalmente, en la

sección I se encuentran contenidos los comentarios que algunos de los encuestados voluntariamente escribió de acuerdo a su percepción de la cultura de seguridad del paciente en el hospital.

8. COMPONENTE ÉTICO

Teniendo en cuenta lo establecido en resolución 8430 de 1993 donde se encuentran las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, las acciones que se realizaron en este documento de investigación en concordancia con el artículo 4 de dicho decreto son:

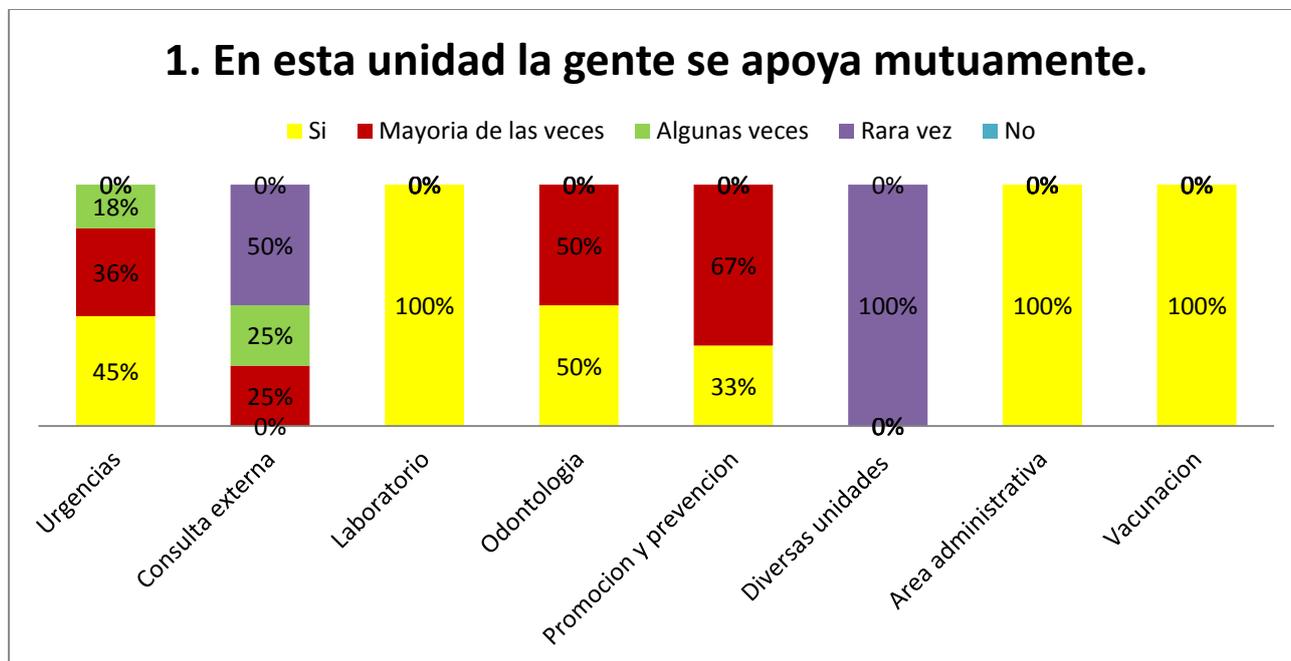
- Conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social
- La prevención y control de los problemas de salud

También es importante aclarar que para la realización de esta investigación se cuenta con la aprobación de la E.S.E donde fue aplicada la encuesta, en este caso La ESE Norte 2, punto de atención Guachené para la aplicación de la encuesta y así poder realizar la obtención y recolección de datos, cumpliendo con el artículo 18 de esta resolución en el cual se especifica que “en las investigaciones en comunidades, el investigador principal deberá obtener la aprobación de las autoridades de salud y de otras autoridades civiles de la comunidad a estudiar, además de obtener la carta de Consentimiento Informado de los individuos que se incluyan en el estudio.”²⁴

9. ANÁLISIS DE RESULTADOS

Sección A: Área / Unidad de trabajo

Gráfico 1. En esta unidad la gente se apoya mutuamente

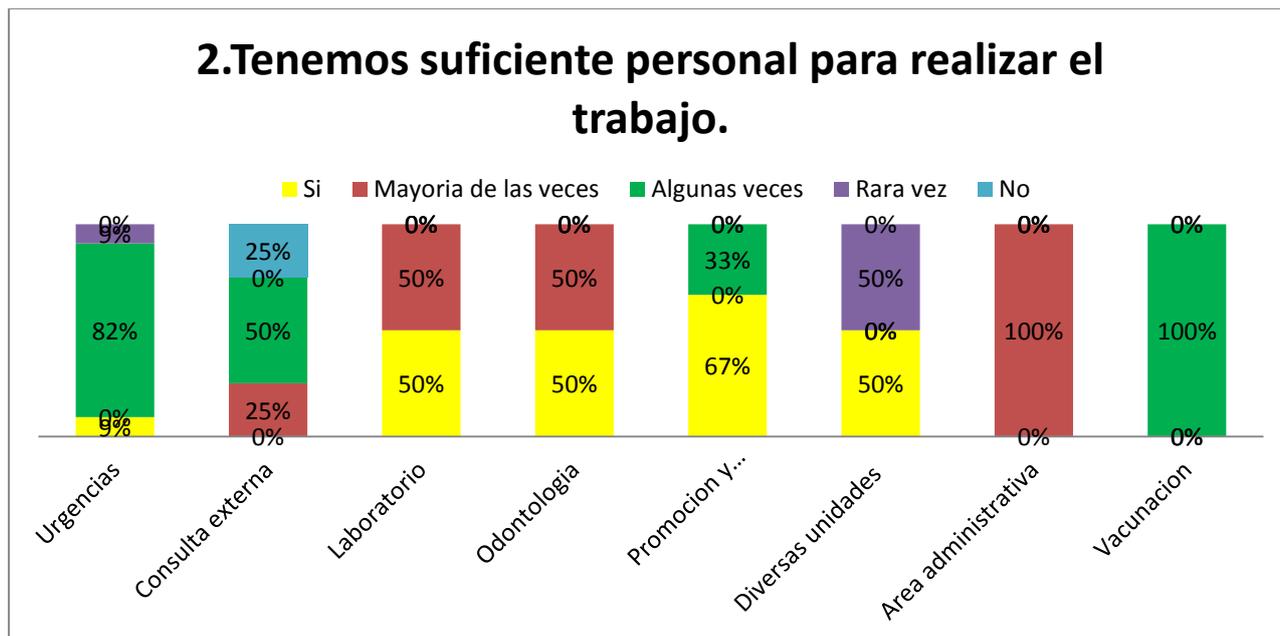


Fuente: Elaboración propia, datos obtenidos a partir de encuesta de seguridad del paciente a empleados del hospital ESE Norte 2, Punto de atención Guachené.

Como se puede apreciar en el gráfico 1, los encuestados en su mayoría pertenecen al área de urgencias (11 personas), seguido del área de consulta externa (4 personas), promoción y prevención (3 personas), laboratorio, odontología y unidades diversas (2 personas), finalmente, están vacunación y área administrativa (1 persona).

El gráfico 1 resume los resultados de percepción de la muestra respecto a la pregunta ¿en esta unidad la gente se apoya mutuamente? A lo que la mayoría de los encuestados respondió afirmativamente en el caso de las áreas de urgencias, promoción y prevención, vacunación y área administrativa, como se puede observar en la tabla. Llama la atención que en consulta externa el 50% de los encuestados manifiesta que rara vez hay apoyo mutuo, al igual que el 100% en unidades diversas, esto es un factor a mejorar en estas dos unidades, ya que la seguridad del paciente requiere del apoyo de todos los colaboradores porque que así se logra una mejor coordinación de la información, apoyo profesional entre colegas y se maximiza la eficacia de los procesos y se previenen la ocurrencia de eventos adversos.

Gráfico 2. ¿Tenemos suficiente personal para realizar el trabajo?

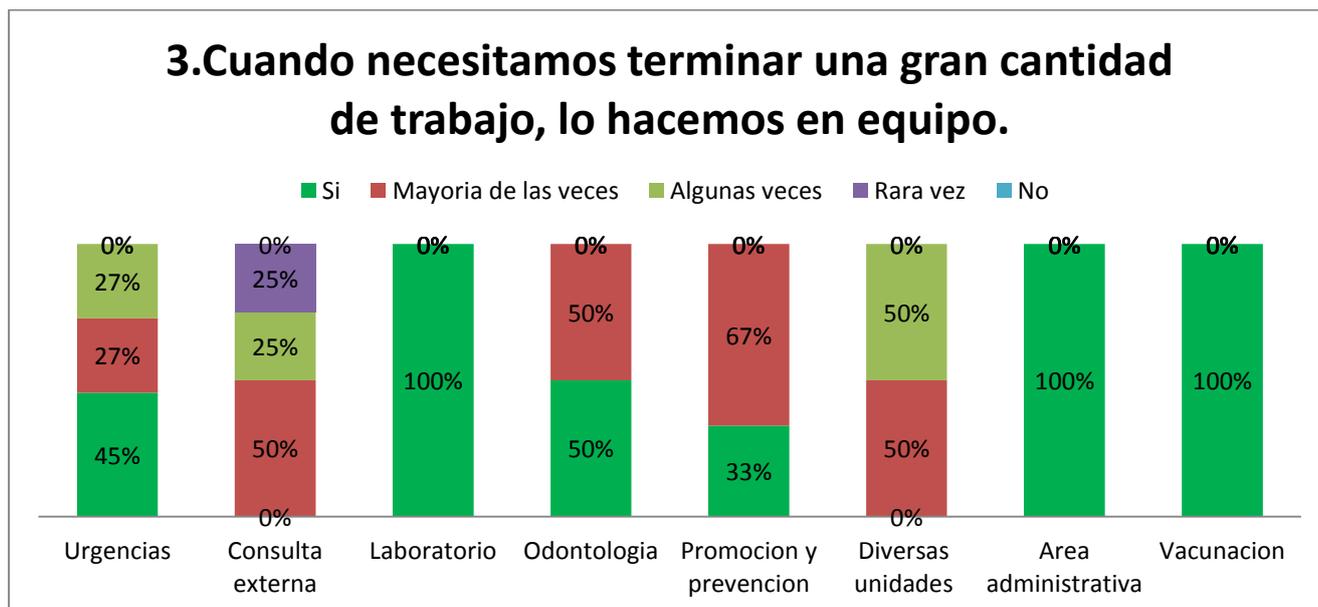


Fuente: Elaboración propia, datos obtenidos a partir de encuesta de seguridad del paciente a empleados del hospital ESE Norte 2, Punto de atención Guachené.

En el gráfico 2, se puede observar que el personal de urgencias (82%) considera que tan solo algunas veces se cuenta con suficiente personal para la realización del trabajo, también el 100% de vacunación y el 50% de consulta externa consideran que hace falta más personal para la realización del trabajo, en unidades diversas el personal considera que rara vez se cuenta con el personal suficiente, tan solo en promoción y prevención el 67% considera que si hay suficiente personal.

Aquí es importante recalcar que el personal en su mayoría considera que hace falta involucrar más personal a la sede, sería importante que la gerencia tuviera esto en cuenta dado que la no suficiencia de personal en cada turno incrementa los niveles de estrés en cada uno de los empleados de las distintas áreas, el estrés puede ser causante de cansancio laboral lo que contribuiría a cometer errores que pueden afectar parcial, leve o gravemente a los pacientes, por lo tanto, se recomienda a la gerencia evaluar en qué turnos se necesita más personal y contratar más personal asistencial, o en su defecto diseñar una estrategia que permita distribuir el personal ya existente en la institución de modo que la demanda de pacientes corresponda a la oferta del personal asistencial.

Gráfico 3. ¿Cuándo necesitamos terminar una gran cantidad de trabajo lo hacemos en equipo?

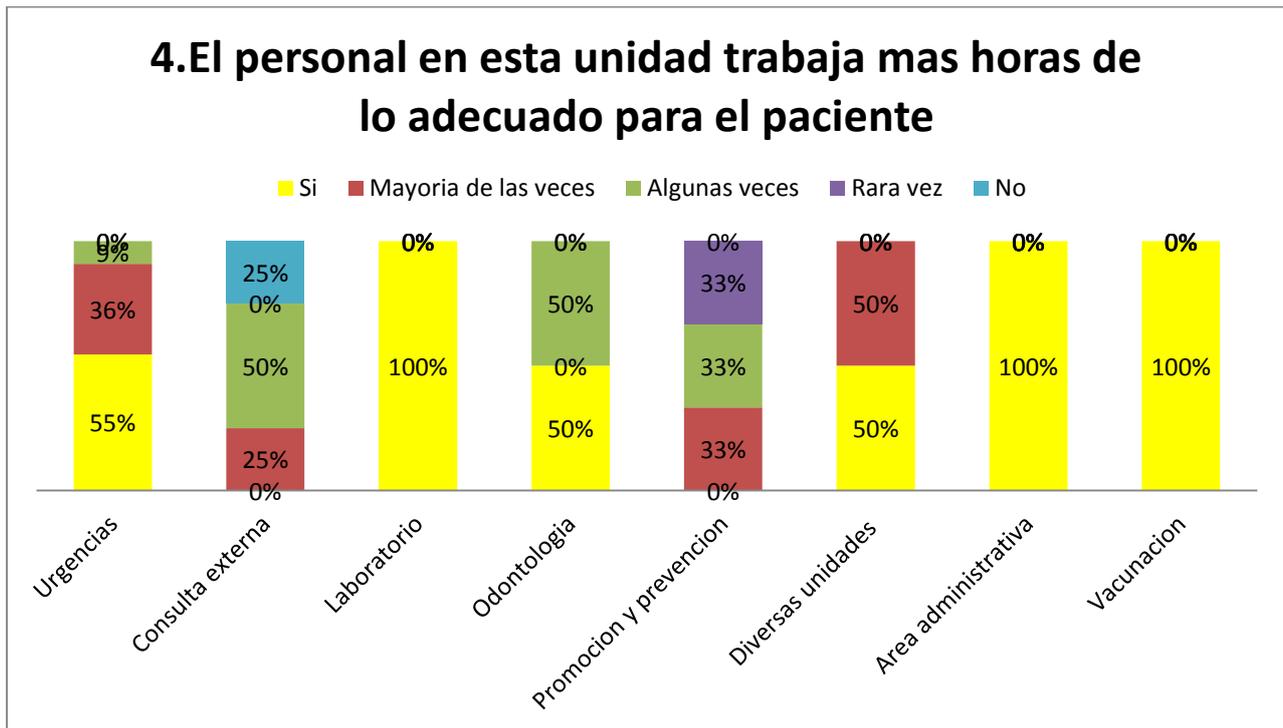


Fuente: Elaboración propia, datos obtenidos a partir de encuesta de seguridad del paciente a empleados del hospital ESE Norte 2, Punto de atención Guachené.

En términos generales, en el gráfico 3 se puede observar una percepción bastante positiva frente a la pregunta de si se trabaja en equipo cuando se necesita terminar una gran cantidad de trabajo. Tan solo el 25% del personal de consulta externa, manifestó que rara vez se hace, sin embargo, en el resto de áreas el personal en su mayoría manifiesta que si o que en la mayoría de los casos se trabaja en equipo.

Esto es un factor positivo que se debe resaltar dado que el trabajo en equipo es una de las características esenciales de la cultura de seguridad del paciente, pues como se mostró en el marco teórico, muchos errores que pudieron ser previsibles se llevaron a cabo por falta de trabajo en equipo y por falta de comunicación, en este caso se destaca que la percepción del personal en general es que si hay trabajo en equipo dentro de sus áreas de trabajo.

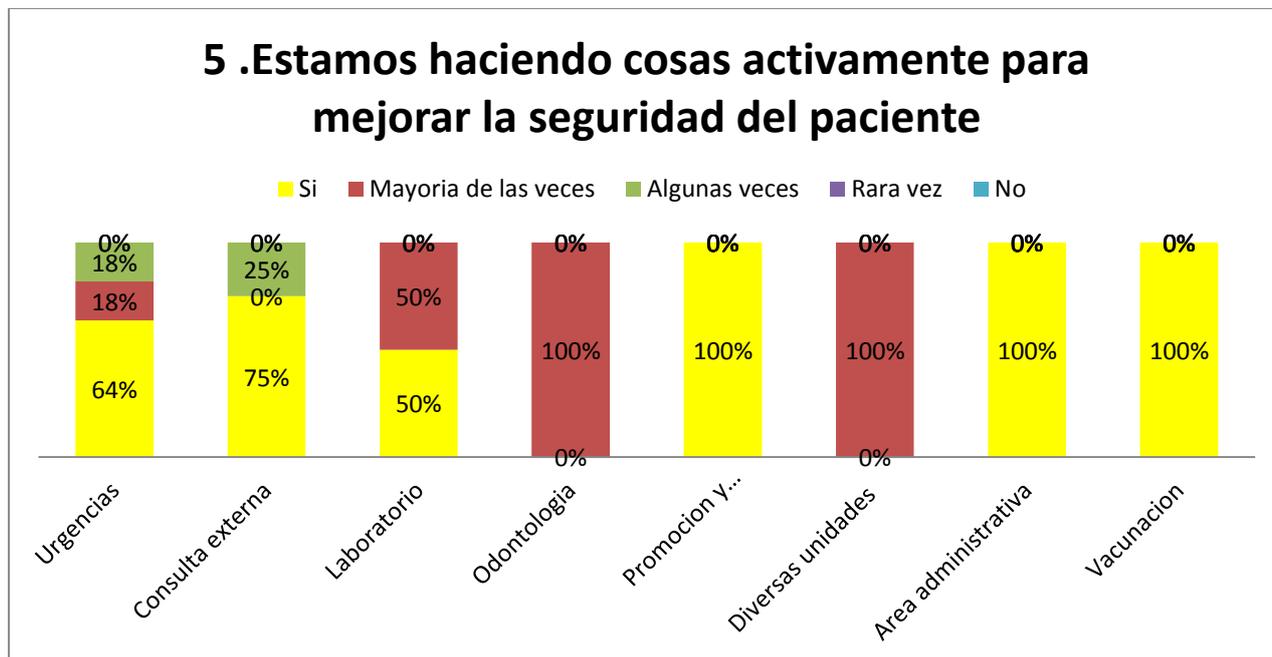
Gráfico 4. ¿El personal de esta unidad trabaja más horas de lo adecuado para la seguridad del paciente?



Fuente: Elaboración propia, datos obtenidos a partir de encuesta de seguridad del paciente a empleados del hospital ESE Norte 2, Punto de atención Guachené.

En el gráfico 4 se puede ver que el 100% del personal encuestado de las áreas de vacunación, área administrativa, laboratorio y el 50% del resto de las áreas consideran que si se trabaja más de lo adecuado para la seguridad del paciente. Esto podría considerarse un factor positivo, pero en realidad no es tan positivo, en primer lugar se estarían trabajando más horas de lo legal establecido en Colombia, en segundo lugar, si se tiene en cuenta los resultados de la tabla 2 donde en general el personal siente que no hay apoyo mutuo en sus áreas de trabajo, el aumento de la carga laboral más la extensión del turno de trabajo incrementa el nivel de cansancio en los empleados y esto podría inducir a la ralentización de los procesos y la atención, la ineficiencia e ineficacia en el hospital, disminuyendo la calidad de los servicios ofrecidos e incrementando la probabilidad de la ocurrencia de eventos adversos.

Gráfico 5. ¿Estamos haciendo cosas activamente para mejorar la seguridad del paciente?



Fuente: Elaboración propia, datos obtenidos a partir de encuesta de seguridad del paciente a empleados del hospital ESE Norte 2, Punto de atención Guachené.

Como se puede observar en el gráfico 5, la tendencia de las respuestas es muy positiva, es decir que el personal en conjunto si siente que están realizando acciones para mejorar la seguridad del paciente. Hay que decir que la seguridad del paciente es un conjunto de protocolos y características que no solo tienen que ver con cumplir los estándares médicos de seguridad, sino que se trata de medidas de precaución, como leer bien los diagnósticos, estar atento en los cambios de turno, verificar que la medicina se le aplique al paciente correcto, dar toda la información en los cambios de turno, comunicar cualquier novedad con los compañeros, es decir, es un conjunto de acciones cotidianas a las que muchas veces no se les da mucha relevancia pero que en realidad son muy importantes en la implementación de una cultura de seguridad del paciente.

Gráfico 6. ¿El personal siente que sus errores son usados en su contra?

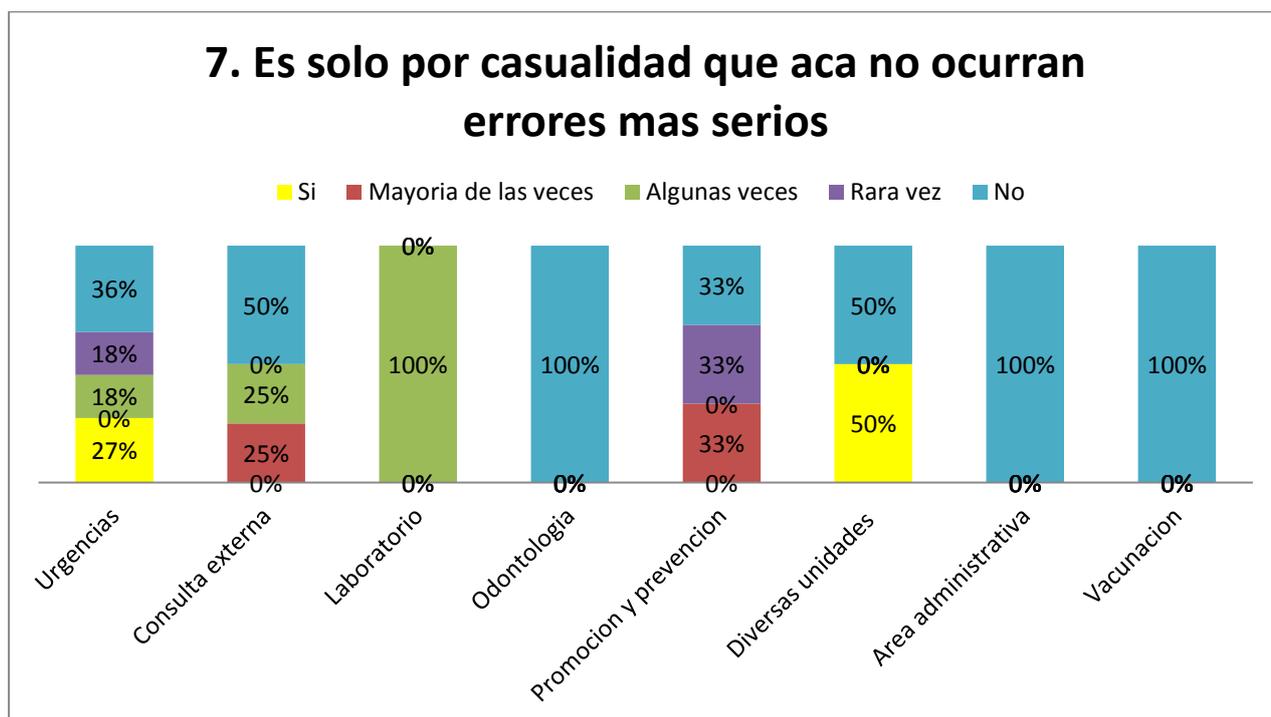


Fuente: Elaboración propia, datos obtenidos a partir de encuesta de seguridad del paciente a empleados del hospital ESE Norte 2, Punto de atención Guachené.

En el gráfico 6, se muestran los resultados sobre la percepción que tienen los empleados en relación a si ellos consideran que los errores son usados en su contra. Tal como se puede ver, hay una percepción diversa, pues en el caso del área de urgencias el 36% considera que No, el 55% considera que algunas veces y una persona siente que la mayoría de las veces los errores son usados en su contra, algo similar ocurre en el área de consulta externa donde 50% considera que la mayoría de las veces y el otro 50% considera que solo algunas veces, por su parte en vacunación el 100% si considera que los errores son usados en su contra.

Lo que se puede observar es que hay un porcentaje importante dentro de cada una de las áreas que ha sentido que al menos alguna vez los errores han sido usados en su contra, en este caso se recomienda a los jefes de las diferentes unidades y a la gerencia a no hacer sentir atacado al empleado, sino a dar recomendaciones basados en los errores cometidos, de esta manera se hace un proceso de retroalimentación más sano y la persona que haya cometido el error debe comprometerse a no reincidir constantemente en el mismo error, así se logra una cultura de seguridad del paciente basada en la comunicación, por otro lado, no solamente se debe hacer retroalimentación de los errores cometidos, sino que también se deben dar las felicitaciones en los casos que lo amerite, así se logra incentivar a cada una de los colaboradores a prestar un servicio de calidad y oportuno.

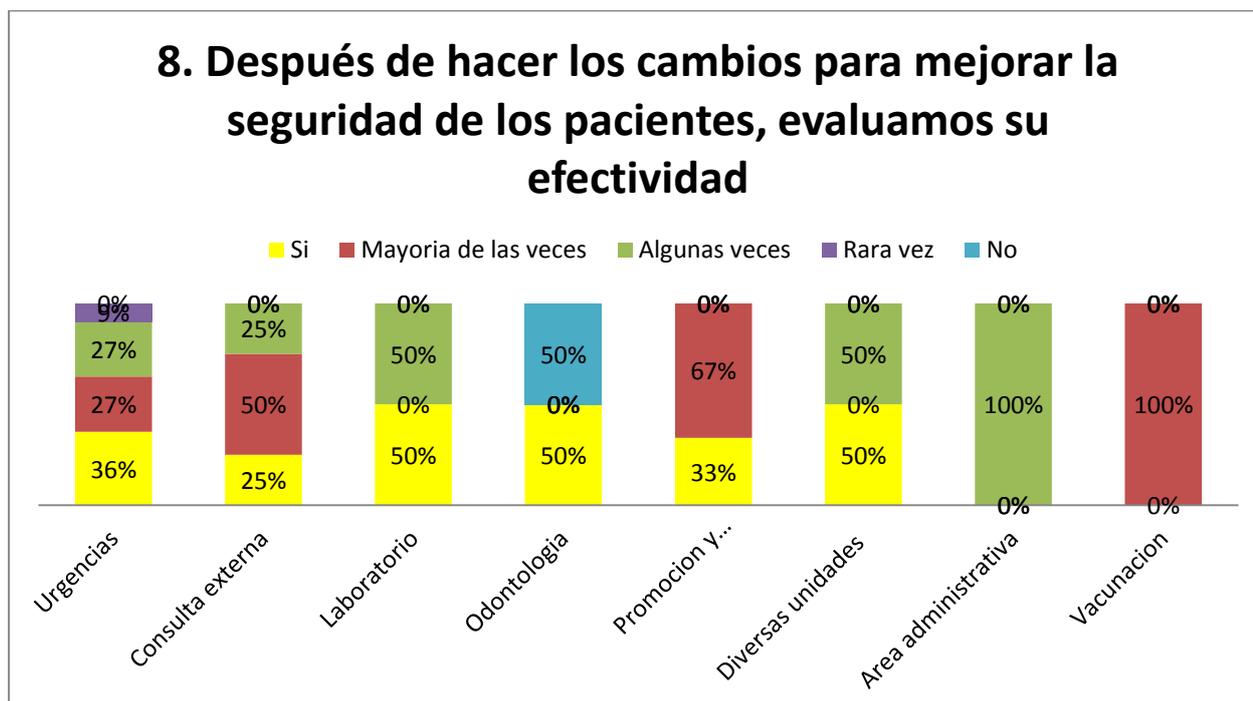
Gráfico 7. ¿Es solo por casualidad que acá no ocurran errores más serios?



Fuente: Elaboración propia, datos obtenidos a partir de encuesta de seguridad del paciente a empleados del hospital ESE Norte 2, Punto de atención Guachené.

El gráfico 7 se puede apreciar que gran parte del personal siente que no es por casualidad ocurren errores más serios, 36% urgencias, 50%, consulta externa, 100% de odontología, 100% área administrativa, 50% unidades diversas y 100% vacunación. Esto daría a pensar que en las unidades de trabajo se lleva a cabo un protocolo adecuado, el personal lo conoce y lo implementa a la hora de la atención y es por eso que no ocurren errores más serios, sin embargo, en urgencias el 27% considera que si es por casualidad que no ocurren errores más serios, al igual que el 50% de unidades diversas, esto indica que hay parte del personal que tal vez siente que aunque hay un protocolo, quizás este no se implementa de la forma adecuada, o tal vez si se cumple, pero las condiciones sanitarias o de infraestructura no cumplen con un protocolo de seguridad que garantice al paciente que va a ser atendido de forma segura, cualquiera que sea el caso, la gerencia debe ocuparse por mirar que aspectos hacen que haya personal que considera que es por casualidad que no ocurren errores más serios.

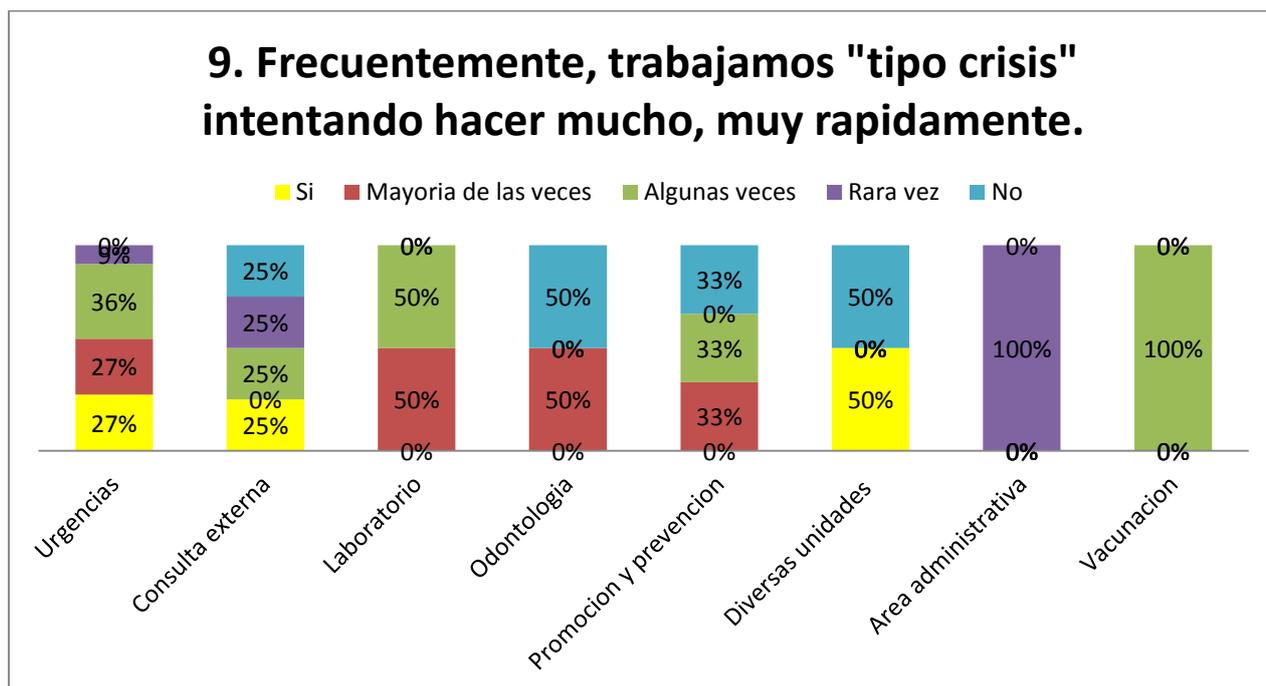
Gráfico 8. ¿Después de hacer los cambios para mejorar la seguridad de los pacientes, evaluamos su efectividad?



Fuente: Elaboración propia, datos obtenidos a partir de encuesta de seguridad del paciente a empleados del hospital ESE Norte 2, Punto de atención Guachené.

Tal como lo muestra el gráfico 8, en general el personal tiene una percepción positiva, solo que algunos consideran que no se evalúa la efectividad de manera constante o periódica o de manera inmediata, sino que se hace algunas veces o rara vez, tal como lo muestra la tabla de datos. Tan solo el 50% del personal de odontología manifestó que no se hace evaluación después de la implementación de los cambios para la seguridad del paciente, aquí lo que se recomienda es primero revisar de qué forma se están implementando los cambios, para ello es necesario saber si hay un diagnóstico que sirva como una línea base sobre la cual diseñar los cambios, por otro lado, hay que ver si se tiene un mapa de indicadores y si estos si muestran de forma correcta cuando hay una mejora o un retroceso, así cada que se implemente un cambio se puede mostrar de manera cuantificable a cada uno de los empleados de las distintas áreas si los cambios están siendo efectivos.

Gráfico 9. Frecuentemente, trabajamos "tipo crisis" intentando hacer mucho, muy rápidamente.

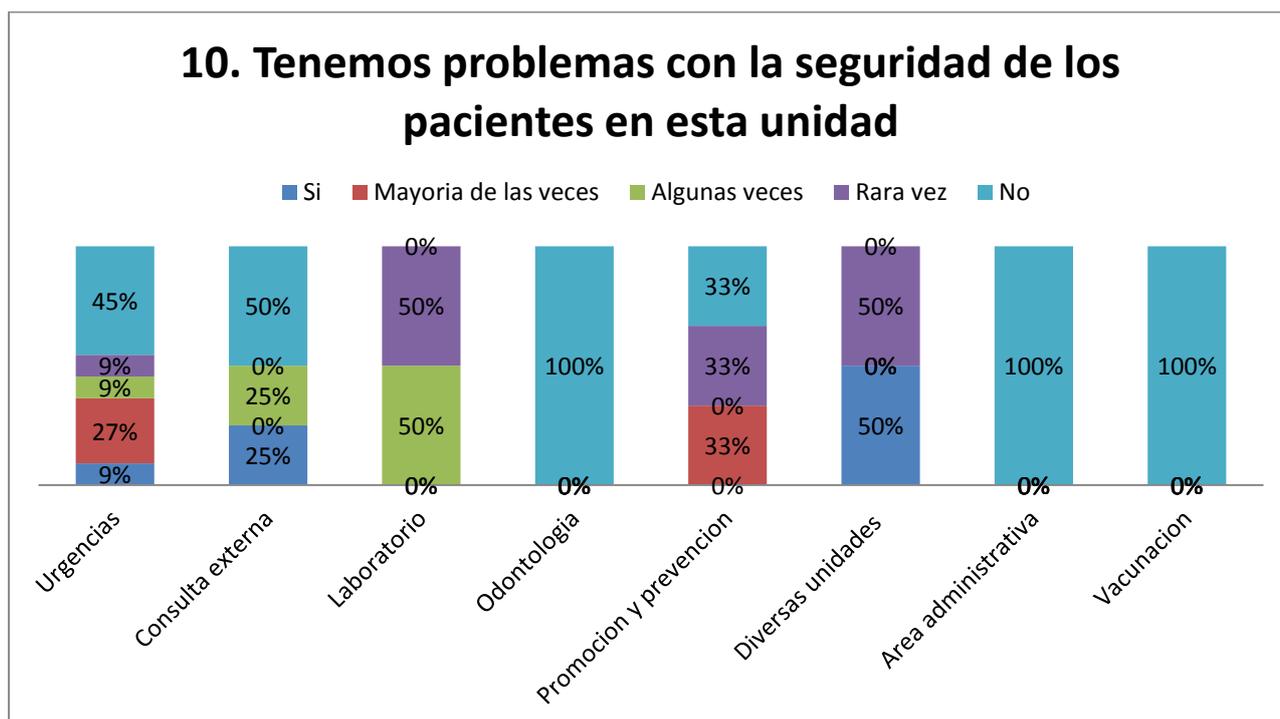


Fuente: Elaboración propia, datos obtenidos a partir de encuesta de seguridad del paciente a empleados del hospital ESE Norte 2, Punto de atención Guachené.

En el gráfico 9 se evidencia que hay una percepción bastante heterogénea frente a la pregunta si frecuentemente se trabaja tipo crisis intentando hacer mucho muy rápidamente. Gran parte del personal considera que si, como en los casos de urgencias 27% y consulta externa 25%, otra parte considera que la mayoría de las veces, urgencias 27%, odontología y laboratorio 50%, así como hay otros que consideran que no como el 50% de unidades diversas, el 50% de odontología y el 25% de consulta externa.

En este caso el hecho de que hayan respuestas afirmativas y en porcentaje considerable confirma que se ha hecho aunque no sea frecuente, esto es un factor negativo para mejorar dentro de la institución, pues el actuar rápido para lograr más resultados puede inducir a cometer errores críticos que pueden comprometer gravemente la salud del paciente, por lo tanto se recomienda no seguir implementando esta práctica pues es nociva para la seguridad del paciente.

Gráfico 10. ¿Tenemos problemas con la seguridad de los pacientes en esta unidad?

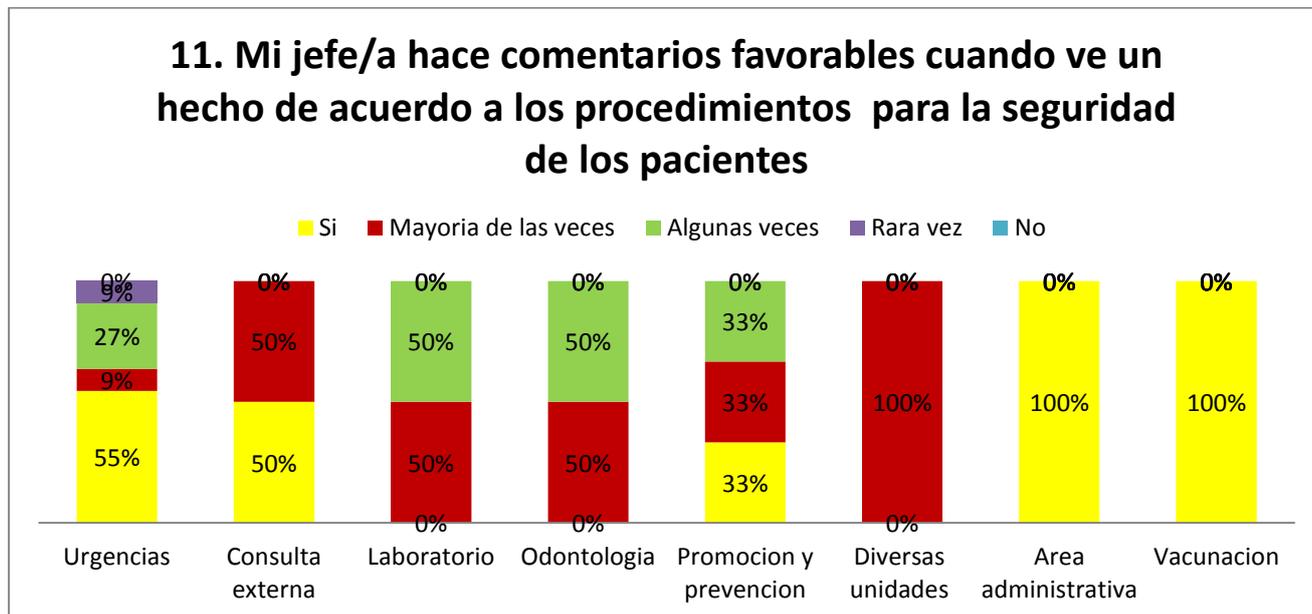


Fuente: Elaboración propia, datos obtenidos a partir de encuesta de seguridad del paciente a empleados del hospital ESE Norte 2, Punto de atención Guachené.

Como se puede ver en el gráfico 10, de nuevo la percepción se encuentra bastante dividida, pues dentro de cada unidad hay quienes si consideran que hay problemas con la seguridad del paciente como en urgencias que el 27% considera que la mayoría de las veces, el 25% de consulta externa y 50% de unidades diversas consideran que sí. Sin embargo, la gran mayoría del personal dentro de cada una de las áreas siente que no se tienen problemas con la seguridad del paciente, ahora, basados en los resultados anteriores se puede decir que en la institución hay fortalezas como la implementación de prácticas para la seguridad del paciente, o el trabajo en equipo pero hay otras prácticas que si son falencias como el trabajar más de lo adecuado, trabajar más rápido para lograr mayores resultados o la falta de apoyo mutuo, por lo tanto para lograr una cultura de seguridad del paciente que sea visible en el hospital hay que mejorar los aspectos señalados.

Sección B: Su supervisor/Director

Gráfico 11. ¿Mi jefe/a hace comentarios favorables cuando ve un hecho de acuerdo a los procedimientos para la seguridad de los pacientes?

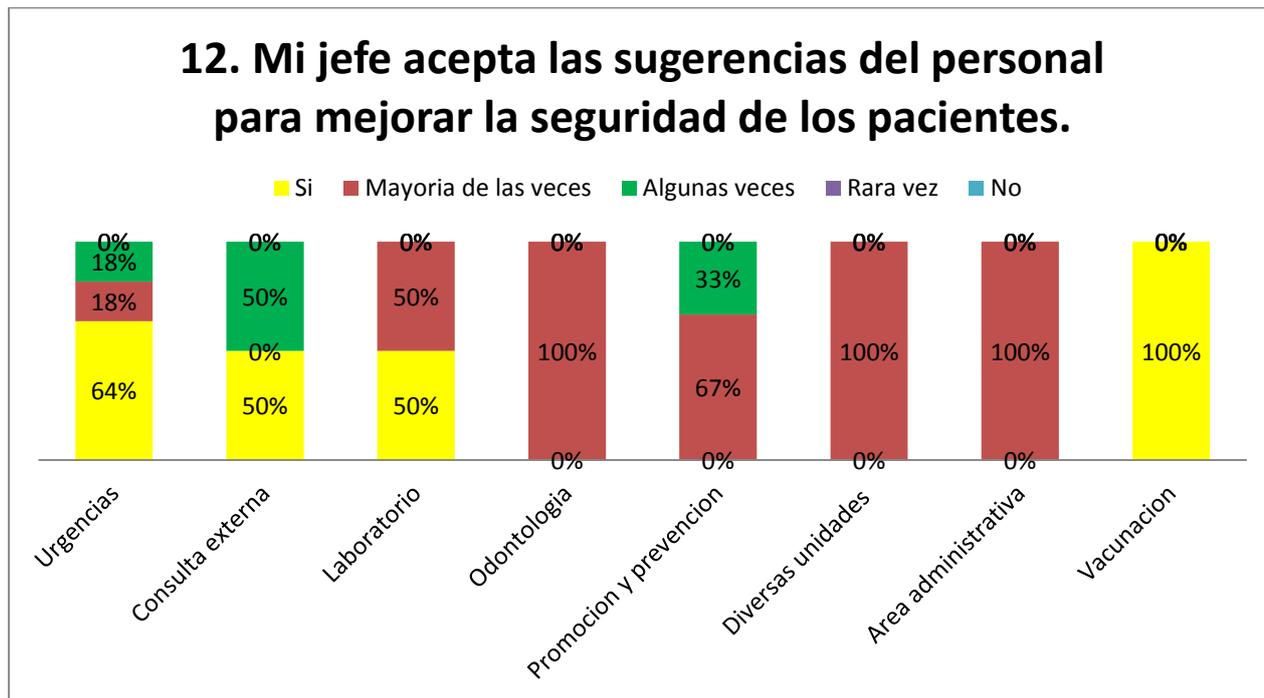


Fuente: Elaboración propia, datos obtenidos a partir de encuesta de seguridad del paciente a empleados del hospital ESE Norte 2, Punto de atención Guachené.

De acuerdo con el gráfico 11, gran parte de los empleados, principalmente de las áreas de urgencias 55%, consulta externa 50%, vacunación 100% y área administrativa 100% consideran que su jefe si hace comentarios positivos cuando ve la realización de un hecho de acuerdo a los procedimientos establecidos para la seguridad del paciente, tan solo el 9% del área de urgencias manifiesta que rara vez lo hace, en general no se observa una apreciación negativa.

Esto es importante porque el reconocimiento de los jefes hacia los subordinados sirve de estímulo para todos los empleados, en este caso, los reconocimientos los motivan a seguir realizando los procesos de acuerdo a una cultura de seguridad del paciente, por otro lado, esto hace que el clima laboral dentro de la institución sea de agrado para todos los empleados y eleva los estándares de calidad en la atención y de forma segura.

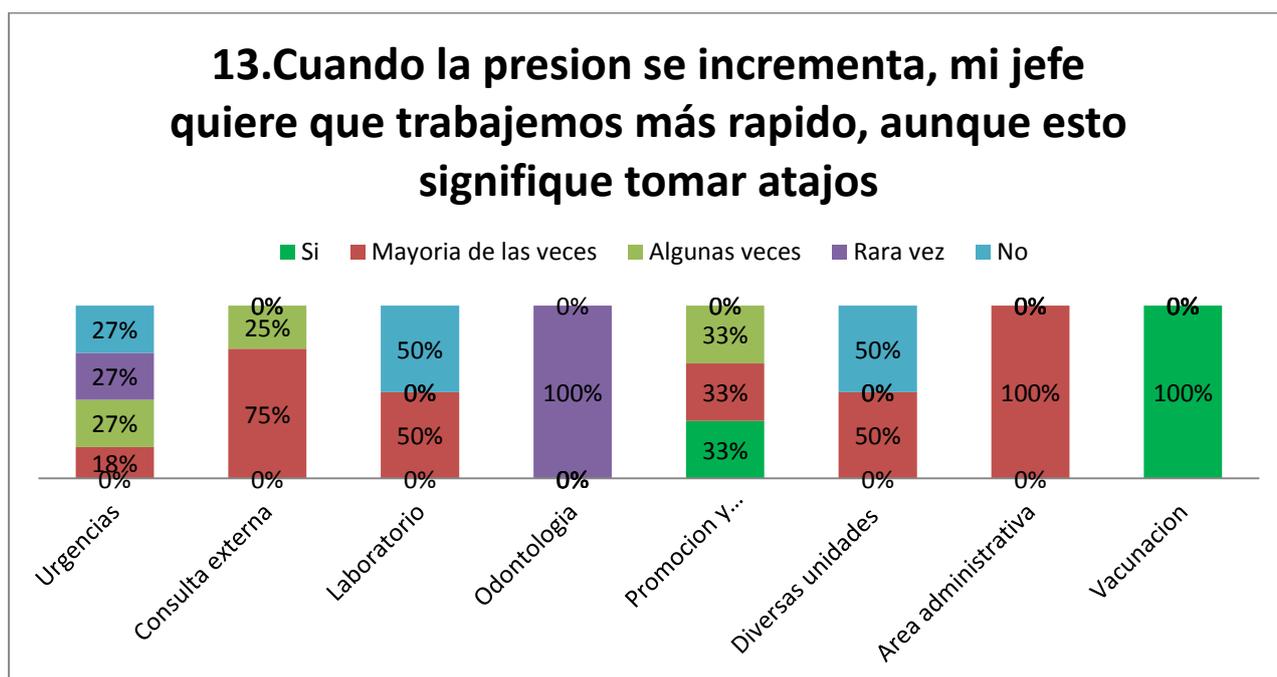
Gráfico12. Mi jefe acepta las sugerencias del personal para mejorar la seguridad de los pacientes.



Fuente: Elaboración propia, datos obtenidos a partir de encuesta de seguridad del paciente a empleados del hospital ESE Norte 2, Punto de atención Guachené.

En el gráfico 12 se puede observar que los empleados de todas las áreas reconocen que sus jefes si aceptan sugerencias por parte del personal para mejorar la seguridad del paciente, sin embargo, el 18% del personal del área de urgencias, el 50% del área de consulta externa y el 33% de promoción y prevención manifiestan que esto solo se hace algunas veces. Aquí hay dos cosas por resaltar, lo primero es que la mayoría de los empleados en todas las áreas reconocen que sus jefes aceptan sus comentarios, esto indica que hay no hay temor de los subordinados hacia los jefes, segundo, se está construyendo una cultura de comunicación interna que es vital para la construcción de una cultura de seguridad del paciente. Finalmente, el hecho de que algunos de los empleados manifiesten que tan solo algunas veces el jefe acepta comentarios, es un indicio de que hace falta afianzar las estrategias de comunicación en algunas áreas, sobre todo en consulta externa.

Gráfico 13. ¿Cuándo la presión se incrementa, mi jefe quiere que trabajemos más rápido, aunque esto signifique tomar atajos?

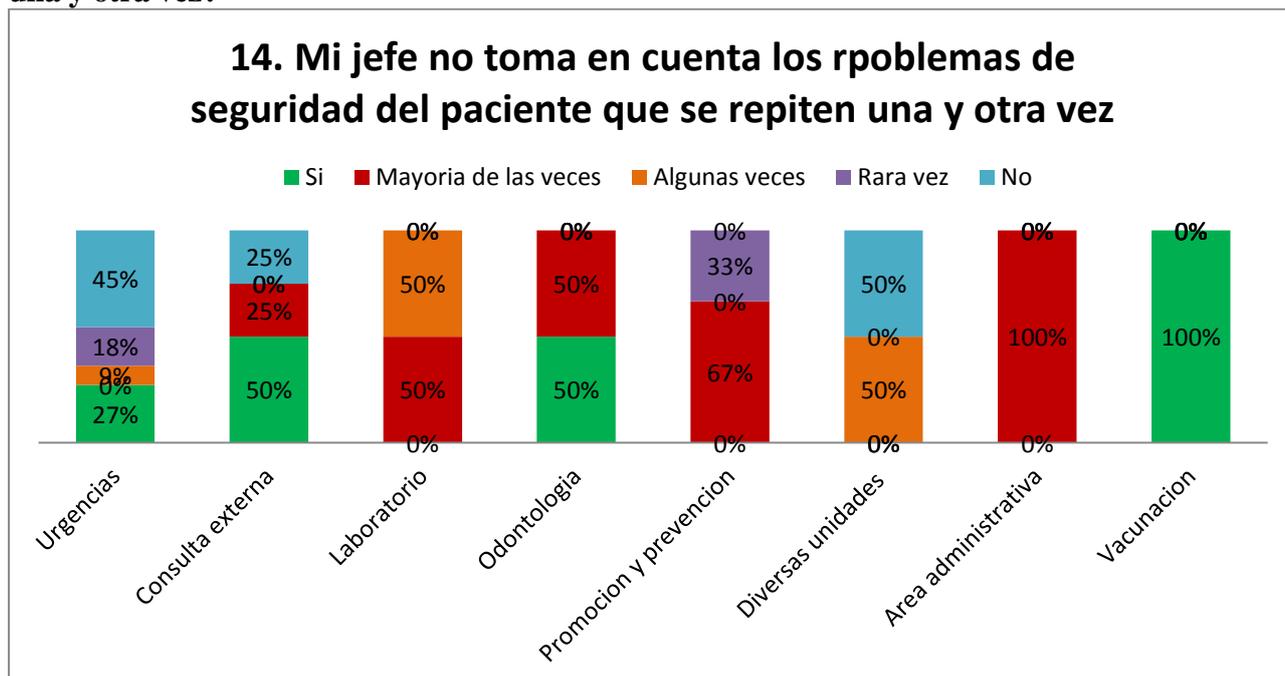


Fuente: Elaboración propia, datos obtenidos a partir de encuesta de seguridad del paciente a empleados del hospital ESE Norte 2, Punto de atención Guachené.

De acuerdo con los resultados del gráfico 13, se puede observar que hay una percepción bastante heterogénea entre los empleados respecto a la decisión de sus jefes de ponerlos a trabajar más rápido cuando la presión se incrementa. Como se puede ver en la tabla, solamente el 27% de urgencias, el 50% de laboratorio y el 50% de diversas unidades dan una respuesta negativa, de resto los empleados manifiestan que si se ha hecho.

Como se expuso anteriormente, trabajar de forma más rápida puede significar un riesgo en términos de seguridad para el paciente, en este caso se sugiere que cuando aumente el trabajo bajo presión se fortalezcan las habilidades de trabajo en equipo, de apoyo mutuo y de comunicación, también se identificó la falta de personal lo cual puede ser causante de que en ocasiones los jefes quiere que se trabaje más rápido, por lo tanto se recomienda a la gerencia velar por la incorporación de personal de apoyo en principalmente en las áreas donde hay mayor riesgo de cometer errores como en urgencias, laboratorio y consulta externa y fomentar el trabajo en equipo por medio de capacitaciones en cada una de las áreas.

Gráfico 14. ¿Mi jefe no toma en cuenta los problemas de seguridad del paciente que se repiten una y otra vez?



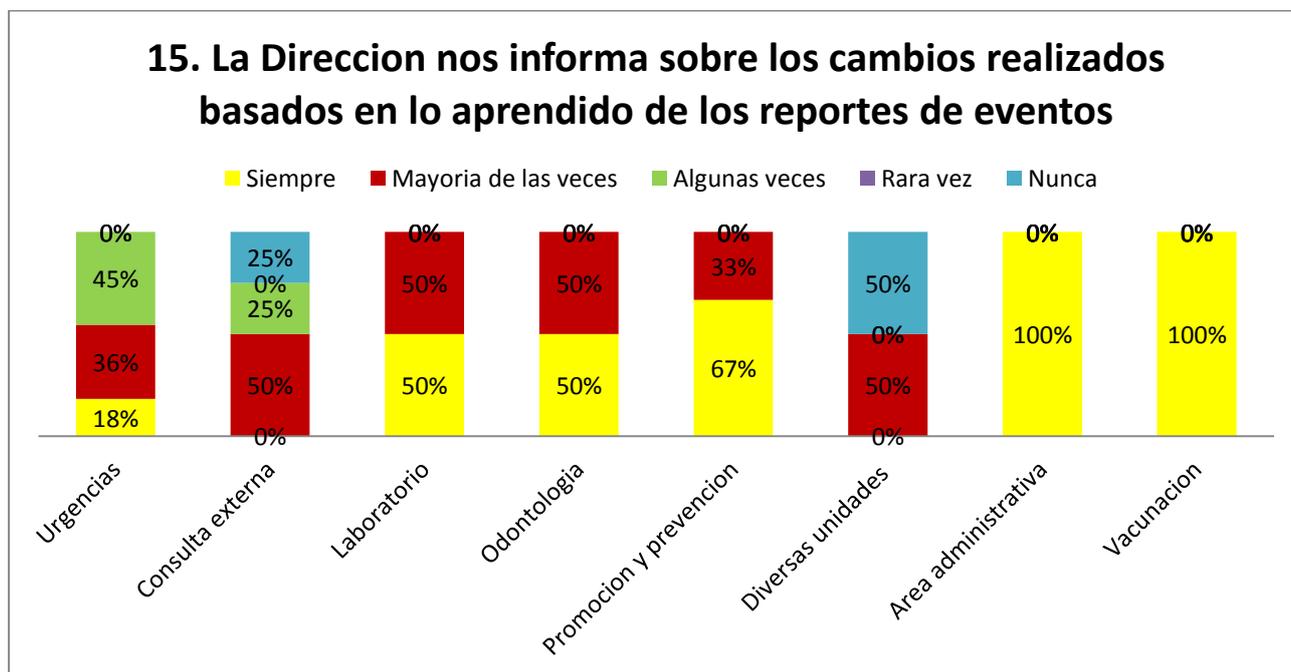
Fuente: Elaboración propia, datos obtenidos a partir de encuesta de seguridad del paciente a empleados del hospital ESE Norte 2, Punto de atención Guachené.

De acuerdo con los resultados del gráfico 14, hay opiniones divididas entre los empleados al interior de cada una de las áreas, por lo que no se puede establecer un consenso general sobre si el jefe toma en cuenta los problemas que se repiten referentes a la seguridad del trabajo una y otra vez.

Lo que sí se puede deducir de los anteriores resultados es que hay problemas relacionados con la seguridad del paciente que puede que se repitan constantemente y los empleados perciben que el jefe no los tiene en cuenta para implementar acciones de mejora, por lo tanto, se recomienda a los jefes de área hacer un diagnóstico al interior de cada una de sus áreas con la colaboración de cada uno de los empleados, de manera que se puedan identificar cuáles son esos errores que se están pasando por alto y puedan aplicarse medidas correctivas.

Sección C: Comunicación

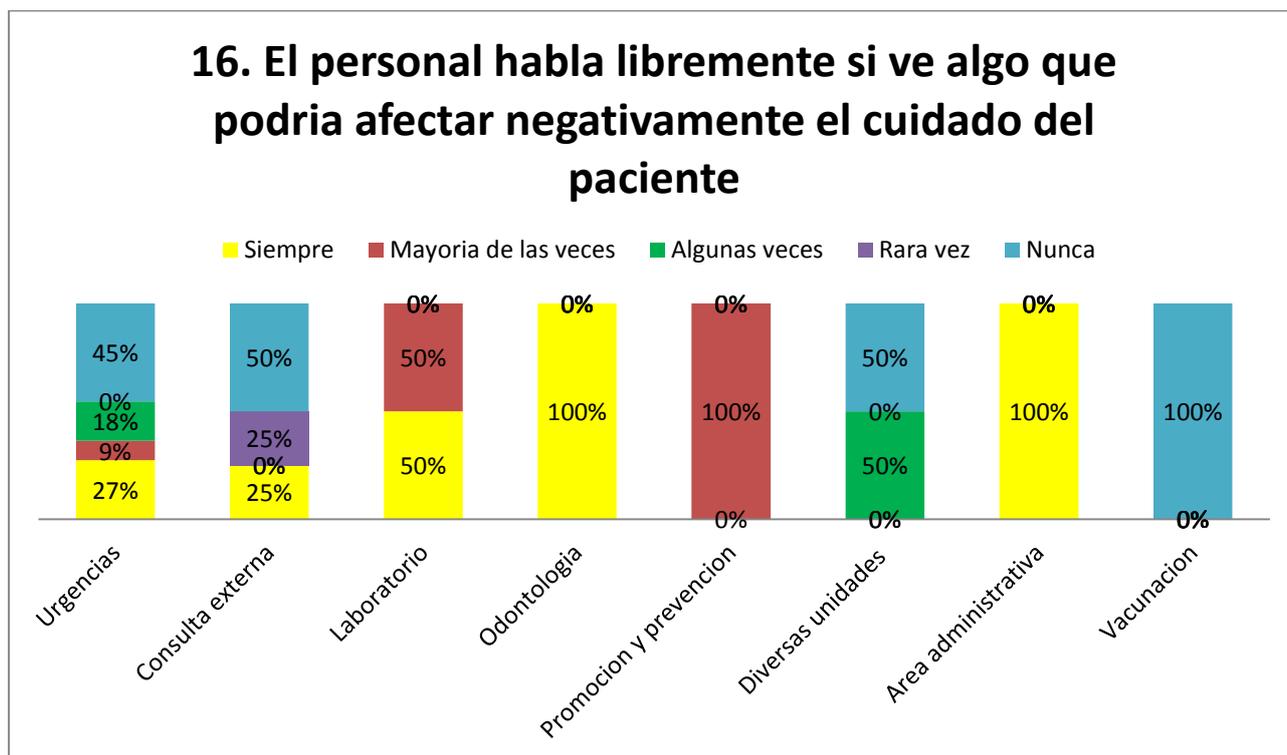
Gráfico 15. ¿La Dirección nos informa sobre los cambios realizados basados en lo aprendido de los reportes de eventos?



Fuente: Elaboración propia, datos obtenidos a partir de encuesta de seguridad del paciente a empleados del hospital ESE Norte 2, Punto de atención Guachené.

Como se muestra en el anterior gráfico, los empleados en general sienten que la gerencia si informa sobre los cambios realizados basados en lo aprendido de los reportes de eventos, sin embargo se refleja que aunque la percepción es positiva en casi todas las áreas, el 50% de diversas unidades y el 25% de los encuestados en consulta externa manifiestan que nunca se les ha informado nada, esto no necesariamente significa que la gerencia nunca informe sobre los cambios realizados, sino que es una señal de que quizás los mecanismos de transmisión y difusión de la información no 100% efectivos y la información no llega por igual a todos los empleados, por lo tanto, se recomienda emplear canales como reuniones trimestrales por área de trabajo donde se informen sobre todas las novedades ocurridas en la institución.

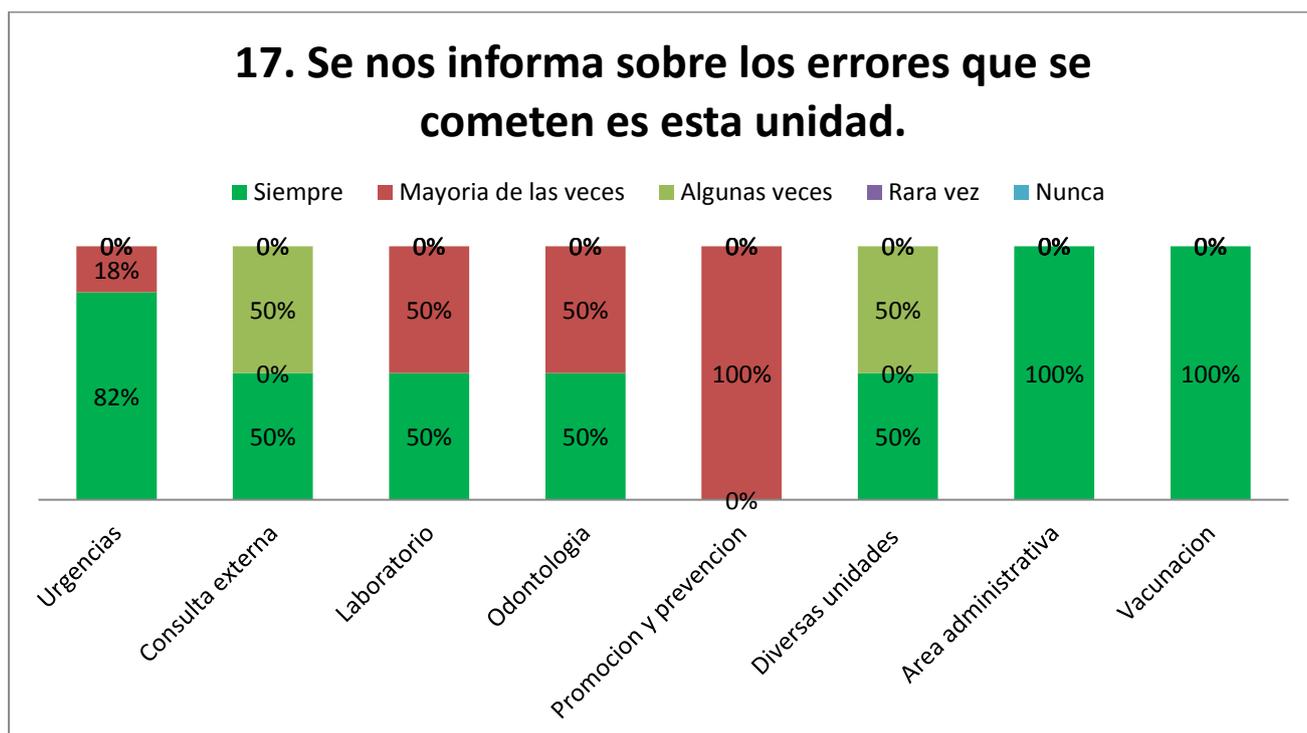
Gráfico 16. ¿El personal habla libremente si ve que algo que podría afectar negativamente el cuidado del paciente?



Fuente: Elaboración propia, datos obtenidos a partir de encuesta de seguridad del paciente a empleados del hospital ESE Norte 2, Punto de atención Guachené.

Como se puede observar en el gráfico 16, el 45% del personal de urgencias, así como el 50% del personal de consulta externa, el 50% de unidades diversas y el 100% de vacunación consideran que nunca pueden hablar libremente si ven que algo puede afectar negativamente la salud del paciente, por su parte, contrario a esta opinión, el 27% de urgencias, el 25% de consulta externa, el 100% de odontología, el 100% del área administrativa y el 50% de laboratorio indican que siempre pueden hablar de forma libre si ven que algo podría afectar negativamente al paciente. Esto lo que demuestra es la poca participación de algunos empleados, quizás por motivos personales o quizás temor a expresar algo que no pueda sonar correcto y considere que le puede repercutir negativamente, esto podría ser el caso de aquellos empleados que lleven menor tiempo laborando en la institución.

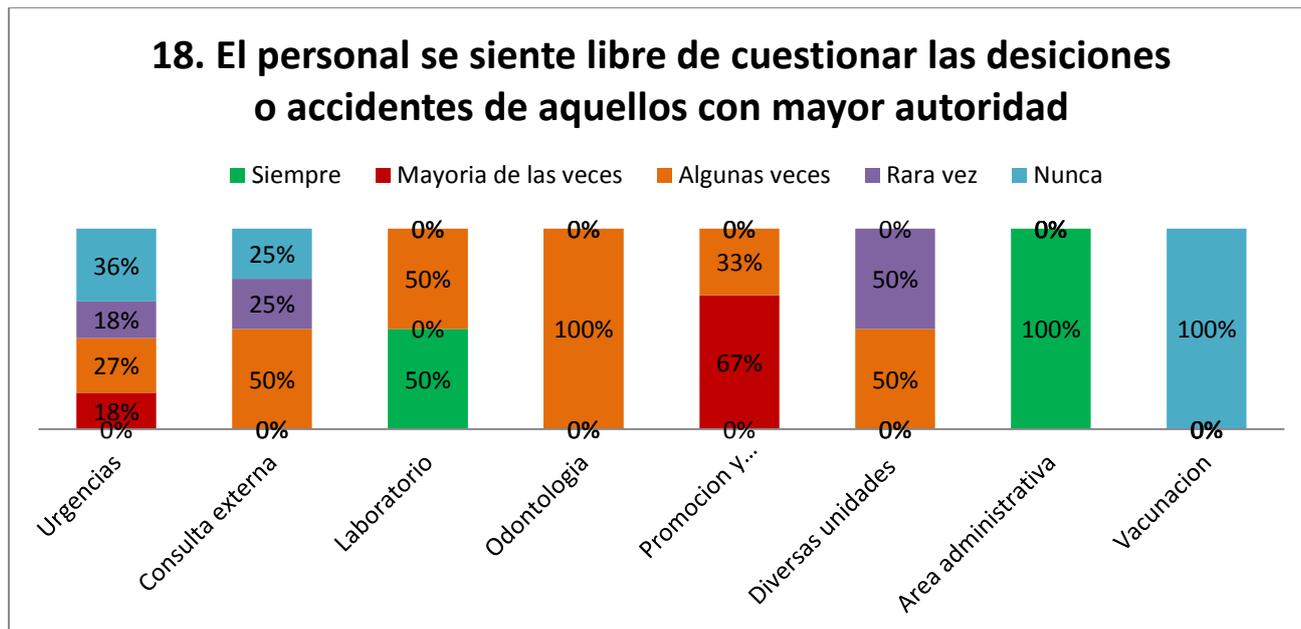
Gráfico 17. ¿Se nos informa sobre los errores que se cometen es esta unidad?



Fuente: Elaboración propia, datos obtenidos a partir de encuesta de seguridad del paciente a empleados del hospital ESE Norte 2, Punto de atención Guachené.

Esta es una de las preguntas más importantes de la encuesta, dado que para poder construir una cultura de seguridad del paciente es completamente necesario conocer los errores que se cometen en cada unidad para emplear mecanismos para identificarlos, medirlos y por último eliminarlos. Como se puede apreciar en el gráfico 16, los empleados de todas las áreas en su mayoría están de acuerdo con que siempre o la mayoría de las veces se comunican estos errores, lo cual se identifica como un aspecto positivo para velar por la seguridad de los pacientes que se atienden en este punto de atención.

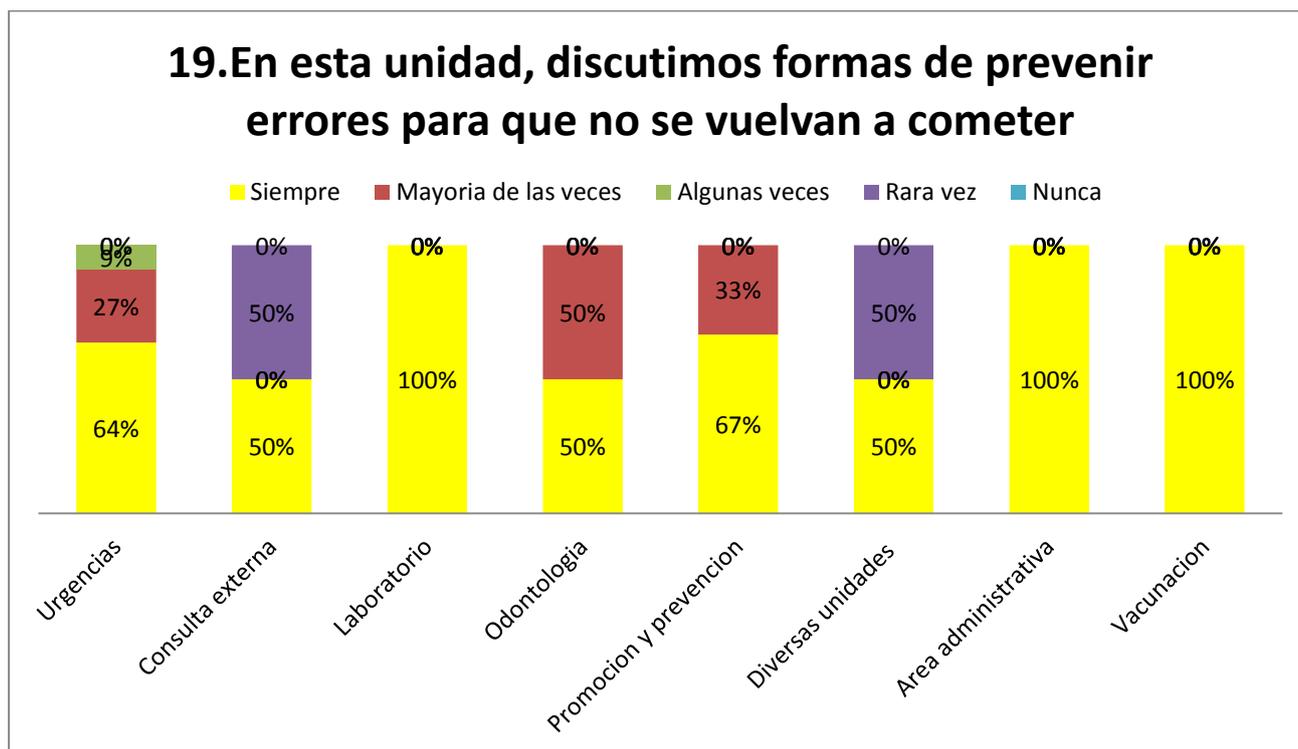
Gráfico 18. ¿El personal se siente libre de cuestionar las decisiones o accidentes de aquellos con mayor autoridad?



Fuente: Elaboración propia, datos obtenidos a partir de encuesta de seguridad del paciente a empleados del hospital ESE Norte 2, Punto de atención Guachené.

En este caso la respuesta no es tan positiva como se puede observar el gráfico 18, puesto que los resultados muestran que la mayoría del personal siente que algunas veces o rara vez se sienten libres de cuestionar las decisiones o accidentes de aquellos que tienen mayor autoridad en sus áreas de trabajo. Aquí hay que tener en cuenta que la seguridad del paciente no solo está a cargo de aquellos que siguen las ordenes de los jefes, sino que es un compromiso y deber de cada trabajador velar por la seguridad del paciente, y así como el jefe llama la atención a alguno de los empleados cuando comete algún error, los jefes también deben estar abiertos a recibir retroalimentación por parte de sus homónimos, aunque estos estén bajo su mando, esto hace parte de construir una comunicación asertiva que beneficiara principalmente a los pacientes.

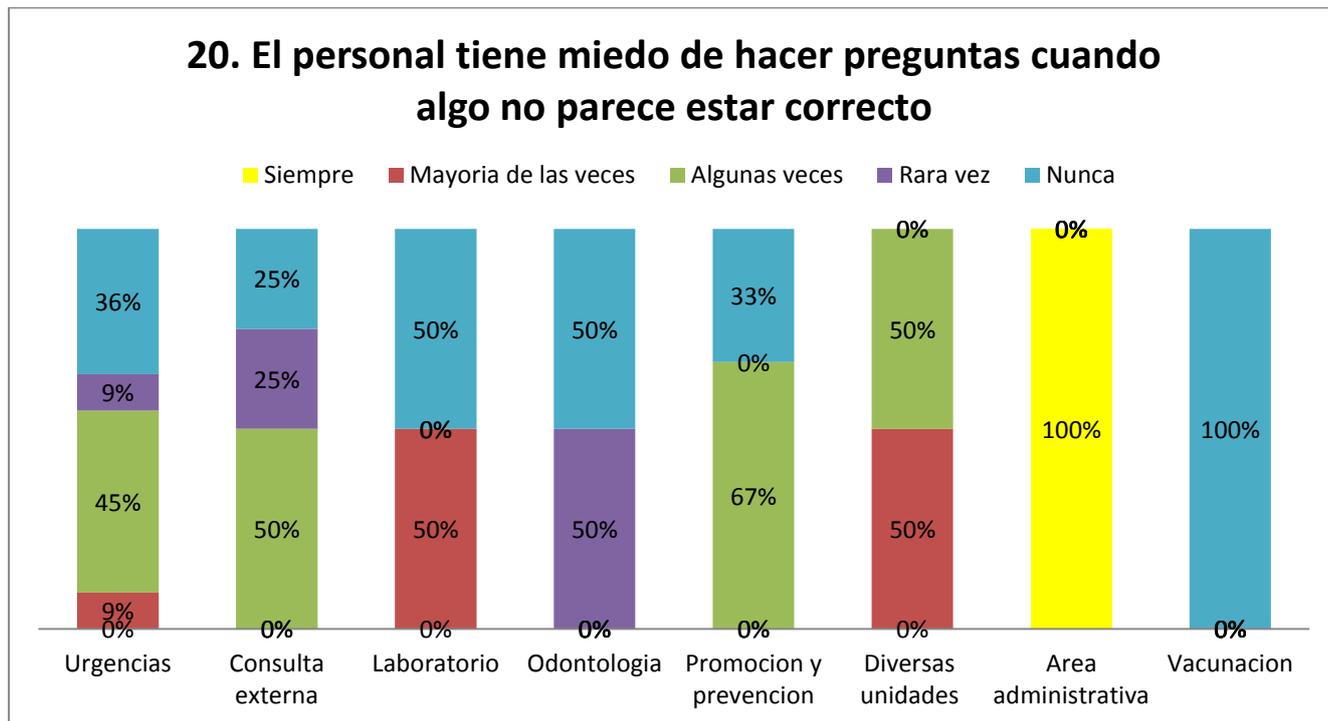
Gráfico 19. ¿En esta unidad, discutimos formas de prevenir errores para que no se vuelvan a cometer?



Fuente: Elaboración propia, datos obtenidos a partir de encuesta de seguridad del paciente a empleados del hospital ESE Norte 2, Punto de atención Guachené.

Como era de esperarse, la mayoría de los empleados de cada una de las áreas se encuentra de acuerdo con que siempre o la mayoría de las veces se discuten formas de prevenir errores para que no se vuelvan a cometer. Sin embargo, se observa que el 50% del personal de consulta externa y el 50% del personal de diversas unidades manifiestan que rara vez se hacen estas discusiones, de nuevo se reitera que esto quizás se deba al mecanismo como se hace transmite la información, quizás estas personas que dicen que rara vez se discuten formas de prevenir errores, son personas que no se dan cuenta de las reuniones donde se hacen o simplemente son personas que aunque se dan cuenta de la información, rara vez participan, de modo que, un mecanismo que la gerencia o los jefes de área pueden utilizar para mejorar este indicador es hacer que la participación sea obligatoria.

Gráfico 20. ¿El personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo no parece estar correcto?

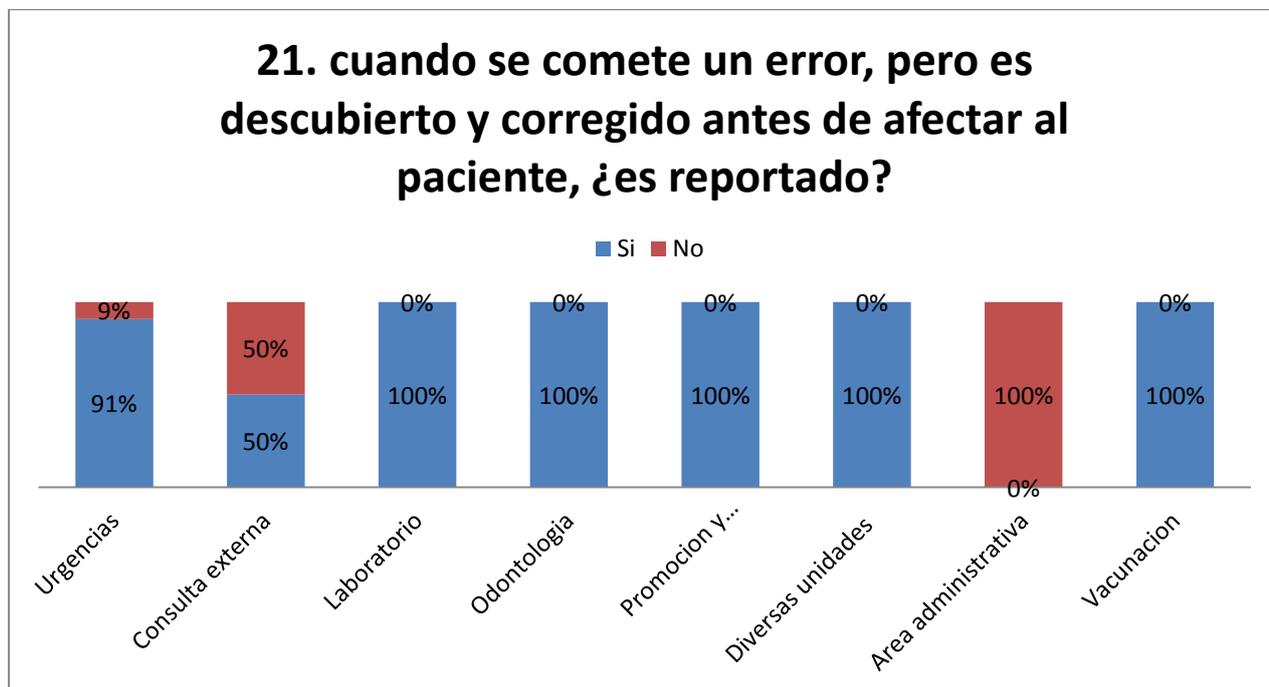


Fuente: Elaboración propia, datos obtenidos a partir de encuesta de seguridad del paciente a empleados del hospital ESE Norte 2, Punto de atención Guachené.

En el gráfico 20 se puede observar que hay empleados que manifiestan que la mayoría de veces o algunas veces han sentido miedo de hacer preguntas cuando algo no parece correcto, como ya se ha mencionado anteriormente a lo largo de este análisis de resultados, lo que se identifica es la necesidad de afianzar las habilidades comunicativas y participativas en algunas áreas, principalmente en urgencias, consulta externa y diversas unidades.

Sección D: Frecuencia de eventos reportados

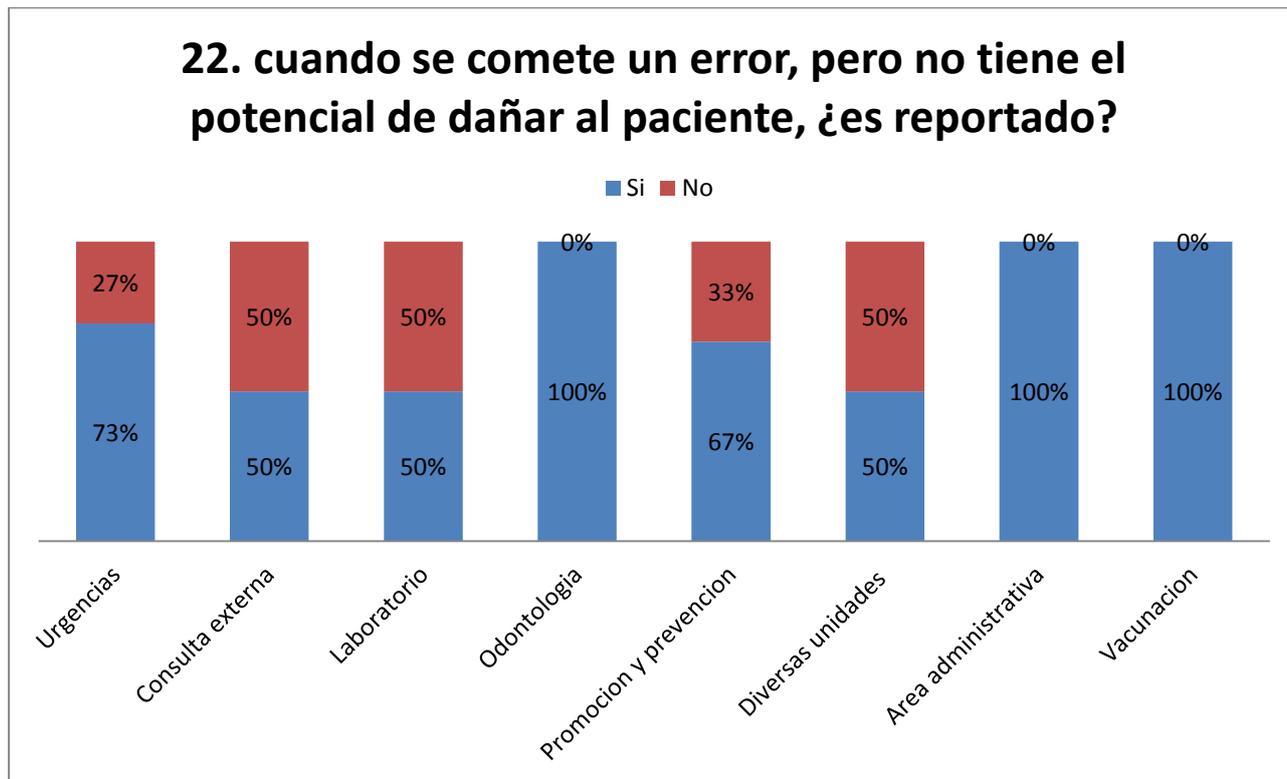
Gráfico 21. ¿Cuándo se comete un error pero no tiene la capacidad de dañar al paciente, que tan frecuente es reportado?



Fuente: Elaboración propia, datos obtenidos a partir de encuesta de seguridad del paciente a empleados del hospital ESE Norte 2, Punto de atención Guachené.

En los resultados obtenidos del gráfico 21, lo que llama la atención es que en consulta externa el 50% del personal manifieste que no se reportan los errores referentes a la seguridad del paciente, al igual que en el área administrativa, esto es un error grave que debe corregirse en ambas áreas, ya que todos los errores así sean leves y no comprometan la integridad de los pacientes deben reportarse para poder reconocerlos y emprender acciones de mejora.

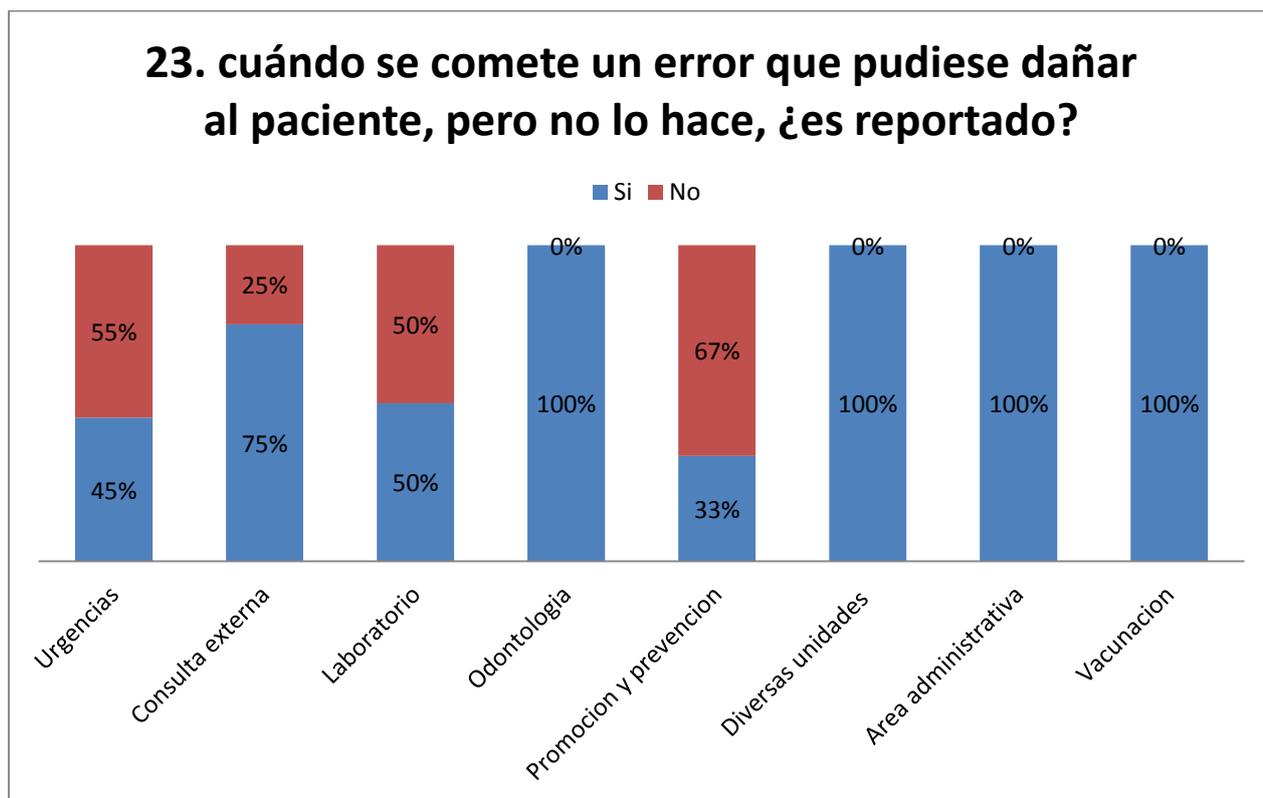
Gráfico 22. Cuando se comete un error, pero no tiene el potencial de dañar al paciente, ¿es reportado?



Fuente: Elaboración propia, datos obtenidos a partir de encuesta de seguridad del paciente a empleados del hospital ESE Norte 2, Punto de atención Guachené.

Los resultados confirman la hipótesis planteada basada en los resultados del gráfico 21, que aquellos errores que no tienen el potencial de dañar al paciente no se reportan, y en esta tabla se puede ver qué sucede en todas las áreas a excepción de vacunación y odontología. Por otro lado, se observa una incongruencia en la respuesta del área administrativa con la que dio en la respuesta anterior, de nuevo se reitera, que es de vital importancia que todos los errores sean reportados a tiempo, así estos no comprometan la seguridad del paciente.

Gráfico 23. ¿Cuándo se comete un error que pudiese dañar al paciente pero no lo hace es reportado?

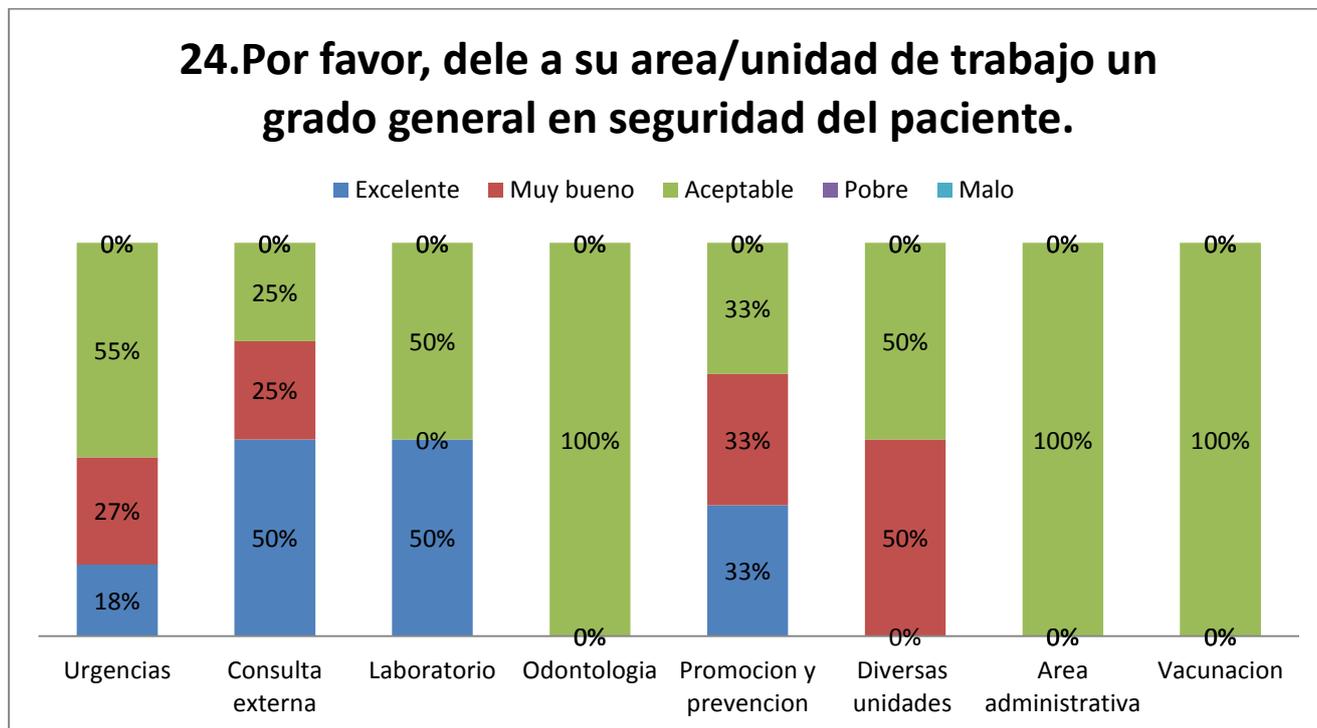


Fuente: Elaboración propia, datos obtenidos a partir de encuesta de seguridad del paciente a empleados del hospital ESE Norte 2, Punto de atención Guachené.

Los resultados del gráfico 23, demuestran que hay una gran falencia en el reporte de errores, esto es un error crítico que debería considerarse como falta grave cada que no se reporte un error así este comprometa o no la seguridad del paciente, pues si se quiere mejorar es indispensable reconocer todos los factores de riesgo que son evitables por insignificantes que parezcan, por lo tanto una de las principales recomendaciones que se le hace a la institución es reportar todo error que pueda generar el riesgo de ocurrencia de un evento adverso.

Sección E: Grado de seguridad del paciente

Gráfico 24. Por favor, dele a su área/unidad de trabajo un grado general en seguridad del paciente.

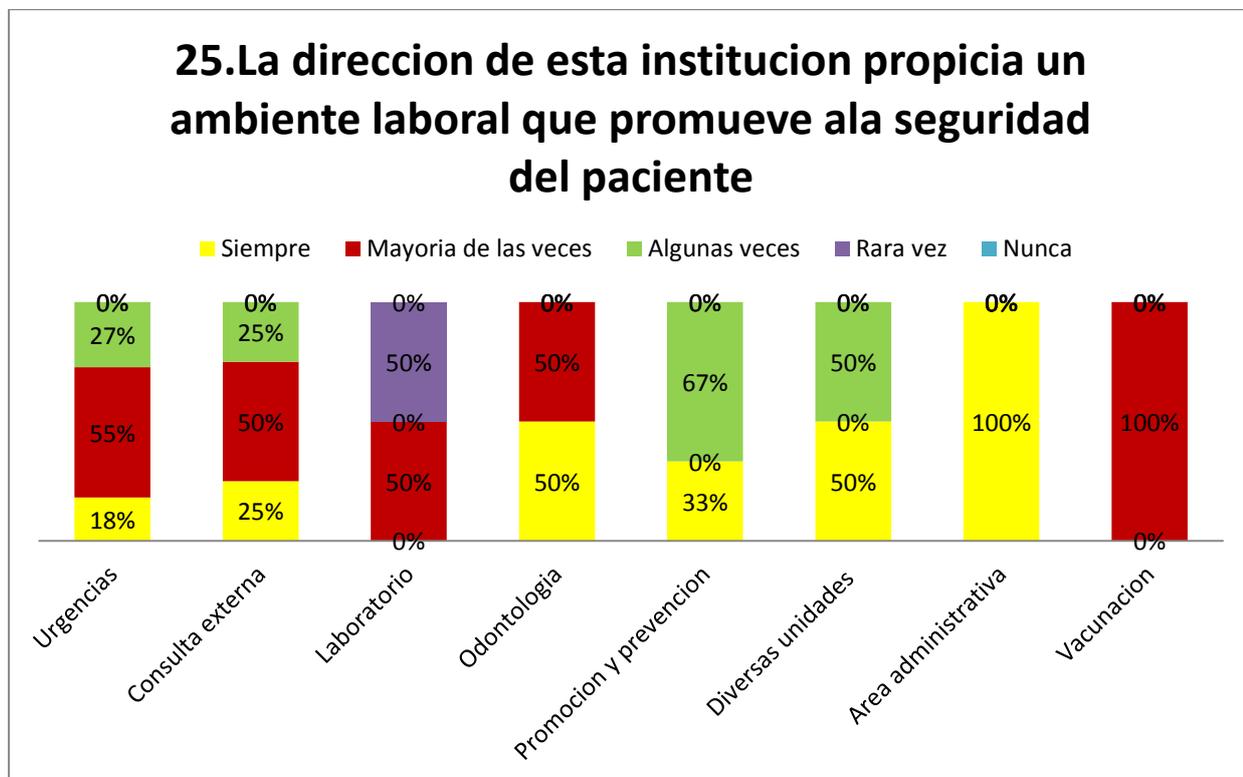


Fuente: Elaboración propia, datos obtenidos a partir de encuesta de seguridad del paciente a empleados del hospital ESE Norte 2, Punto de atención Guachené.

De acuerdo con el gráfico 24, la percepción sobre el grado de seguridad del paciente varía dependiendo del área, se puede observar que en el área de urgencias la mayoría del personal (55%) considera que es aceptable al igual que el 100% de odontología, área administrativa y vacunación. Por su parte, el 25% de consulta externa y el 50% de laboratorio tienen la misma opinión. Esta respuesta era esperada, basados en los resultados que ha arrojado la encuesta y que han sido analizados en este trabajo, pues, se han evidenciado falencias como la falta de participación en algunas áreas de trabajo, la falta de comunicación o de canales de difusión equitativa de la información, falencias en el reporte de eventos que pudiesen dañar o no la integridad del paciente. Por lo tanto, uno de los principales resultados que se encuentra en esta investigación es que los empleados perciben que si hace falta implementar o reforzar la cultura de seguridad del paciente en la institución.

Sección F: Su institución

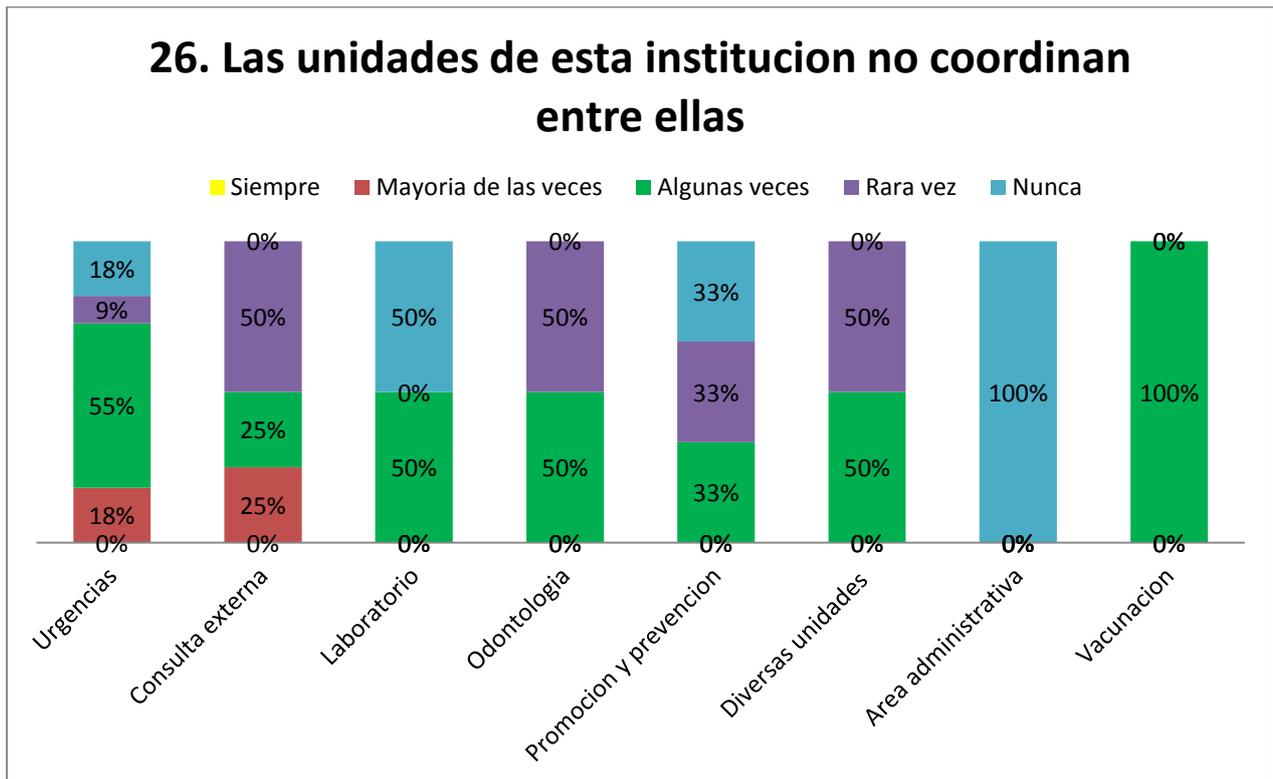
Gráfico 25. ¿La dirección de esta institución propicia un ambiente laboral que promueve a la seguridad del paciente?



Fuente: Elaboración propia, datos obtenidos a partir de encuesta de seguridad del paciente a empleados del hospital ESE Norte 2, Punto de atención Guachené.

Como se puede ver en el gráfico 25 la mayoría del personal responde afirmativamente a que la gerencia si propicia un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente, la única excepción se presenta con el 50% de laboratorio quienes manifiestan que esto se hace rara vez. Es vital que la seguridad del paciente sea promovida desde la gerencia, ya que esa estancia como máximo órgano interno de la institución debe velar porque la seguridad del paciente este dentro de los objetivos estratégicos, esto no solamente ayudará a la institución en sus procesos de acreditación y habilitación, sino que mejorará notoriamente la atención a los usuarios.

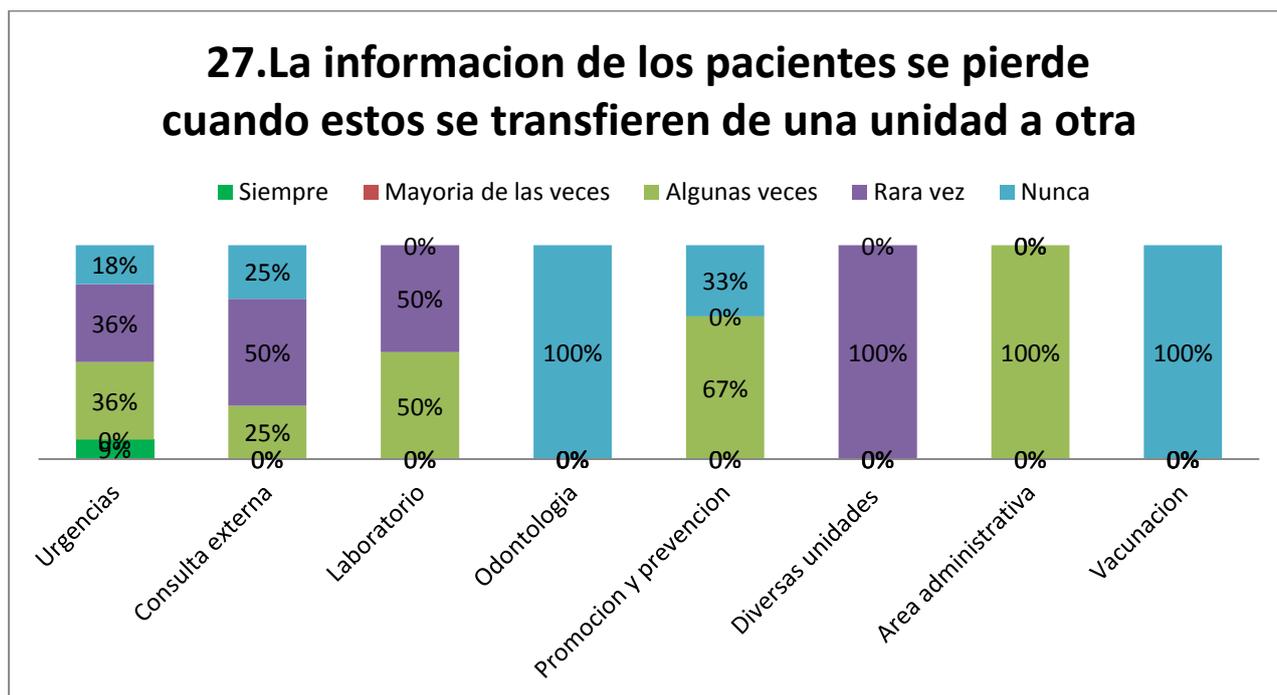
Gráfico 27. Las unidades de esta institución no coordinan entre ellas



Fuente: Elaboración propia, datos obtenidos a partir de encuesta de seguridad del paciente a empleados del hospital ESE Norte 2, Punto de atención Guachené.

Lo registrado en el gráfico 26 muestra que los empleados perciben que no hay buena coordinación entre áreas, esto es grave para la seguridad del paciente, pues como quedó evidenciado en el marco teórico, la no coordinación entre áreas y entre el personal es una de las principales causantes de eventos adversos, son errores que se pueden prevenir si hay procesos coordinados y buena comunicación entre los distintos profesionales. La falta de coordinación puede inducir a errores graves como someter a un paciente a un proceso equivocado.

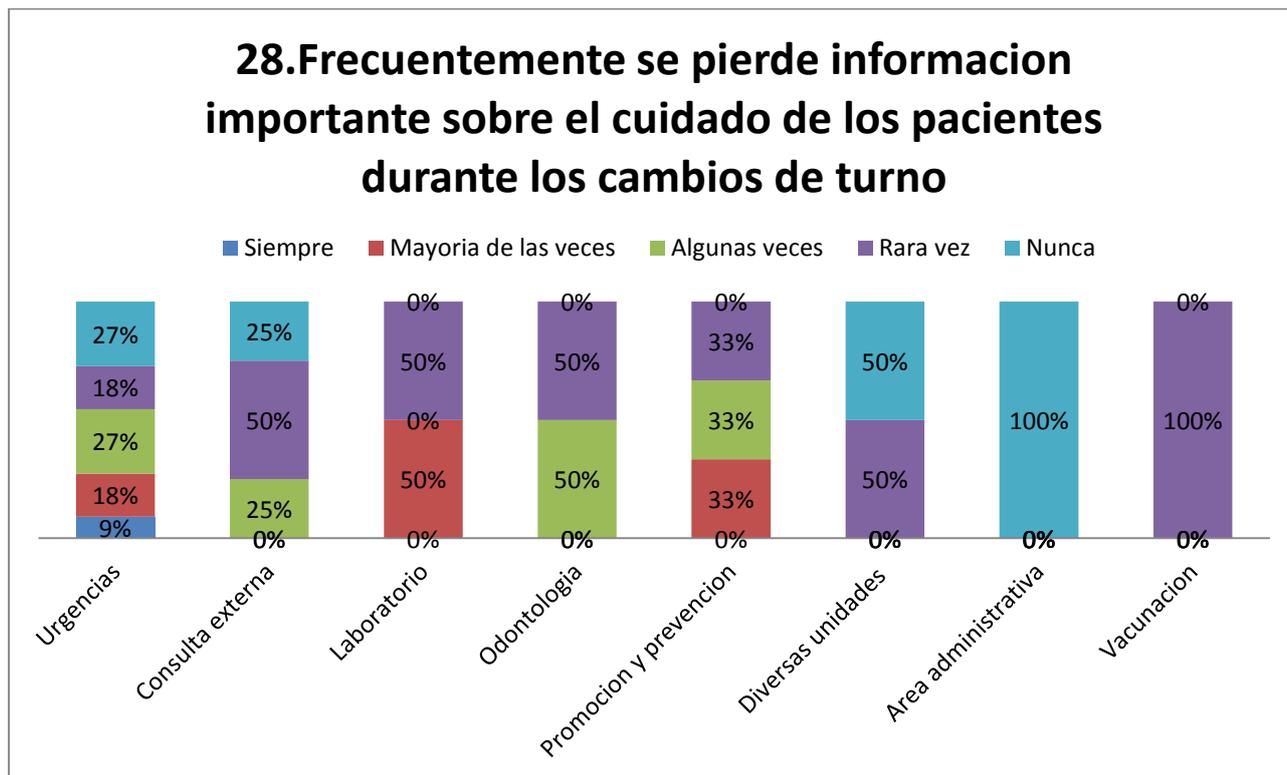
Gráfico 27. La información de los pacientes se pierde cuando estos se transfieren de una unidad a otra.



Fuente: Elaboración propia, datos obtenidos a partir de encuesta de seguridad del paciente a empleados del hospital ESE Norte 2, Punto de atención Guachené.

En el gráfico 27, se puede ver otro error grave, nunca debería pasar que la información de los pacientes se pierda cuando estos son transferidos de un área a otra, esto es nocivo para la seguridad del paciente y altamente peligroso, sobre todo en áreas como urgencias, consulta externa y laboratorio, la pérdida de la información podría afectar gravemente la integridad del paciente y causar en el consecuencias fatales como la muerte. Por lo tanto, una de las principales recomendaciones es velar porque la información de los pacientes siempre este disponible para la parte asistencial, que se comunique de inmediato cuando la historia clínica de algún paciente se pierda con el médico que lo trató.

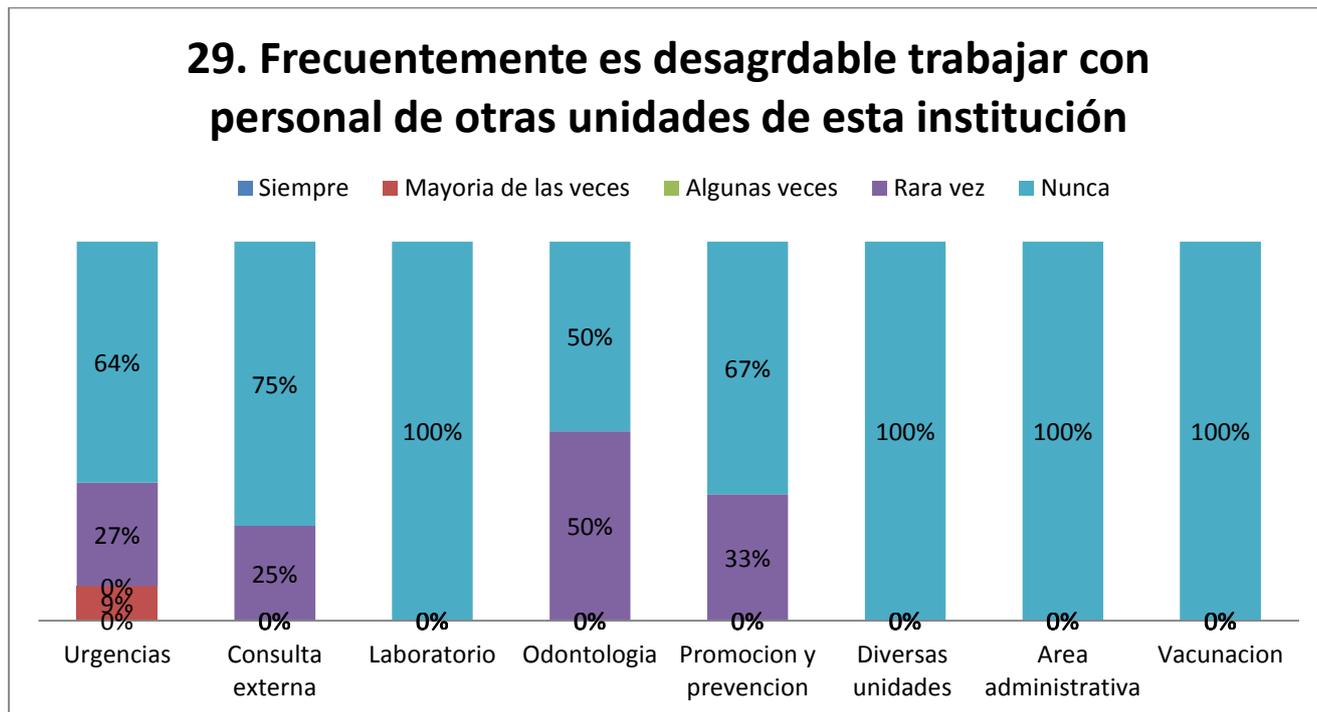
Gráfico 28. Frecuentemente se pierde información importante sobre el cuidado de los pacientes durante los cambios de turno



Fuente: Elaboración propia, datos obtenidos a partir de encuesta de seguridad del paciente a empleados del hospital ESE Norte 2, Punto de atención Guachené.

En el gráfico 28, queda palpado otro error grave, la pérdida de información cuando los médicos o el personal asistencial en general cambia de turno, se reitera que esto es algo que nunca debería pasar y tanto la gerencia, como todo el personal asistencial deben de tomar medidas inmediatas para corregir este error antes de que ocurran consecuencias más serias.

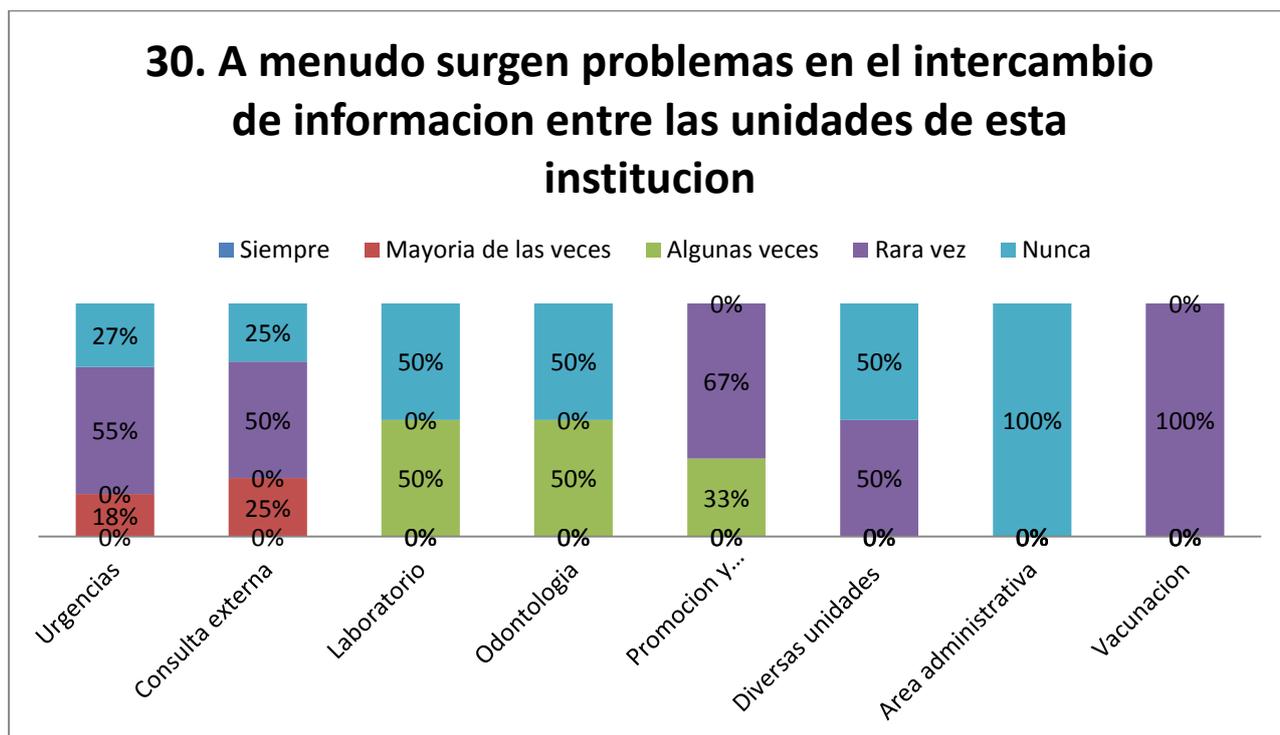
Gráfico 29. Frecuentemente es desagradable trabajar con personal de otras unidades en esta institución



Fuente: Elaboración propia, datos obtenidos a partir de encuesta de seguridad del paciente a empleados del hospital ESE Norte 2, Punto de atención Guachené.

El gráfico 29, muestra una respuesta positiva cuando se les preguntó a los encuestados si es desagradable trabajar con personal de otras áreas, en este caso se reconoce la importancia de que esto se mantenga porque se afianza el trabajo en equipo y se logra mejorar la coordinación entre áreas, además, puede ayudar a solucionar el problema de pérdida de información cuando los pacientes pasan de un área a otra.

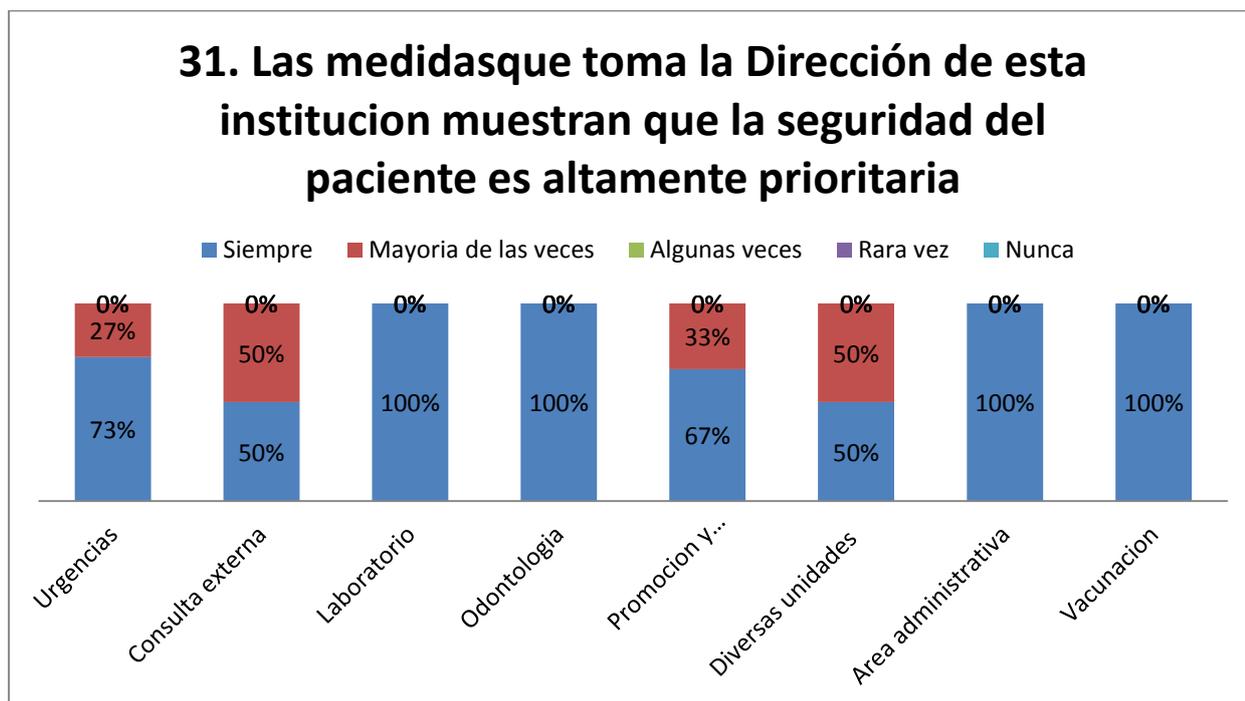
Gráfico 30. A menudo surgen problemas en el intercambio de información entre las unidades de esta institución



Fuente: Elaboración propia, datos obtenidos a partir de encuesta de seguridad del paciente a empleados del hospital ESE Norte 2, Punto de atención Guachené.

En el gráfico 30 queda claro que en el hospital ESE Norte2, punto de atención Guachené uno de los problema más críticos es la pérdida de la información ya sea ocasionada por cambios de turno, remisión a otras áreas o cualquier tipo de intercambio de información, como se puede ver, hay unidades como urgencias en las que el personal manifiesta que algunas veces esto sucede, es un error que como se dijo anteriormente no debería suceder nunca en ninguna de las áreas y se recomienda tanto a la gerencia como a todo el personal asistencial trabajar por mejorar este problema.

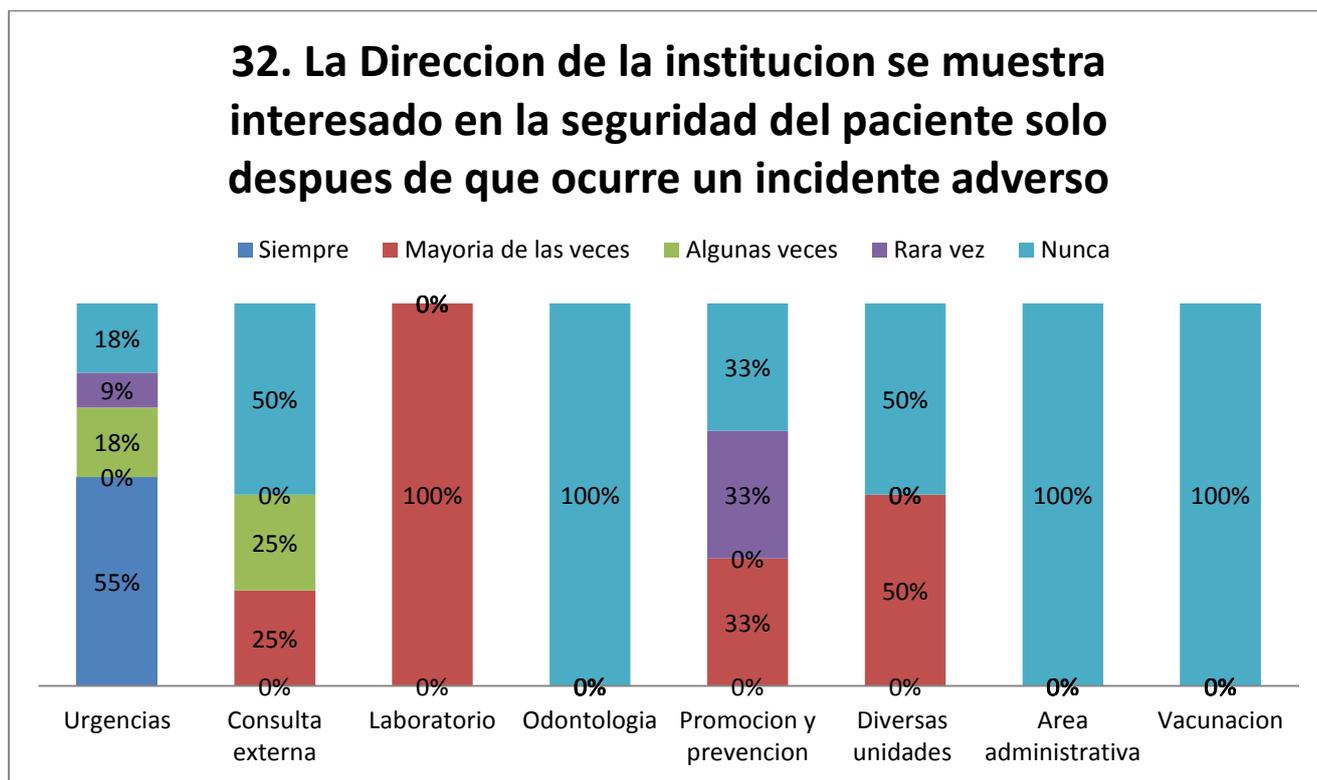
Tabla 31 .Las medidas que toma la Dirección de esta institución muestran que la seguridad del paciente es altamente prioritaria.



Fuente: Elaboración propia, datos obtenidos a partir de encuesta de seguridad del paciente a empleados del hospital ESE Norte 2, Punto de atención Guachené.

De acuerdo con los resultados del gráfico 30, los empleados perciben que las medidas que toma la dirección muestran que la seguridad del paciente es altamente prioritaria, sin embargo hay errores latentes que se deben mejorar, no basta con que la seguridad del paciente haga parte de los objetivos estratégicos, cuando no se cuenta con un diagnóstico claro de las principales falencias referentes al tema. En este trabajo ha quedado demostrado que se deben mejorar problemas de coordinación, de información y de apoyo mutuo, son cosas que la dirección ya debería estar evaluando y buscando las formas de como erradicar estos problemas que pueden llegar a tener consecuencias muy negativas.

Tabla 32. Las unidades de la institución se muestra interesada en la seguridad del paciente solo después de que ocurre un incidente adverso

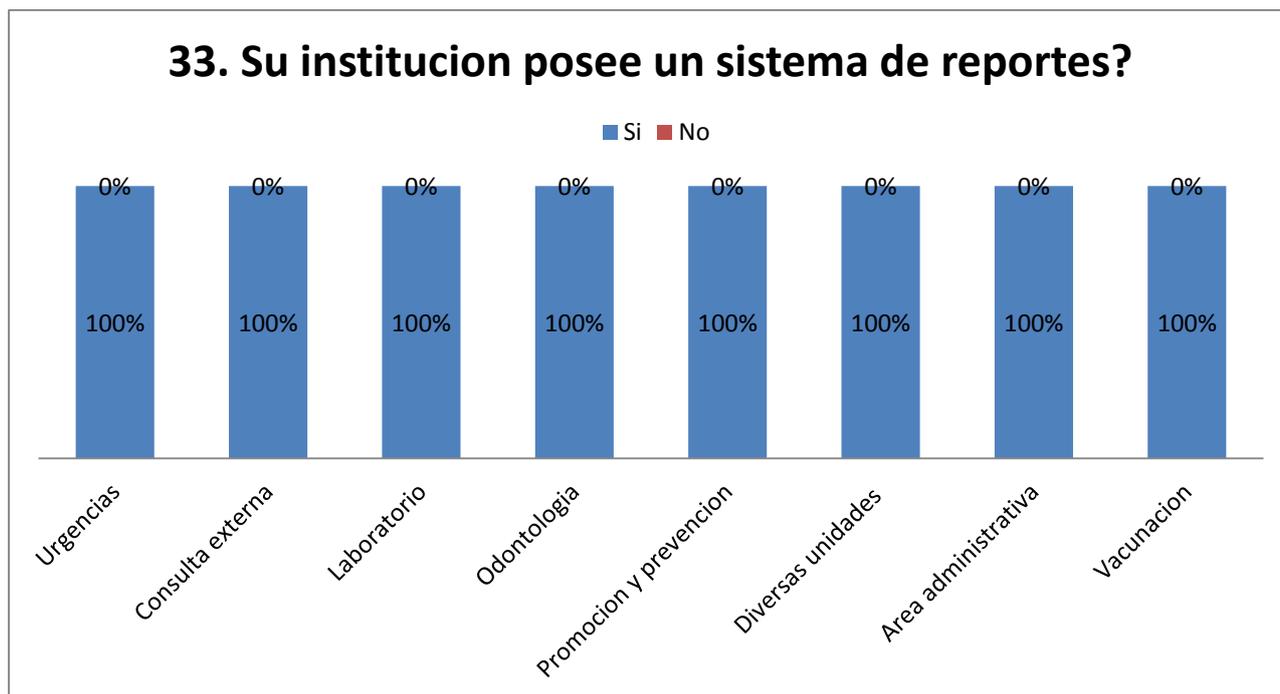


Fuente: Elaboración propia, datos obtenidos a partir de encuesta de seguridad del paciente a empleados del hospital ESE Norte 2, Punto de atención Guachené.

En el gráfico 30, se evidencia una percepción negativa frente a la institución y que es un tanto incoherente con la respuesta anterior donde manifestaron que la dirección esta altamente comprometida con la seguridad del paciente y en este caso responden todo lo contrario. Se han evidenciado falencias leves y graves, sin embargo no todo es culpa de la gerencia y la dirección, al fin de cuentas la institución funciona con todo el personal tanto asistencial como administrativo, por lo tanto si la seguridad del paciente no es lo suficientemente buena es porque alguna de las partes esta fallando y es deber de todas las unidades de trabajo velar por el mejoramiento continuo.

Sección G: Sistema de reportes e incidentes reportados

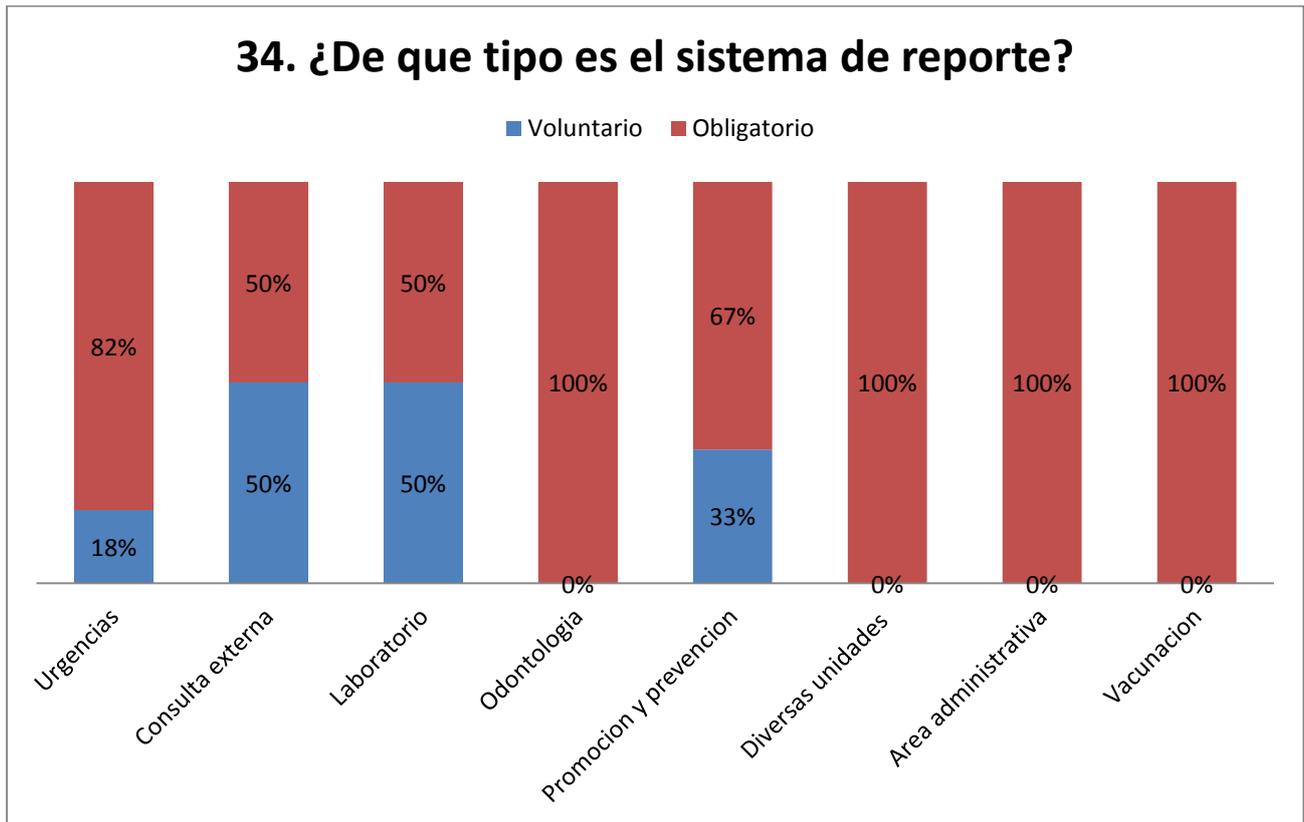
Gráfico 33. ¿Su institución posee un sistema de reportes?



Fuente: Elaboración propia, datos obtenidos a partir de encuesta de seguridad del paciente a empleados del hospital ESE Norte 2, Punto de atención Guachené.

En el gráfico 33, se puede apreciar que todos los empleados reconocen que dentro de la institución si hay un sistema de reporte de eventos adversos, es un punto positivo, pero no basta con solo tener un sistema de reportes, sino hacerlo efectivo. En preguntas anteriores quedó demostrado que no todos los errores se reportan y es algo que se debe corregir pues como ya se explicó, conocer los errores actuales ayuda a prevenir los mismos errores en el futuro y esto se verá reflejado tanto en la calidad de la atención como en la seguridad con la que los pacientes son atendidos.

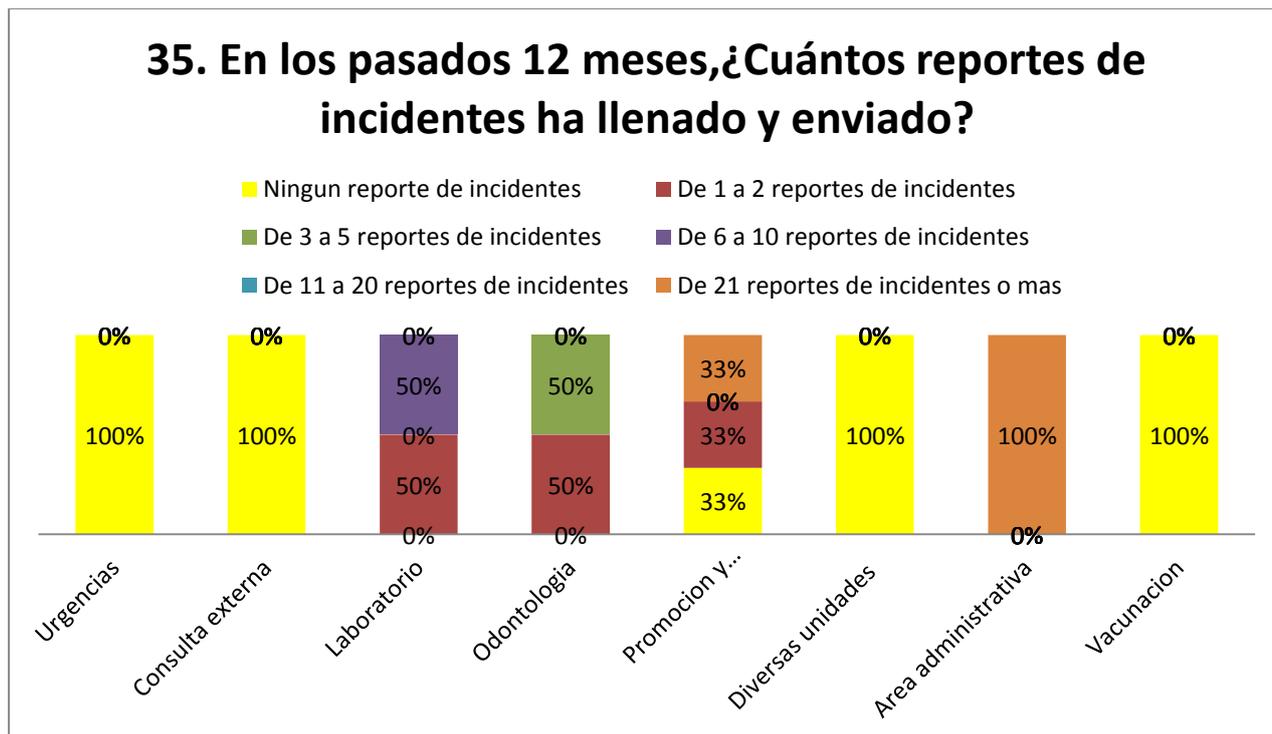
Gráfico 34. ¿De qué tipo es el sistema de reporte?



Fuente: Elaboración propia, datos obtenidos a partir de encuesta de seguridad del paciente a empleados del hospital ESE Norte 2, Punto de atención Guachené.

En el gráfico 34, se supone que la respuesta debería ser unánime en cada una de las áreas, sin embargo, se observa que en todas las áreas a excepción de vacunación, diversas unidades y el área administrativa parte del personal afirma que el sistema de reportes es voluntario y otra parte manifiesta que es obligatorio. Tal vez, esto explique por qué no siempre se hacen los reportes ya sean leves o graves, lo que se puede deducir aquí es que no se tiene claro en que situaciones se debe hacer un reporte, aunque como recomendación para mejorar el sistema de seguridad del paciente es que todos los errores y daños referentes a la integridad del paciente se reporten de forma obligatoria.

Gráfico 35. En los pasados 12 meses, ¿Cuántos reportes de incidentes ha llenado y enviado?



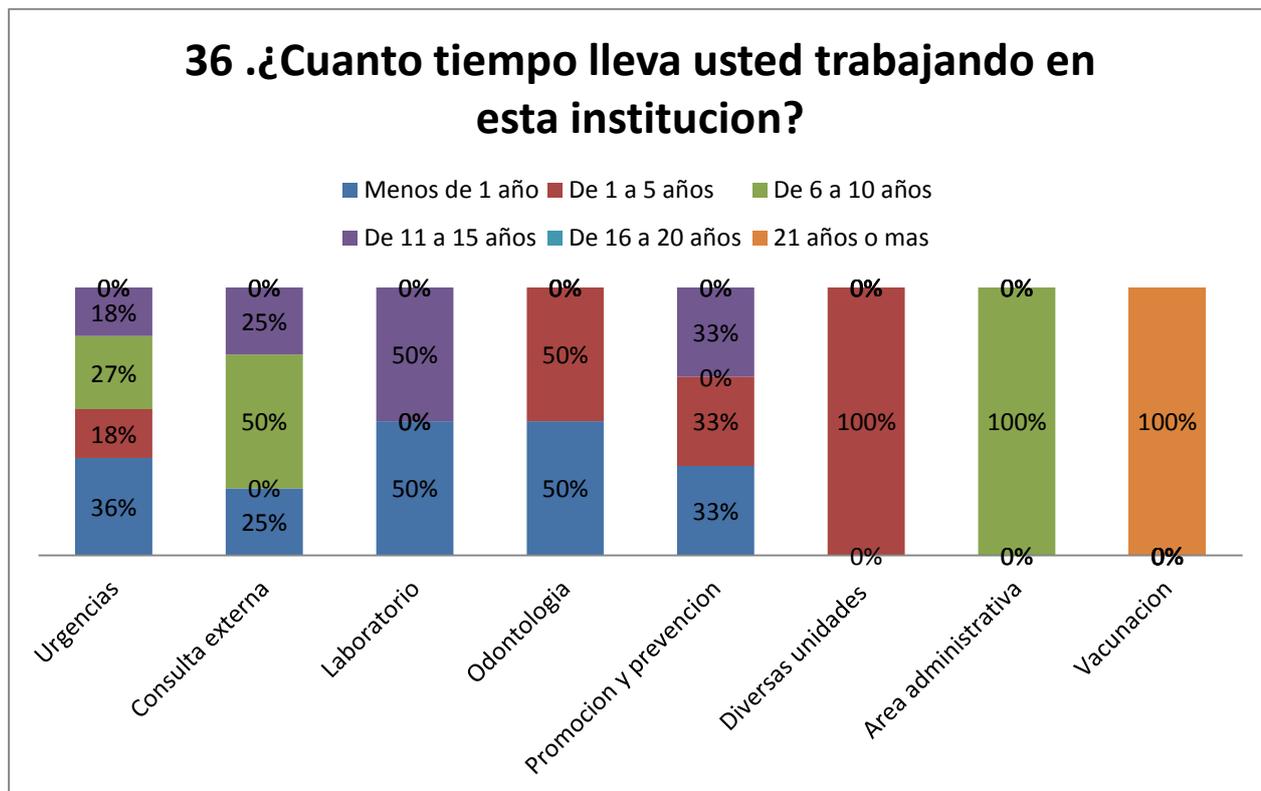
Fuente: Elaboración propia, datos obtenidos a partir de encuesta de seguridad del paciente a empleados del hospital ESE Norte 2, Punto de atención Guachené.

Según los resultados del gráfico 35, en las áreas donde hay mayor volumen de personal que son urgencias, consulta externa y unidades diversas el personal no ha participado en ningún reporte, el resto de las áreas manifiestan que han participado de uno a 5 reportes, tan solo en el área administrativa se encuentra que han participado en 21 reportes o más igual que el 33% del área de promoción y prevención.

Aquí hay que tener en cuenta que quizás en las áreas donde se manifiesta que no han participado en la elaboración de ningún reporte, es porque en primer lugar los empleados no distinguen si los reportes son obligatorios o voluntarios, lo que podría dar a pensar que hay muchas situaciones que se debieron reportar y que no se hicieron, además, en preguntas anteriores quedó demostrado que en el hospital hay problemas con la pérdida o traspaso de la información de los pacientes y es un hecho que se presentó con mayor concurrencia en las áreas de urgencias y consulta externa, por lo tanto, el hecho de que los empleados de estas áreas digan que no han participado en la elaboración de ningún reporte no implica que no sucedan errores o que existan riesgos que puedan afectar la salud de los paciente.

Sección H: Antecedentes

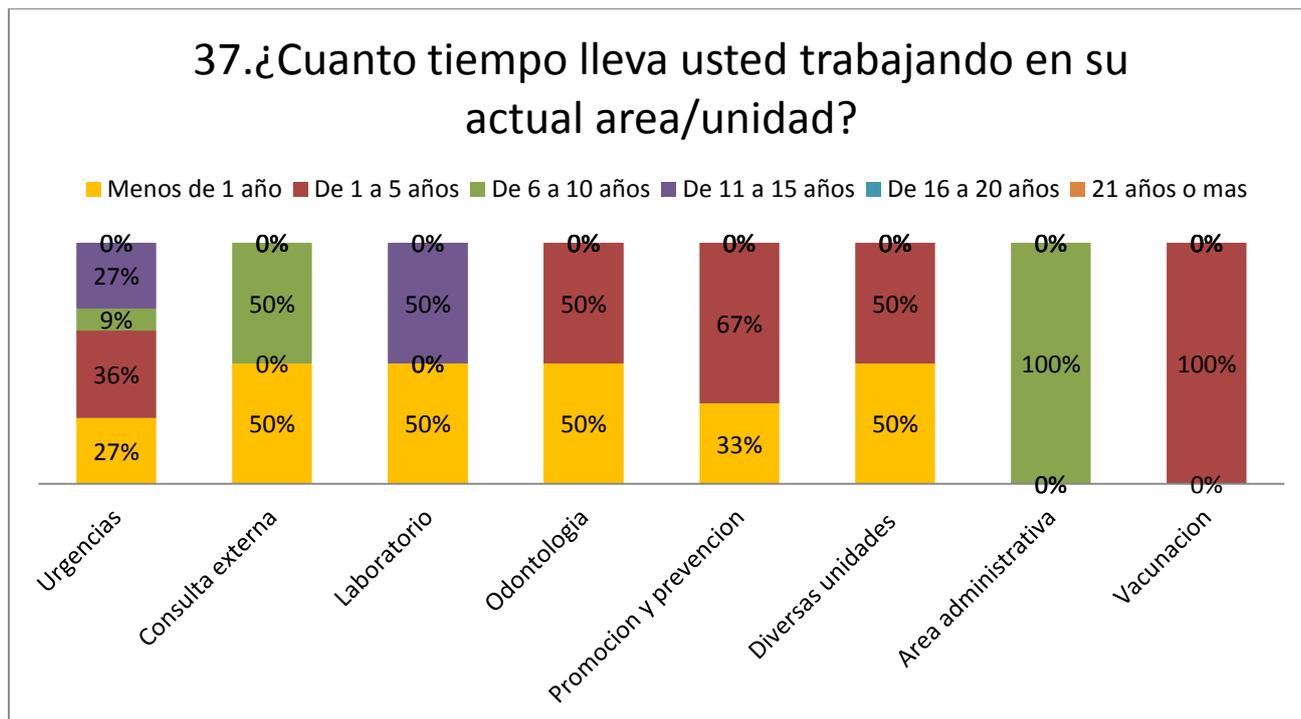
Tabla 36. ¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en esta institución?



Fuente: Elaboración propia, datos obtenidos a partir de encuesta de seguridad del paciente a empleados del hospital ESE Norte 2, Punto de atención Guachené.

Como se puede observar en el gráfico 36, gran parte del personal lleva menos de un año en la institución y otra gran parte lleva entre uno y cinco años, principalmente en las áreas de urgencias, odontología y unidades diversas, por su parte en consulta externa la mayor parte del personal lleva más de 6 años en la institución y solamente en vacunación se encuentra que hay una persona que lleva 21 años o más elaborando en la ESE Norte 2.

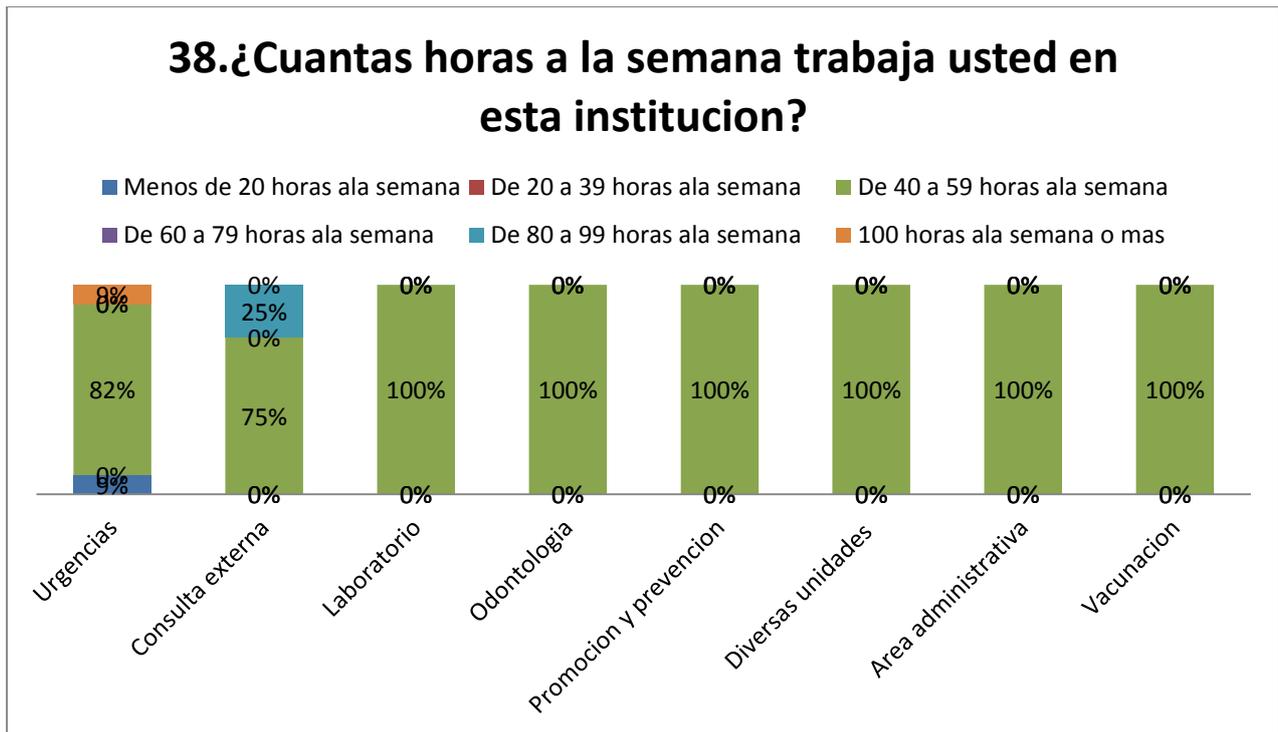
Gráfico 37. ¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en su actual área/unidad?



Fuente: Elaboración propia, datos obtenidos a partir de encuesta de seguridad del paciente a empleados del hospital ESE Norte 2, Punto de atención Guachené.

De acuerdo con los resultados del gráfico 37, se puede ver que casi todo el personal lleva o menos de un año o entre 1 y 5 años trabajando en su actual unidad, los más antiguos se encuentran en la parte urgencias y laboratorio que llevan laborando entre 11 y 15 años en esa misma unidad. Se supondría que la experiencia adquirida en cada una estas unidades dan una ventaja competitiva al personal que lleva más años en la institución frente a los que apenas llevan menos de un año, sin embargo a lo largo de esta investigación se han identificado aspectos por mejorar que son muy importantes para la seguridad del paciente y uno de ellos es la pérdida de información o el apoyo mutuo al interior de las áreas, por eso, una recomendación que se hace es que el personal que lleva más años en sus actuales unidades de trabajo pueden ejercer el papel de agentes líderes que ayuden a identificar los errores más comunes y ayudar a mejorar frente a ellos.

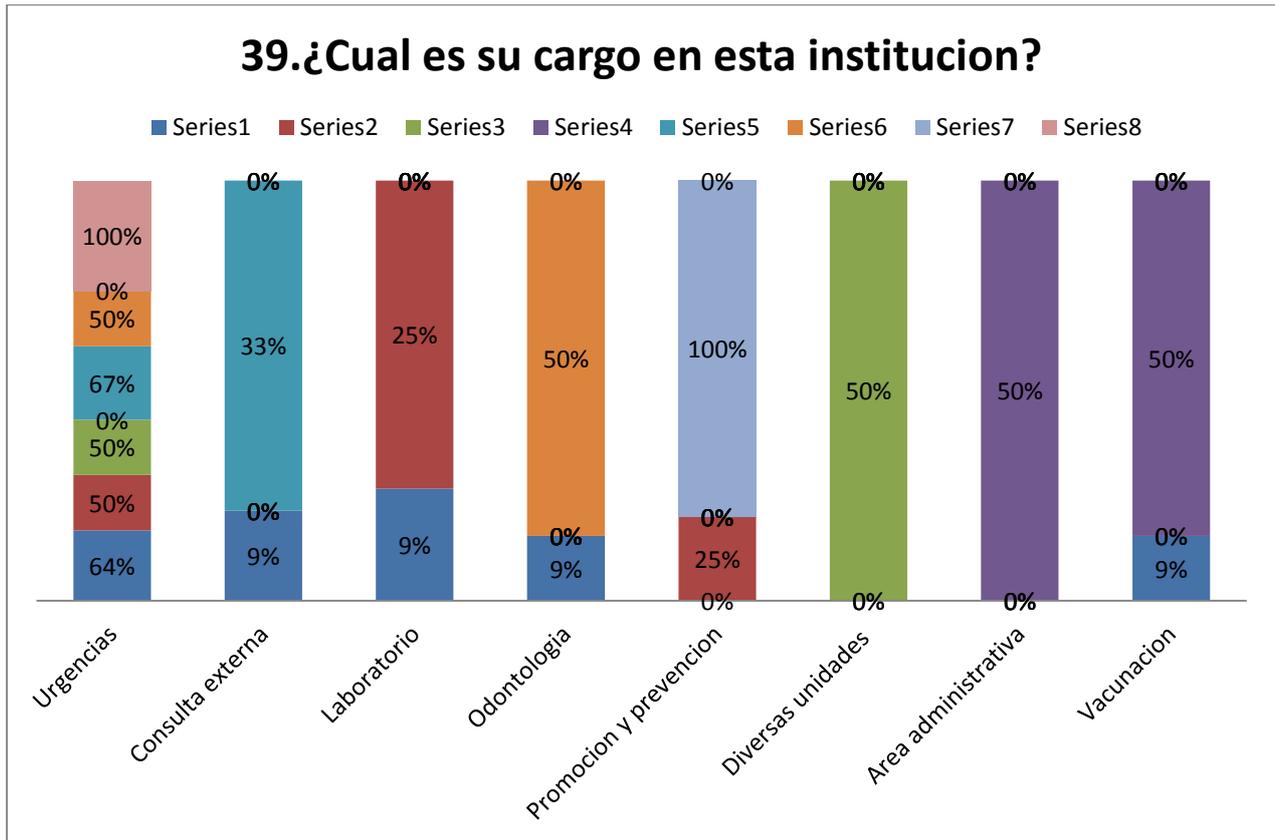
Gráfico 38. ¿Cuántas horas a la semana trabaja usted en esta institución?



Fuente: Elaboración propia, datos obtenidos a partir de encuesta de seguridad del paciente a empleados del hospital ESE Norte 2, Punto de atención Guachené.

En el gráfico 38, se puede evidenciar que el personal trabaja en un rango entre 40 a 59 horas a la semana, se puede suponer que trabajan las 48 horas que es lo reglamentario por la ley en Colombia, sin embargo, llama la atención que el 25% de consulta externa manifiesta que trabaja de 80 a 99 horas a la semana, esto parece un dato atípico pero también se puede suponer que se deba a un error en el diligenciamiento de la encuesta. Aquí se resalta la importancia de brindar a los empleados unos turnos de trabajo de no más de 50 horas a la semana, ya que con medidas como esta se reducen los niveles de estrés causados por el trabajo, el cansancio físico y mental que ayudan a prevenir la enfermedad conocida como cansancio laboral y que puede afectar gravemente tanto al profesional de la salud como a los pacientes que sean atendidos por estos.

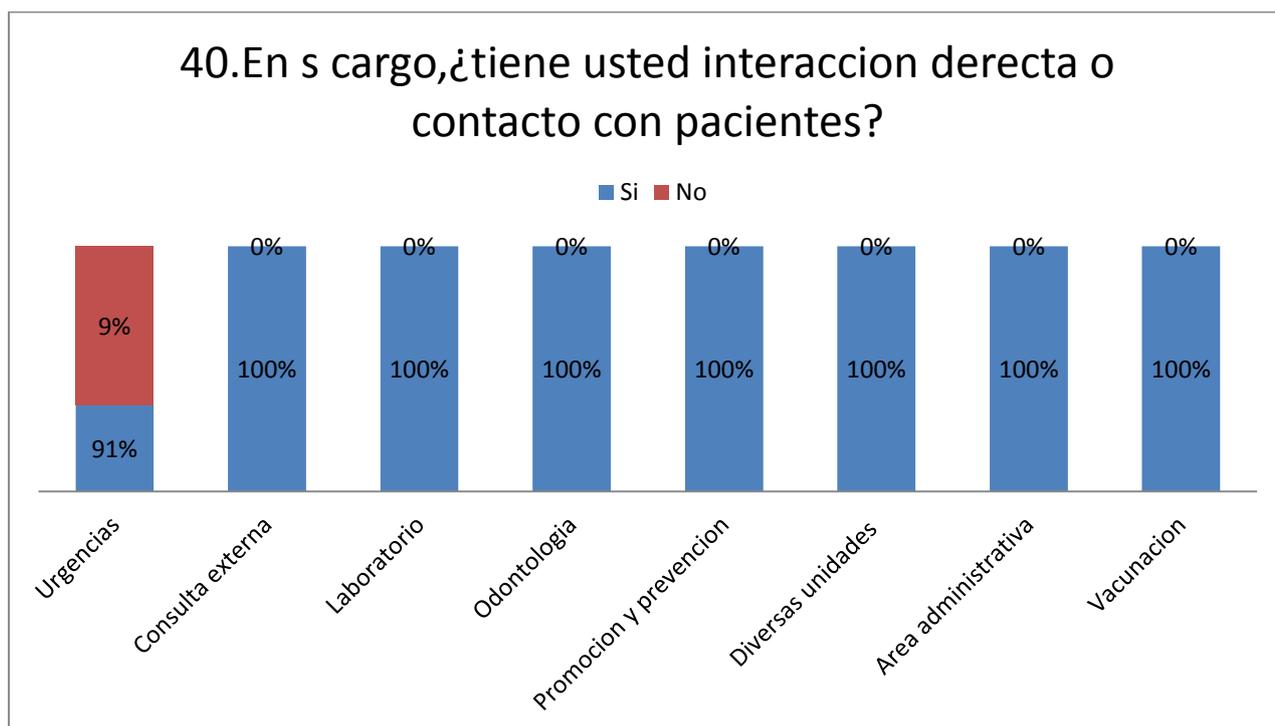
Gráfico 39. ¿Cuál es su cargo en esta institución?



Fuente: Elaboración propia, datos obtenidos a partir de encuesta de seguridad del paciente a empleados del hospital ESE Norte 2, Punto de atención Guachené.

En el gráfico 39, se puede observar que la mayor parte de los profesionales de salud que trabajan en este hospital son auxiliares de enfermería, seguido en menor medida por médicos generales, y finalmente se encuentran los odontólogos y bacteriólogos. Esto en parte se puede explicar primero por la poca oferta de profesionales de salud en el municipio, segundo, la falta de instituciones de educación superior presentes en el municipio que incremente la mano de obra profesional en el sector de la salud, tercero, por la baja complejidad que maneja el hospital, cuarto, por las condiciones sociodemográficas que hacen que quizás no se requiera más personal especializados en distintas áreas para atender las necesidades de la población.

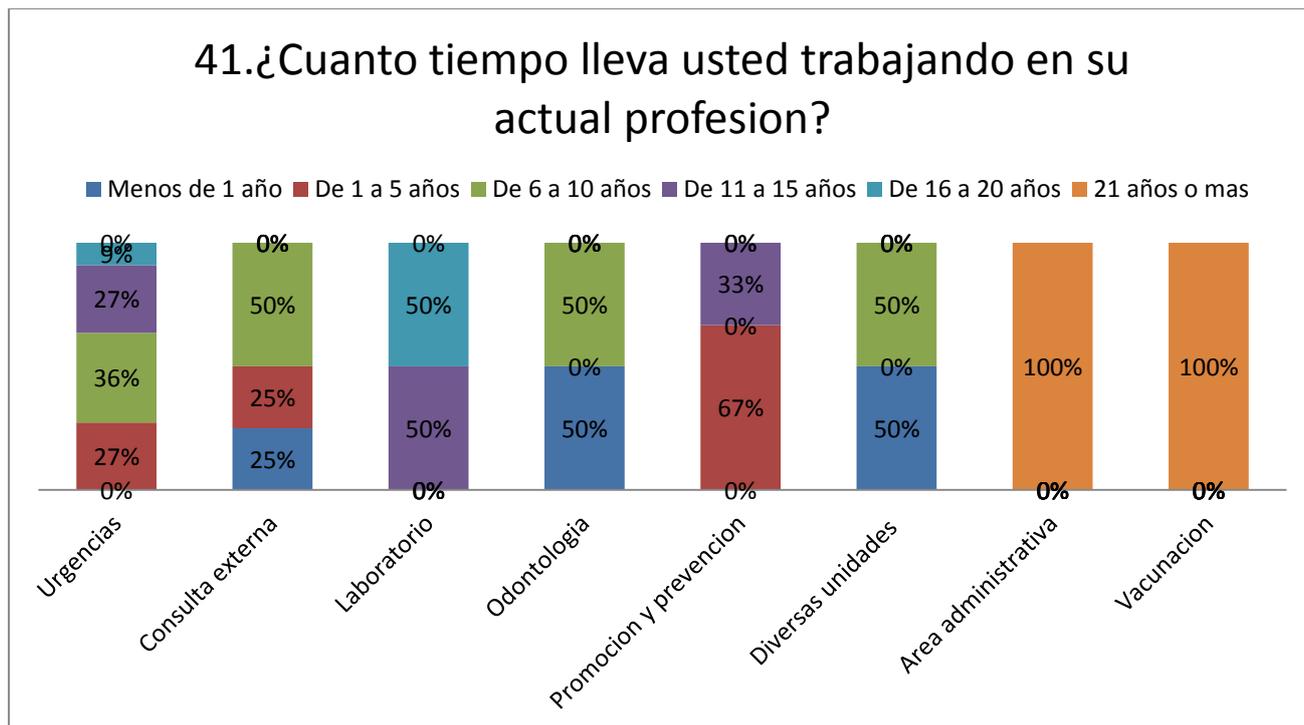
Gráfico 40. En su cargo, ¿tiene usted interacción directa o contacto con pacientes?



Fuente: Elaboración propia, datos obtenidos a partir de encuesta de seguridad del paciente a empleados del hospital ESE Norte 2, Punto de atención Guachené.

Como se puede ver en la gráfico 40, Todo el personal encuestado, a excepción de una persona de urgencias tienen contacto directo con los pacientes, con esto queda clara la necesidad de que todo el personal conozca y participe de los protocolos y programas de seguridad del paciente manejados en la institución. Cuando estos protocolos son de conocimiento común se reduce en un grado importante la probabilidad de riesgos de seguridad por errores que se pueden prevenir.

Gráfico 41. ¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en su actual profesión?



Fuente: Elaboración propia, datos obtenidos a partir de encuesta de seguridad del paciente a empleados del hospital ESE Norte 2, Punto de atención Guachené.

Lo que se puede ver en el gráfico 41 es que hay personal con distintos niveles de experiencia profesional, muy pocos tienen menos de un año y casi todos poseen entre 1 y 5 años de experiencia y en algunos casos tienen de 6 años en adelante. En la seguridad del paciente, la experiencia profesional de quienes llevan más años ejerciendo la profesión da un nivel de competencias mayores en la identificación de riesgos y errores que puedan afectar al paciente, es por esto, que de nuevo se recomienda que aquellas personas que llevan más años ejerciendo la profesión y que llevan más años en sus actuales unidades de trabajo sirvan como líderes en el proceso de implementación de la cultura de seguridad del paciente en el hospital, pues como se observó a lo largo de este trabajo hay muchas falencias por corregir.

Tabla 1. Comentarios

Tabla 1. Comentarios	
Comentario 1	Las camillas de observación de urgencias no tienen seguridad les hace falta frenos
Comentario 2	Mejorar los seguros de las camillas festivos y fines de semana debe de dejar siempre 2 auxiliares de enfermería, para la protección oportuna de los pacientes.
Comentario 3	Creo que nuestra institución debe dar más capacitación a los usuarios, porque muchos pacientes no saben diferenciar lo que es una urgencia y menos lo que es una consulta externa, creo que falta eso para brindar un mejor servicio.
Comentario 4	Debe hacer carteles especificando a la población general las áreas restringidas para el ingreso, ya que es un riesgo que la familia del paciente entre a lugares que son restringidos sin previo consentimiento de los profesionales.
Comentario 5	La unidad de seguridad de pacientes es de vital importancia para toda institución, porque es la única manera que nos vamos a dar cuenta de cómo se está trabajando, hay que incentivar la cultura del reporte para mejorar las condiciones.
Comentario 6	Deben de tener más precaución y aplicar las normas estrictas asépticas y protocolos para la seguridad al paciente y que cada vez más usen sus conocimientos para que así haya una mejor calidad de vida de la misma.
Comentario 7	Pues con la seguridad del paciente nos evitamos de muchos incidentes y protegemos la integridad y vida del paciente. Es muy importante conocer acerca de la seguridad del paciente; este tema es de gran importancia tanto para el paciente como para la institución.

Fuente: Elaboración propia, datos obtenidos a partir de encuesta de seguridad del paciente a empleados del hospital ESE Norte 2, Punto de atención Guachené.

Finalmente, en la tabla 41 se presentan los comentarios que algunos de los encuestados decidieron hacer respecto a la seguridad del paciente, donde las principales recomendaciones que sugirió el personal son: mejorar los frenos de las camillas, capacitar a los usuarios sobre las diferencias entre urgencias y urgencias que pueden ser atendidas en consulta externa para poder brindar un mejor servicio, colocar anuncios o carteles de restricción a ciertas áreas con el fin de evitar riesgos de infecciones o patologías en los familiares de los pacientes y mejorar las condiciones de asepsia y protocolos de seguridad del paciente.

10. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- La primera conclusión de este trabajo de investigación se deriva del marco teórico, se reconoció la importancia del conocimiento de los conceptos referente a la seguridad del paciente para posteriormente poder hacer un análisis de las condiciones y protocolos de seguridad que se llevan a cabo en la ESE Norte 2, punto de atención guachené. Se destaca la importancia de los estudios realizados a nivel macro como el estudio IBEAS Latinoamérica y el estudio ENEAS en España, así como cada uno de los estudios hechos por los distintos profesionales de la salud aplicados en sus instituciones (hospitales, clínicas y puestos de salud donde trabajan.) Se encontraron algunas coincidencias con trabajos expuestos en los antecedentes, las principales similitudes es que los principales problemas derivados de la seguridad del paciente están relacionados con el poco apoyo entre compañeros de las unidades de trabajo, el no reporte de eventos o errores y la pérdida de la información.
- En cuanto al objetivo general planteado en esta investigación, se identificó que si existe un protocolo de seguridad del paciente en la institución, los empleados reconocen que si se están haciendo prácticas para mejorar el cuidado de los pacientes y además se muestran a favor de que la gerencia se encuentre altamente preocupada por mejorar la seguridad del paciente. Sin embargo, también se identificó que aunque la seguridad del paciente se encuentra dentro de los objetivos estratégicos de la institución, hay falencias graves y leves que se deben mejorar para poder brindar un servicio de calidad y con todos los protocolos de seguridad que los pacientes requieren al momento de ser atendidos.
- Respecto a los objetivos específicos se encontró que los empleados perciben que no hay apoyo mutuo al interior de las unidades, sin embargo, ellos perciben que cuando hay que trabajar en equipo se hace, también manifiestan que comúnmente no es desagradable trabajar con personal de otras áreas. Por otra parte, las principales debilidades encontradas están relacionadas con el reporte de eventos, la pérdida de la información, comunicación con los jefes de trabajo, pues los empleados perciben que sienten temor de hacer comentarios cuando sus superiores hacen cosas que van en contra de la seguridad del paciente.
- Lo más positivo que se encontró es referente a que en primer lugar la gerencia y la dirección se encuentran preocupadas por mejorar la seguridad del paciente, en segundo lugar, los empleados reconocen que se están realizando acciones para mejorar la seguridad del paciente al interior de todas las áreas, también, la mayoría de los empleados de cada una de

las áreas se encuentra de acuerdo con que siempre o la mayoría de las veces se discuten formas de prevenir errores para que no se vuelvan a cometer.

Entre otros aspectos positivos se resalta que gran parte de los empleados, principalmente de las áreas de urgencias 55%, consulta externa 50%, vacunación 100% y área administrativa 100% consideran que su jefe si hace comentarios positivos cuando ve la realización de un hecho de acuerdo a los procedimientos establecidos para la seguridad del paciente, tan solo el 9% del área de urgencias manifiesta que rara vez lo hace, en general no se observa una apreciación negativa. También se debe destacar que los empleados de todas las áreas en su mayoría, están de acuerdo con que siempre o la mayoría de las veces se comunican los errores ocurridos al interior de las áreas de trabajo, lo cual se identifica como un aspecto positivo para velar por la seguridad de los pacientes que se atienden en este punto de atención.

- Contrario a lo más positivo, en los aspectos a mejorar se encontraron debilidades que pueden catalogarse como graves y ellas están relacionadas con la perdida de información y el no reporte de errores o eventos, pues a lo largo de la investigación se encontró que:
 1. en consulta externa el 50% del personal manifiesta que no se reportan los errores referentes a la seguridad del paciente, al igual que en el área administrativa, esto es un error grave que debe corregirse en ambas áreas, ya que todos los errores así sean leves y no comprometan la integridad de los pacientes deben reportarse para poder reconocerlos y emprender acciones de mejora.
 2. aquellos errores que no tienen el potencial de dañar al paciente no se reportan, y esto se evidenció principalmente en las áreas de urgencias, consulta externa y promoción y prevención.
 3. la percepción sobre el grado de seguridad del paciente varía dependiendo del área, en el área de urgencias la mayoría del personal (55%) considera que es aceptable al igual que el 100% de odontología, área administrativa y vacunación. Por su parte, el 25% de consulta externa y el 50% de laboratorio tienen la misma opinión.
 4. También se destaca que los turnos que se manejan en el hospital son justos, de acuerdo con las respuestas de los empleados, pues estos manifiestan que trabajan entre 40 y 59 horas a la semana, esto es positivo porque jornadas de trabajo justas y basadas en lo

reglamentado por la ley, ayudan a prevenir el cansancio laboral y enfermedades como el estrés físico y mental que podrían afectar gravemente la seguridad del paciente.

- Se encontró que uno de los problemas más críticos es la pérdida de la información ya sea ocasionada por cambios de turno, remisión a otras áreas o cualquier tipo de intercambio de información. Hay unidades como urgencias en las que el personal manifiesta que algunas veces esto sucede, es un error que como se dijo anteriormente no debería suceder nunca en ninguna de las áreas y se recomienda tanto a la gerencia como a todo el personal asistencial trabajar por mejorar este problema.
- Otro aspecto que merece atención es que el personal de urgencias (82%) considera que tan solo algunas veces se cuenta con suficiente personal para la realización del trabajo, también el 100% de vacunación y el 50% de consulta externa consideran que hace falta más personal para la realización del trabajo.
- Finalmente, en los comentarios realizados por algunos de los encuestados, se reconoce la necesidad por reforzar los protocolos de seguridad, por ejemplo, estar pendiente de que las camillas tengan frenos, colocar carteles para impedir el paso de usuarios a áreas restringidas, mejorar el sistema de reportes y mejorar las condiciones de asepsia dentro del centro hospitalario.

RECOMENDACIONES

- La primera recomendación que se hace a la gerencia, la dirección y el personal en general es velar porque la seguridad del paciente sea altamente prioritaria, con este estudio ya se tiene un diagnóstico de cuáles son las principales fallencias que están afectando la seguridad del paciente, de las cuales, las más graves son: la pérdida de información y el no reporte de errores. Basado en esto, se recomienda que el sistema de reportes se haga de forma obligatoria y segundo que la información de cada paciente sea consignada en su historia clínica tanto de forma escrita como virtual, se le recomienda al personal asistencial dar toda la información sobre cada paciente en los cambios de turno, en este aspecto sería importante recomendar llegar 15 o 20 minutos antes del cambio de turno para hacer el traspaso de la información de forma pausada.
- Segundo, se recomienda a los jefes estar abiertos a las sugerencias de sus subordinados, los empleados de la parte asistencial son quienes tienen mayor claridad de los problemas que están afectando a los pacientes, para ellos es más fácil identificar cuando algo está en contra

del protocolo de seguridad y deben sentirse libres de poder expresar sus opiniones, al fin de cuentas la seguridad del paciente es un asunto de todas las estancias del hospital y con ello se ayuda a mejorar los mecanismos de comunicación y participación.

- Se recomienda a la gerencia implementar sistemas de capacitación periódicos para todo el personal donde se informe sobre protocolos de seguridad del paciente y además se refuercen las características fundamentales concernientes al tema como lo son: el trabajo en equipo, la comunicación efectiva, la participación, la asepsia en los procesos y tratamientos, verificación de medicamentos y procedimientos antes de ser aplicados en el paciente, elaboración de mapas de riesgos que puedan afectar a la seguridad del paciente y la normatividad asociada a la seguridad del paciente.
- Finalmente, el personal en su mayoría considera que hace falta involucrar más personal a la sede, sería importante que la gerencia tuviera esto en cuenta dado que la no suficiencia de personal en cada turno incrementa los niveles de estrés en cada uno de los empleados de las distintas áreas, el estrés puede ser causante de cansancio laboral lo que contribuiría a cometer errores que pueden afectar parcial, leve o gravemente a los pacientes. Por lo tanto, se recomienda a la gerencia evaluar en qué turnos se necesita más personal y contratar más personal asistencial, o en su defecto diseñar una estrategia que permita distribuir el personal ya existente en la institución de modo que la demanda de pacientes corresponda a la oferta del personal asistencial.

11. REFERENCIAS

- ✓ 1. Organización Mundial de la salud. (2017). Seguridad del paciente y cultura de seguridad. *Revista médica clínica CONDES*. Pp 785-795. Disponible en:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864017301268>
- ✓ 2. Organización Mundial de la salud. (2010). IBEAS: Red pionera en la seguridad del paciente en América Latina. Pp 3. Disponible en:
http://www.who.int/patientsafety/research/ibeas_report_es.pdf

- ✓ 3. Zacarías, Jesus., David Gómez., Francisco J. Bosques. (2011). Errar es humano. Revista Medicina Universitaria. Vol. 13, PP: 69-71. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-universitaria-304-articulo-errar-es-humano-X1665579611240505>
- ✓ 4. Organización Mundial de la salud. (2008). Definición, Cultura de seguridad del paciente: disponible en: http://www.who.int/topics/patient_safety/es/
- ✓ 5. Ministerio de Salud y Protección Social. (2009). Seguridad del paciente y atención segura- Marco Teórico. Pp. 6. Bogotá, Colombia. Disponible en: <http://www.unisinucartagena.edu.co/ObservatorioS/doc/La%20Seguridad%20del%20Paciente%20y%20la%20Atencion%20Segura.pdf>
- ✓ 6. Ministerio de Salud y Protección Social. (2009). Seguridad del paciente, Guía de buenas practicas para la seguridad del paciente. Bogotá, Colombia. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia-buenas-practicas-seguridad-paciente.pdf>
- ✓ 7. Rocco, Cristian., Garrido, Alejandro. (2017). Patient safety and safety culture. Clínica las Condes, Santiago de Chile. PP. 786.
- ✓ 8. Ministerio de salud (2009). Seguridad del paciente, Guía de buenas practicas para la seguridad del paciente. Capítulo 4- Glosario de terminos. PP. 17-20 Bogotá, Colombia. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia-buenas-practicas-seguridad-paciente.pdf>
- ✓ 9. Organización Mundial de la Salud. (2008). Alianza Mundial Para la Seguridad del Paciente. PP 1-11. Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/information_centre/documents/ps_research_brochure_es.pdf
- ✓ 10. Rosa Sunol. Calidad de la atención. Disponible en: http://www.coordinadoraprofunds.org/docs/214/rosa_sunol.pdf

- ✓ 11. Organización Mundial de la salud. (2010). Estudio IBEAS Latinoamérica. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/resultados-estudio-ibeas.pdf>
- ✓ 12. Ministerio de Sanidad y Consumo de España. (2005). Estudio Nacional Sobre los Efectos Adversos Ligados a la Hospitalización ENEAS. Disponible en: https://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc_sp2.pdf
- ✓ 13. Arenas,Wendy., Garzón,Jennifer., González,Lizeht., Mateus,Erika (2010). cultura de seguridad del paciente del personal de enfermería en instituciones de iii nivel en Bogotá. Universidad Nacional de Colombia-Facultad de Enfermería. Bogotá, Colombia. disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/8606/1/535656.2010.pdf>
- ✓ 14. Etelvina del Milagro Soria. (2012). Cultura de la Seguridad del paciente en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. Universidad Nacional de Córdoba, Facultad de Ciencias Médicas. Argentina. Disponible en: http://lildbi.fcm.unc.edu.ar/lildbi/tesis/soria_etelvina_del_milagro.pdf
- ✓ 15. Arango, Paula y Montoya María, I. (2013). Evaluación de la cultura de seguridad del paciente en un hospital de Antioquia. Universidad CES- Facultad de salud. Medellín, Colombia. Disponible en: http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/2009/2/Evaluacion_Cultura_Seguridad.pdf
- ✓ 16. Reyes, Cielo. (2013). Análisis de la cultura de seguridad del paciente aplicada en la clínica las américas. Medellín (Colombia). Disponible en: http://scienti.colciencias.gov.co:8081/cvllac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0001369528
- ✓ 17. Castillo, Diana., Tello, Tulio., y Rosero Yamileth. (2014). Cultura de la seguridad del paciente del personal asistencial en una IPS de baja complejidad. Universidad Católica de Manizales. Disponible en:

<http://repositorio.ucm.edu.co:8080/jspui/bitstream/handle/10839/917/Diana%20Carolina%20Castillo%20Solis.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- ✓ 18. Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales. (2014). Análisis de la cultura de la seguridad del paciente de los profesionales de la atención primaria del sistema nacional de salud. España. Disponible en: <https://www.seguridaddelpaciente.es/es/informacion/publicaciones/2014/analisis-cultura-seguridad-atencion-primaria-sistema-nacional-de-salud/>
- ✓ 19. Turcios, Noel. (2014). percepción de la cultura de seguridad del paciente en los trabajadores del hospital militar escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños, disponible en: <http://cies.edu.ni/cedoc/digitaliza/t815/t815.htm>
- ✓ 20. Pinzón, Vicente., Puentes, Milton., y Ramirez, Ana. (2016). Medición de la cultura de seguridad del paciente en un hospital público de primer nivel en el municipio de Villeta. Disponible en: <http://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/12137/Medici%C3%B3n%20de%20la%20cultura%20de%20seguridad%20del%20paciente%20en%20un%20Hospital%20p%C3%ABlico%20de%20Primer%20Nivel%20del%20municipio%20de%20Villeta.pdf?sequence=1>
- ✓ 21. Hernández, Fernández y Baptista. (2003). Metodología de la Investigación. Capítulo 3. Disponible en: http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lad/blanco_s_nl/capitulo3.pdf
- ✓ 22. Alcaldía de Guachene. (2017). Información Básica. Disponible en: <http://guachene-cauca.gov.co/Paginas/default.aspx>
- ✓ 23. ESE Norte 2. Punto de atención Guachene. (2018). PDF Punto de atención Guachene. Disponible en: <http://esenorte2.gov.co/tag/sede-guachene/>
- ✓ 24. Ministerio de salud y Protección social. (1993). Resolución Número 8430. Disponible en:

Anexos



En esta encuesta, piense en su “unidad” como el área de trabajo, departamento o área clínica de la institución donde usted pasa la mayor parte de su horario de trabajo.

1. ¿Cuál es su principal área o unidad de trabajo en esta institución? Marque UNA respuesta.

- a. Diversas unidades de la institución/Ninguna unidad específica
- b. Urgencias
- c. Consulta Externa Medicina General
- d. Hospitalización
- e. Odontología
- f. Salud mental/Psiquiatría
- g. Fisioterapia
- h. Farmacia
- i. Laboratorio
- j. Radiología
- k. Promoción y Prevención
- l. Otro, por favor, especifique: _____

2. Por favor, indique su grado de acuerdo o desacuerdo con las siguientes afirmaciones sobre su unidad/área de trabajo. Marque UNA SOLA OPCIÓN, donde 1 representa el menor grado de acuerdo y 5 el mayor (5=Si; 4=MV; 3=AV; 2=RV; 1=NO) Donde MV=Mayoría de las veces; AV= Algunas veces; RV=Rara vez)

Piense en su unidad/área de trabajo de la Institución

- 1.** En esta unidad, la gente se apoya mutuamente. 1 2 3 4 5
- 2.** Tenemos suficiente personal para realizar el trabajo. 1 2 3 4 5
- 3.** Cuando necesitamos terminar una gran cantidad de trabajo, lo hacemos en equipo. 1 2 3 4 5
- 4.** En esta unidad, el personal se trata con respeto. 1 2 3 4 5

5. El personal en esta unidad trabaja más horas de lo adecuado para el cuidado del paciente. 1 2 3 4 5
6. Estamos haciendo cosas activamente para mejorar la seguridad del paciente. 1 2 3 4 5
7. Usamos más personal transitorio/de refuerzo de lo adecuado, para el cuidado del paciente. 1 2 3 4 5
8. El personal siente que sus errores son usados en su contra. 1 2 3 4 5
9. El análisis de los errores ha llevado a cambios positivos. 1 2 3 4 5
10. Es sólo por casualidad que acá no ocurran errores más serios. 1 2 3 4 5
11. Cuando su área/unidad está realmente ocupada, otras le ayudan. 1 2 3 4 5
12. Cuando se informa de un incidente, se siente que la persona está siendo denunciada y no el problema. 1 2 3 4 5
13. Después de hacer los cambios para mejorar la seguridad de los pacientes, evaluamos su efectividad. 1 2 3 4 5
14. Frecuentemente, trabajamos "tipo crisis" intentando hacer mucho, muy rápidamente. 1 2 3 4 5
15. La seguridad del paciente nunca se sacrifica por hacer más trabajo. 1 2 3 4 5
16. Los empleados se preocupan de que los errores que cometen queden registrados . 1 2 3 4 5
17. Tenemos problemas con la seguridad de los pacientes en esta unidad. 1 2 3 4 5
18. Nuestros procedimientos y sistemas son efectivos para la prevención de errores que puedan ocurrir. 1 2 3 4 5

Sección B: Su Supervisor/Director

3. Por favor, indique grado de acuerdo o desacuerdo con las siguientes afirmaciones sobre su jefe o la persona a la que usted reporta directamente. Marque UNA SOLA OPCIÓN, donde 1 representa el menor grado de acuerdo y 5 el mayor.

1. Mi jefe/a hace comentarios favorables cuando ve un trabajo hecho de acuerdo a los procedimientos establecidos para la seguridad de los pacientes 1 2 3 4 5
2. Mi jefe acepta las sugerencias del personal para mejorar la seguridad de los pacientes. 1 2 3 4 5
3. Cuando la presión se incrementa, mi jefe quiere que trabajemos más rápido, 1 2 3 4 5

aunque esto signifique tomar atajos. 1 2 3 4 5

4. Mi jefe no toma en cuenta los problemas de seguridad del paciente que se repiten una y otra vez. 1 2 3 4 5

Sección C: Comunicación

4. ¿Qué tan a menudo pasan las siguientes cosas en su área/unidad de trabajo? Piense acerca de su área/unidad de trabajo de la institución. Marque UNA SOLA OPCIÓN, donde 1 representa nunca y 5 siempre.

1. La Dirección nos informa sobre los cambios realizados basados en lo aprendido de los reportes de eventos. 1 2 3 4 5

2. El personal habla libremente si ve algo que podría afectar negativamente el cuidado del paciente. 1 2 3 4 5

3. Se nos informa sobre los errores que se cometen en esta unidad. 1 2 3 4 5

4. El personal se siente libre de cuestionar las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad. 1 2 3 4 5

5. En esta unidad, discutimos formas de prevenir errores para que no se vuelvan a cometer. 1 2 3 4 5

6. El personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo no parece estar correcto. 1 2 3 4 5

Sección D: Frecuencia de Eventos Reportados

5. En su área/unidad de trabajo, cuando los siguientes errores suceden, ¿qué tan a menudo son reportados? Piense en el área/unidad de trabajo de su institución. Responda por SI ó por NO.

1. Cuando se comete un error, pero es descubierto y corregido antes de afectar al paciente, ¿es reportado? SI NO

2. Cuando se comete un error, pero no tiene el potencial de dañar al paciente, ¿ es reportado? SI NO

3. Cuando se comete un error que pudiese dañar al paciente, pero no lo hace, ¿es reportado? SI NO

Sección E: Grado de Seguridad del Paciente

6. Por favor, déle a su área/unidad de trabajo un grado general en seguridad del paciente. Marque UNA respuesta.

A. Excelente B. Muy Bueno C. Aceptable D. Pobre E. Malo

Sección F: Su institución

7. Por favor, indique su grado de acuerdo con las siguientes afirmaciones sobre su institución. Marque UNA SOLA OPCIÓN, donde 1 representa el menor grado de acuerdo y 5 el mayor.

1. La Dirección de esta institución propicia un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente. 1 2 3 4 5
2. Las unidades de esta institución no coordinan bien entre ellas. 1 2 3 4 5
3. La información de los pacientes se pierde cuando éstos se transfieren de una unidad a otra. 1 2 3 4 5
4. Hay buena cooperación entre las unidades de la institución. 1 2 3 4 5
5. Frecuentemente se pierde información importante sobre el cuidado de los pacientes durante los cambios de turno. 1 2 3 4 5
6. Frecuentemente es desagradable trabajar con personal de otras unidades en esta Institución. 1 2 3 4 5
7. A menudo surgen problemas en el intercambio de información entre las unidades de esta institución. 1 2 3 4 5
8. Las medidas que toma la Dirección de esta institución muestran que la seguridad del paciente es altamente prioritaria. 1 2 3 4 5
9. La Dirección de la institución se muestra interesada en la seguridad del paciente sólo después de que ocurre un incidente adverso. 1 2 3 4 5
10. Las unidades de la institución trabajan bien juntas para propiciar el mejor cuidado para los pacientes. 1 2 3 4 5
11. Los cambios de turnos en esta institución generan problemas para los pacientes. 1 2 3 4 5

Sección G: Número de Incidentes Reportados

8. Su institución posee un sistema de reportes? SI NO

Si la respuesta es NO pasa a la sección H

9. ¿De qué tipo es el sistema de reportes?

Voluntario Obligatorio

10. En los pasados 12 meses, ¿cuántos reportes de incidentes ha llenado y enviado?

Marque solo UNA respuesta.

- a. Ningún reporte de incidentes
- b. De 1 a 2 reportes de incidentes
- c. De 3 a 5 reportes de incidentes
- d. De 6 a 10 reporte de incidentes
- e. De 11 a 20 reportes de incidentes
- f. 21 reportes de incidentes o más

Sección H: Información Antecedente

**Esta información ayudará en el análisis de los resultados de la evaluación.
Marque solo UNA respuesta para cada pregunta.**

11. ¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en esta institución?

- a. Menos de 1 año
- b. De 1 a 5 años
- c. De 6 a 10 años
- d. De 11 a 15 años
- e. De 16 a 20 años
- f. 21 años o más

12. ¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en su actual área/unidad?

- a. Menos de 1 año
- b. De 1 a 5 años
- c. De 6 a 10 años
- d. De 11 a 15 años
- e. De 16 a 20 años
- f. 21 años o más

13. ¿Cuántas horas a la semana trabaja usted en esta institución?

- a. Menos de 20 horas a la semana
- b. De 20 a 39 horas a la semana
- c. De 40 a 59 horas a la semana
- d. De 60 a 79 horas a la semana
- e. De 80 a 99 horas a la semana
- f. 100 horas a la semana o más

14. ¿Cuál es su cargo en esta institución? Marque UNA sola respuesta que mejor describa su posición laboral.

- a. Enfermera profesional
- b. Auxiliar en enfermería
- c. Odontólogo
- d. Odontólogo Especialista
- e. Médico Especialista
- f. Médico General
- g. Químico Farmacéutico
- h. Regente en farmacia
- i. Técnico (ej. ECG, laboratorio, radiología)
- j. Fisioterapeuta
- k. Nutricionista
- l. Sicóloga
- m. Bacteriólogo
- n. Administrativo
- ñ. Personal de Dirección y Gerencia
- o. Empleado de mantenimiento
- p. Otro, por favor especifique:

15. En su cargo, ¿Tiene usted interacción directa o contacto con pacientes?

- SÍ**, habitualmente tengo interacción directa o contacto con pacientes.
 NO, habitualmente NO tengo interacción directa o contacto con pacientes.

16. ¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en su actual profesión?

- a. Menos de 1 año d. De 11 a 15 años
 b. De 1 a 5 años e. De 16 a 20 años
 c. De 6 a 10 años f. 21 años o más

Sección I: Sus comentarios

17. Por favor, siéntase con libertad para escribir cualquier comentario sobre la seguridad de los pacientes, errores o incidentes reportados en su institución.

18. ¿Alguna vez completó antes esta encuesta?

- Si NO No sabe

19. ¿Participó de un grupo focal ó entrevista en profundidad sobre la cultura organizacional y la seguridad institucional?

- Si NO No sabe

Gracias por completar este cuestionario!!!

La ESE Promueve una Cultura de Seguridad “Aprendiendo del error” y con ella una Cultura Organizacional no punitiva si no Educativa

“Estamos trabajando Acreditacion”

Coordinación Calidad 2017