

CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA RED DE SALUD ESE  
CENTRO, VIGENCIA 2018

YENY MARCELA CARMONA  
SANDRA JOHANA OSPINA  
MIGUEL LEONARDO RAMOS MEDINA  
VANESSA SANCHEZ GIRON  
LUZ ELENA VARGAS TORRES

UNIVERSIDAD CATOLICA DE MANIZALES  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESPECIALIZACION EN ADMINISTRACION DE LA SALUD  
2018

CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA RED DE SALUD ESE  
CENTRO, VIGENCIA 2018

YENY MARCELA CARMONA  
SANDRA JOHANA OSPINA  
MIGUEL LEONARDO RAMOS MEDINA  
VANESSA SANCHEZ GIRON  
LUZ ELENA VARGAS TORRES

Trabajo escrito presentado como prerrequisito para optar al título de:  
ESPECIALISTA EN ADMINISTRACION DE LA SALUD

Asesor:  
Dra. Paula Andrea Peña López

UNIVERSIDAD CATOLICA DE MANIZALES  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESPECIALIZACION EN ADMINISTRACION DE LA SALUD  
2018

## TABLA DE CONTENIDO

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	5
1.1. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	7
2. JUSTIFICACIÓN	8
4. MARCO REFERENCIAL	11
4.1. ANTECEDENTES	11
4.2. MARCO CONTEXTUAL	19
<b>4.3. MARCO LEGAL</b>	20
<b>4.4. MARCO ETICO</b>	23
4.5. MARCO TEORICO.....	24
5. METODOLOGIA	31
<b>5.1. ÁREA DE ESTUDIO</b> .....	31
<b>5.2. ENFOQUE Y TIPO DE ESTUDIO</b> .....	31
5.4. POBLACIÓN .....	32
<b>5.5. MUESTRA</b> .....	32
<b>5.6. CRITERIO DE INCLUSION.</b> .....	34
<b>5.7. PLAN DE ANÁLISIS:</b> .....	34
TABLA 1. DIMENSIONES DE LA CULTURA DE SEGURIDAD Y LOS ÍTEMS QUE INCLUYEN	35
<b>6. RESULTADOS Y ANÁLISIS</b>	37
<b>8. RECOMENDACIONES</b>	66
<b>9. BIBLIOGRAFÍA</b>	68

## INTRODUCCION

Un tema de interés municipal, social y profesional que ha aumentado con el pasar de los años, se ha vuelto de suma importancia tanto así que la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Ministerio de la Salud y Protección Social e instituciones de prestación de servicios de salud, han hecho de esto un recurso para manejar por medio de estándares las prácticas seguras para mantener alejados a los profesionales de los errores en la parte asistencial.

Como equipo todos los profesionales de las instituciones ESE municipales y todas las instituciones prestadoras de servicios de salud deben crear la cultura de seguridad del paciente, los reportes de evento adverso e incidente e incluso de caídas de los pacientes, con el fin de realizar las mejoras a tiempo y evitar que se presenten nuevamente, todo de la mano de la capacitación de los prestadores en diferentes temas como: seguridad del paciente realizando énfasis en manejo de medicamentos y dispositivos médicos, en compañía de protocolos por cada servicio y sus diferentes acciones y atenciones.

“Desde 2004, el Ministerio de la Protección Social de Colombia tomó la decisión de impulsar el tema de los eventos adversos trazadores, como se le llamó en ese momento; En diciembre de 2007, publicó el libro: “Herramientas para promover la estrategia de la seguridad del paciente en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud” (1), en el cual se recogen algunos de los avances más notables y se da una visión panorámica de los aspectos conceptuales y técnicos involucrados en esta materia. También ofrece herramientas prácticas a las cuales puede acceder el profesional de la salud involucrado en los temas de seguridad del paciente”. (2)

## 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según la OMS “La seguridad del paciente es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención en salud o de mitigar sus consecuencias”. (3)

Tal como lo indico en la 55ª Asamblea Mundial de la Salud en 2002, “La preocupación por la seguridad del paciente surge a partir de la documentación de la incidencia de eventos adversos que impactan negativamente en la calidad de la atención en salud” (4), se enseñó cómo estos eventos logran aumentar el costo en varios factores que incluyen materiales y oportunidad para los servicios de salud, también cabe resaltar que la vigilancia del bienestar se ve afectada. Esto ha sido material de estudio desde la implementación de la práctica médica, con abordaje solo hasta el año 2000 cuando se encuentra con la publicación del libro “Errar es Humano”, del Instituto de Medicina de la Academia Nacional de Ciencias de los Estados Unidos de América, en el que se puede dimensionar el gran impacto que generan los errores de procesos en la atención en salud.

Tomando en cuenta al Ministerio de salud la política de seguridad del paciente expedida en junio de 2008 es transversal a los cuatro componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad. La orientación hacia la prestación de servicios de salud más segura, requiere que la información sobre seguridad del paciente esté integrada para su difusión, despliegue y generación de conocimiento, para estimular a los diferentes actores en el desarrollo de las acciones definidas para el logro del objetivo propuesto, evitar los eventos adversos o por lo menos lograr su disminución (2); Las organizaciones prestadoras de servicios u hospitales son las más compleja de las organizaciones humanas. Ya que en el mismo ambiente logra reunir diferentes ramas de profesionales, todos con el único objetivo de mantener la vida y la salud, donde el más mínimo descuido pueden generar un grave daño para la persona que está siendo cuidada. De esta forma, un hospital representa un gran desafío diario para todos los profesionales que trabajan en él. (5)

Por ello, la cultura de seguridad en los Sistemas de Salud es un fenómeno bastante complejo y su implantación en esos Sistemas requiere un entendimiento de otras siete subculturas (6): Liderazgo en la medida en que los líderes precisan reconocer el alto riesgo que el ambiente de salud ofrece, y busque el alineamiento de la visión, misión, competencia del equipo, de los recursos humanos y legales de profesionales que están en primera línea del cuidado hasta el equipo directivo; El proceso de educación y formación debe resaltar el significado de ser una institución de alta confiabilidad, el valor de la cultura de seguridad y del proceso continuo de mejora de desempeño; Justicia que se caracteriza por la verdad, una vez que reconoce los errores como fallos en el sistema, en lugar de los fallos individuales, y, al mismo tiempo, no deja de responsabilizar a los individuos por

sus acciones; Cuidado Centrado en el Paciente que va más allá del hecho del paciente ser un participante activo de su propio cuidado, sino también un enlace entre la institución de salud y la comunidad, y Práctica Basada en la evidencia con sus procesos diseñados para alcanzar alta confiabilidad y estandarizados para evitar ocurrencias de variaciones en todas las situaciones. Instituciones de salud que utilizan prácticas basadas en evidencias, “por medio de procesos estandarizados, protocolos, checklist y guidelines demuestran su preocupación en desarrollar prácticas seguras” (6). Ante lo expuesto, el presente estudio tiene el objetivo de evaluar la cultura de seguridad del paciente en las dimensiones de la organización hospitalaria de la red de salud del centro en Cali.

## **1.1. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Cuál es la cultura de seguridad del paciente existente en la red de salud del centro?

## 2. JUSTIFICACIÓN

En Colombia desde el año 2014 se ha venido implementando una resolución que unifica conceptos de seguridad del paciente para los prestadores de servicios de salud;(Resolución 2003,2014)“Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud, en ella se incluyen los procedimientos asistenciales que realizan los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud del país”. (7)

Los procesos y sistemas de un hospital precisan en todo instante adecuarse a la prevención de la ocurrencia de los errores. La organización, sobre todo sus líderes y coordinadores, deben propiciar y promover un clima de seguridad para pacientes y profesionales en el desarrollo de sus actividades asistenciales; todos los profesionales están en el proceso de cuidar, siendo siempre la barrera de protección contra los errores, de ahí la importancia de la evaluación constante y periódica de los profesionales de la organización del hospital en que trabajan.

La investigación tiene un carácter importante en su fase practica debido a la determinación de componentes de acuerdo a la aplicación de una encuesta para reconocer el compromiso de la cultura de seguridad del paciente que se encuentra instaurada en la institución a cargo de los coordinadores por proceso y de cada equipo de trabajo de la ESE, llevando a cabo el estudio, los resultados podrán ser socializados por medio de cada líder de proceso, de cada coordinador; al hacer efectiva la aplicación en cada se fortalece la adherencia de los pacientes al tratamiento y al correcto uso de los servicios que se prestan en cada centro de salud, todo con el fin de la prestación humana y con calidad de la salud, que permita mejorar la salud de la población de las comunas del centro de la ciudad de Cali.

### **Aplicación de sistemas en las ESE municipales.**

Cuando la Secretaría de Seguridad Pública Municipal (SSPM) inicio el monitoreo al sistema de reporte utilizado para los eventos adversos e incidentes en las ESE Municipales, se encontró que estas lo hacían de manera manual, sus fichas de notificación eran diferentes y en algunos casos los eventos eran reportados en los registros de no conformidad. LA SSPM gestionó ante la Organización Panamericana de la Salud el suministro de un aplicativo para el registro y gestión de eventos adversos, aplicativo que fue implementado en las ESE Centro, Norte, Ladera, Oriente, Suroriente y Hospital Geriátrico San Miguel. Este proceso se realizó bajo la asistencia técnica de la profesional Lina María Calderón y el Ingeniero de Sistemas David Plaza. Se diseñó igualmente el registro de notificación y de análisis de incidentes y eventos adversos, herramienta que permite ingresar datos para obtener la estadística de acuerdo con la necesidad para su respectivo análisis y toma de decisiones. El aplicativo tiene como marco



teórico el protocolo de Londres para analizar los sucesos que se reportan, constituyéndose en un sistema de información práctico y completo que ayuda en la documentación de la problemática.

Los eventos adversos en las Empresas Sociales del Estado (ESE) Municipales de Santiago de Cali son notificados en el numerador del indicador “Proporción de Gestión de Eventos Adversos”, dando cumplimiento la (Resolución 1446 , 2006) (8). Sin embargo, esta información es cuantitativa y no permite identificar respecto al tipo de evento que se presentan en las instituciones. Por lo anterior, la Secretaria de Salud Pública Municipal les solicita la relación de los eventos adversos presentados y realiza seguimiento al análisis de los mismos.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1. GENERAL**

Determinar la percepción de cultura de la seguridad del paciente en la red de salud del centro

#### **3.2. ESPECÍFICOS**

- ⊙ Realizar la caracterización del talento humano participante en la medición de la cultura de seguridad del paciente.
- ⊙ Determinar el grado de avance de las características esenciales de la cultura de seguridad del paciente (clima, actitud, comunicación), de las IPS de la red de salud centro
- ⊙ Establecer el grado general de percepción en seguridad del paciente de la red de salud centro

## **4. MARCO REFERENCIAL**

### **4.1. ANTECEDENTES**

Haciendo exhaustiva revisión de literatura se encontraron estudios que muestran resultados relevantes para la investigación; entre ellos están los siguientes:

#### **4.1.1. ESTUDIO IBES: RED PIONERA EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LATINOAMERICA HACIA UNA ATENCION HOSPITALARIA MÁS SEGURA (2010).**

##### **OBJETIVOS**

- “El objetivo principal del Estudio IBEAS consistía en valorar cuál es la situación de la seguridad del paciente en algunos hospitales de Latinoamérica”.
- “Obtener una primera visión sobre la magnitud del problema”.
- “Estudiar qué tipos de incidentes dañinos se producían con mayor frecuencia, cómo eran de graves, en qué momento se producían y cuál había sido su causa más probable”.
- “Analizar en qué medida los incidentes que causaron daño se podrían haber evitado y cuáles eran los factores determinantes”.
- “Conocer cuáles son los principales riesgos de la atención de la salud; identificar sus causas y desarrollar y poner en práctica soluciones efectivas a esos problemas”.

##### **MUESTRA**

“Hablar de Latinoamérica es hablar de diversidad cultural y geográfica pero a la vez de unos condicionantes comunes. Por tanto, para tener una mejor idea de la situación, era necesario realizar un estudio en varios países y a gran escala. En concreto, la investigación se realizó en 58 centros hospitalarios (11379 pacientes) pertenecientes a los siguientes 5 países: Argentina, Colombia, Costa Rica, México y Perú.

Estos cinco países han tenido la valentía de participar, sabiendo que expondrían, a la vista de todos, posibles defectos de sus centros hospitalarios.

Pero lo más importante para los centros que han participado es que esta experiencia les ha convertido en pioneros en la integración de una cultura de seguridad de los pacientes. Una cultura que, tal como se pudo comprobar, se empezaba a producir ya desde el primer momento de empezar el estudio y tenía lugar a través de dos vías principales:

1. Los trabajadores de los centros, al saber que se estaba realizando esta investigación, tendían a tener mayor preocupación por las consecuencias de su trabajo en la seguridad de los pacientes.
2. El mero hecho de investigar permitía revelar áreas de mejora con lo que ponía a estos hospitales en la línea de salida hacia mayores cuotas de seguridad". (9)

## **ANÁLISIS PERSONAL**

La seguridad del paciente es una problemática que se encuentra identificada a nivel mundial, por ello es de suma importancia tenerla bajo vigilancia a través de trabajos investigativos, identificando las fallas y ayudando a mejorar los procesos de cada una de las instituciones de salud a nivel mundial, para así hablar un mismo idioma a pesar de la diversidad cultural.

La calidad de la atención médica y la seguridad del paciente se han convertido en una preocupación creciente, constituyendo un reto en todos los sistemas de salud. La conciencia de que la atención sanitaria es una actividad cada vez más compleja y con numerosos riesgos, devenidos de la conjunción de acciones humanas, tecnológicas y procedimientos organizativos complejos ha puesto de manifiesto la necesidad de adoptar medidas eficaces para reducir los eventos adversos derivados de la atención sanitaria y sus repercusiones.

### **4.1.2. ACTITUDES FRENTE A LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO Y VARIABLES CORRELACIONADAS (2015).**

#### **OBJETIVO**

Describir las actitudes frente a la cultura de la seguridad en trabajadores de un hospital y la influencia de variables socios demográficos y profesionales.

#### **MÉTODOS**

En una muestra de profesionales y auxiliares de enfermería se administró el cuestionario Hospital Survey on Patient Safety Cultura. Se consideró como

fortaleza más del 75% de respuestas positivas y como oportunidad de mejora más del 50% de respuestas negativas

## **RESULTADOS**

El 59% (n = 123) calificó la seguridad entre 7 y 8. El 53% (n = 103) no realizó ninguna declaración de incidente en el último año. Como fortaleza se identificó «trabajo en equipo en la unidad/servicio», y como oportunidad de mejora, «dotación de personal». Se obtuvo una cultura de seguridad más positiva en los servicios ambulatorios, en profesionales de enfermería y en contratación a jornada parcial.

## **CONCLUSIONES**

El estudio ha permitido medir la cultura de la seguridad, hecho que facilitará su seguimiento orientará las estrategias de mejora trabajando los puntos débiles y reforzando los potenciales. (10)

## **ANÁLISIS PERSONAL**

Como enfoque del artículo que aborda dos temas que se relacionan con suma importancia se puede destacar que la comunicación se debe fomentar entre el personal institucional para que se obtenga un éxito laboral con las relaciones interpersonales, esto favorece la buena práctica.

No obstante una supervisión por un líder adecuado consigue un personal más comprometido. Ciertos estilos de liderazgo se asocian con la satisfacción en la aplicación y efectividad en la práctica segura, un importante hallazgo del artículo es que es importante vislumbrar el enfoque del factor humano, en la humanización al personal asistencial.

Este artículo logra aportes significativos como la relación de la carga laboral, el área de servicio o prestación de la atención; Los resultados obtenidos coinciden con el estudio Análisis de otros estudios previos que evidencian la difícil tarea de las instituciones al cambio en la cultura de la seguridad del paciente.

### **4.1.3. ANÁLISIS DE LA INCIDENCIA DE INCIDENTES NOTIFICADOS EN HOSPITAL GENERAL (2011-2014).**

## **OBJETIVO**

Evaluar los incidentes notificados espontáneamente en un hospital general en Minas Gerais.

## **MÉTODO**

Estudio retrospectivo, descriptivo, cuantitativo realizado en un hospital general de Montes Claros - Estado de Minas Gerais. La muestra incluyó 1,316 incidentes notificados entre 2011 y 2014. Los datos se enviaron a un análisis estadístico descriptivo utilizando Statistical Package for the Social Sciences versión 18.0.

## **RESULTADOS**

La prevalencia de incidentes fue de 33.8 por 1,000 hospitalizaciones, con un aumento durante el período de investigación y una mayor frecuencia en unidades de hospitalización, sala de emergencias y centro quirúrgico. Estos ocurrieron principalmente con clientes adultos y en relación con la cadena de suministro de medicamentos. Las principales causas fueron el incumplimiento de las rutinas / protocolos, que requieren cambios en las rutinas y la capacitación.

## **CONCLUSIÓN**

Hubo una considerable prevalencia de incidentes y un aumento en las notificaciones durante el período investigado, lo que requiere la atención de los gerentes y el personal del hospital. Sin embargo, observamos el desarrollo de la cultura de seguridad del paciente. (11)

## **ANÁLISIS PERSONAL**

Se toma en cuenta que el artículo del estudio revela una mayor notificación de eventos adversos, que ayudan a determinar que entre mayor complejidad del procedimiento, mayor es la posibilidad de errar o fallar, se requieren más estrategias para el control de los mismos, cabe denotar que las principales causas de incidentes involucraron el incumplimiento de la rutina / protocolo, y los profesionales sugirieron algunas acciones para evitar su recurrencia, como cambiar la rutina / protocolo y proporcionar orientación y capacitación, esto nos revela que el cambio cultural es un desafío que exige tiempo en la rutina de los hospitales, además de la implementación de diversas acciones efectivas que garantizan la seguridad del paciente, el factor tiempo en la atención es una prioridad que hay que tener muy presente para futuros estudios y para relacionar con la incidencia del evento adverso.

#### **4.1.4. SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA CULTURA ORGANIZATIVA: PERCEPCIÓN DE LOS LIDERAZGOS DE INSTITUCIONES HOSPITALARIAS DE DISTINTAS NATURALEZAS ADMINISTRATIVAS (2014).**

##### **OBJETIVO**

Identificar percepciones de los liderazgos acerca de las dimensiones de la cultura de seguridad del paciente en el cotidiano de hospitales de distintos perfiles administrativos: públicos, organizaciones sociales y privados, y realizar la correlación entre las instituciones participantes, de acuerdo con las dimensiones de la cultura de seguridad del paciente utilizadas.

##### **MÉTODO**

Estudio transversal de aspecto cuantitativo obtenido por medio de la aplicación del instrumento Self Assessment Questionnaire 30, traducido a la lengua portuguesa. Los datos fueron tratados con análisis de varianza (ANOVA), además de las estadísticas descriptivas, considerando como de significación estadística valores de p-valor  $\leq 0,05$ .

##### **RESULTADOS**

Según la percepción de los participantes del estudio, las dimensiones significativas para la cultura de seguridad del paciente fueron Ambiente de Seguridad del Paciente y Aprendizaje Organizativo, con poder explicativo del 81%. El promedio de respuestas obtenidas evidenció que en las organizaciones privadas hubo mayores valores atribuidos a las cuestiones, sin embargo la correlación entre las dimensiones fue más fuerte en las organizaciones públicas.

##### **CONCLUSIÓN**

Las dimensiones de la cultura de seguridad del paciente tienen valores distintos en las diferentes organizaciones hospitalarias y su investigación posibilita identificar cuáles necesitan introducirse o perfeccionarse para una mayor seguridad del paciente. (12)

##### **ANÁLISIS PERSONAL**

Teniendo en cuenta lo anterior, se puede identificar que la cultura organizativa de seguridad del paciente está directamente relacionada a los valores institucionales, mas no al carácter administrativo de estas.

#### **4.1.5. EVENTOS ADVERSOS EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO DE TERCER NIVEL DE BOGOTA (2013).**

##### **OBJETIVO**

Determinar la frecuencia de eventos adversos mediante revisión de historias clínicas de un hospital pediátrico de tercer nivel de Bogotá, con el fin de fomentar prácticas seguras.

##### **METODOLOGÍA**

Investigación cuantitativa, transversal y descriptiva, dirigida a pacientes hospitalizados el 16 de mayo de 2013, sobre factores de riesgo, antecedentes hospitalarios, eventos adversos y complicaciones relacionados al cuidado de la salud.

##### **RESULTADOS**

Hubo 169 casos clasificados para algún suceso, de los cuales 59 Eventos Adversos, 57 incidentes, y 53 descartados por falsos positivos.

##### **DISCUSIÓN**

Se evidencia responsabilidad de prevención y control de infecciones por los profesionales de la salud, encargados de minimizar el riesgo del paciente vulnerable y, ante todo, proporcionar un manejo y mantenimiento adecuado de dispositivos médicos invasivos.

##### **CONCLUSIONES**

El 34,4% de historias clínicas presentaban algún tipo de evento adverso o incidente, revelando que algunos de estos fueron causados por la asistencia hospitalaria (13)

##### **ANÁLISIS PERSONAL:**

La seguridad del paciente con el paso de los años ha tomado importancia y ganado fuerza en la atención en salud, por tal motivo se establecen procesos en los cuales el profesional de salud los debe de tomar con compromiso interdisciplinario orientándolos a realizar prácticas seguras en el proceso de la atención con el fin de minimizar el riesgo que tienen los pacientes de sufrir eventos adversos no relacionados con la patología de base (motivo de consulta), se retoma la idea que trabajar en seguridad del paciente y el realizar el reporte de los eventos adversos no son algo punitivo, más bien se enfoca con el fin de identificar



fallas en los procesos y mejorar la calidad en la atención brindada, ayuda a identificar problemas de área y los problemas prioritarios minimizando y mitigando los eventos adversos.

Existen muy pocos estudios en el ámbito pediátrico, la mayoría de ellos son basados en personas mayores de edad. En este estudio se logra evidenciar que los menores de edad, especialmente aquellos con edad media de 4 años, presentan un mayor riesgo de sufrir eventos adversos dentro de una institución de salud; en el estudio comentan que puede estar relacionado a la falta de madurez de su sistema inmunológico, el riesgo también aumenta si existen factores intrínsecos (propios de la enfermedad) o extrínsecos (factores externos) la mayor prevalencia se identifica en menores de 1 año.

Se identifica que el riesgo de sufrir eventos adversos en pacientes pediátricos también se encuentra muy relacionado por el tipo de servicio en donde se encuentra el paciente, el tiempo de duración de la hospitalización, la exposición a gérmenes multiresistentes, el tipo de patología por la que se encuentre cursando el paciente, la cantidad de dispositivos invasivos y la duración de estos en el paciente dependiendo la necesidad.

El estudio sugiere un mayor trabajo en el ámbito pediátrico para así tener mayores bases que puedan llegar a orientar el proceso de atención a este tipo de paciente minimizando y mitigando el riesgo de sufrir posibles eventos adversos.

#### **4.1.6. EVALUACIÓN DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UNA ORGANIZACIÓN HOSPITALARIA DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO BRASIL(2014)**

##### **OBJETIVO**

Conocer la evaluación de los profesionales de enfermería sobre la cultura de seguridad del paciente en la organización hospitalaria de un hospital universitario de Brasil

##### **METODO Y MUESTRA**

Es un estudio descriptivo con enfoque cuantitativo desarrollado en un Hospital Universitario Público, localizado en la ciudad de Rio de Janeiro, que atiende pacientes del Sistema Único de Salud (SUS) con una capacidad instalada de 233 camas cuya recolección de datos ocurrió entre septiembre y noviembre de 2014, la muestra del estudio estuvo compuesta por 203 enfermeras que respondieron al cuestionario traducido al portugués del *hospital Survey on patient safety* cultura cuyo grado de acuerdo se mide por medio de una escala Likert, las respuestas

van desde "muy de acuerdo" a "totalmente en desacuerdo". En este manuscrito, nos informan las 03 dimensiones de la cultura de seguridad en el nivel de organización hospitalaria

## **RESULTADOS**

La muestra entrevistada fue de 203 profesionales, siendo 82,1% de sexo femenino, con edad media 44,3 años y tiempo medio de profesión de 14,8 años. Cerca de 29,5% trabajan en el hospital de 1 a 5 años, 16,5% de 11 a 15 años y 13,0% hace menos de 1 año. En cuanto a la carga horaria dedicada al trabajo en el hospital la mayoría (73,3%) trabaja entre 20 y 39 horas en el lugar, y 22,8% más de 40 horas, siendo en relación a la función desempeñada que 27,2% son enfermeros, 44,1% técnicos de enfermería y 26,2% auxiliares de enfermería, cerca de 88,6% declaran tener contacto directo con pacientes en el ejercicio de su función. En relación a la formación 35,8% tienen enseñanza media completa y 32,9% algún pos graduación y 72,2% declararon ya haber participado de alguna actividad educativa sobre seguridad del paciente.

## **CONCLUSIONES**

Los datos indicaron la necesidad de la participación y acciones concretas por el gerente y los líderes de la organización, para fomentar y priorizar los temas de seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del estudio (14)

## **ANALISIS PERSONAL**

Mediante el estudio realizado se logra identificar que pese a que el personal en su mayoría tiene amplia experiencia en el manejo de pacientes y pese a que la carga laboral semanal no es tan fuerte, las acciones o actividades que se realicen respecto a la seguridad del paciente se debe continuar fortaleciendo ya que la participación de todos los actores de la institución de salud incluyendo la gerencia deben estar ligados a la seguridad de salud y esa participación se fortalece y se fomenta haciendo informes periódicos a los directivos de dicha situación y creando planes de acción para minimizar los problemas de seguridad del paciente ya que el renombre que tenga la institución se podría ver ampliamente afectado si la percepción del paciente y la comunidad de la institución sea insegura, de ahí la importancia de continuar en ese continuo proceso de mejorar la seguridad del paciente en la institución.

El mejor hospital a nuestro parecer no es el más bonito, es el que sea más seguro para la prestación de los servicios de salud, es indiscutible que errores hay todos los días de ahí la importancia de analizar dichos errores mediante un programa de seguridad del paciente bien fomentado ara aprender del error y continuar prestando un servicio de salud con calidad.

## **4.2. MARCO CONTEXTUAL**

La investigación se realizó en la ESE CENTRO, empresa social del estado del municipio de Santiago de Cali, que presta servicios de salud con personal competente y una infraestructura óptima que permita brindarle al paciente una atención integral con seguridad y calidad; prestando atención a las comunas 8, 9, 10, 11,12 de Cali.

### **4.2.1. RESEÑA HISTORICA.**

El Hospital Primitivo Iglesias inicia labores el 17 de diciembre de 1957 como Centro Hospital, gracias al trabajo de la Junta Cívica de los barrios Municipal, La Floresta, Benjamín Herrera y el Secretario de Salud de esa época, ubicándose en un kiosco, con un consultorio médico y un cuarto para el servicio de enfermería. Debido al aumento de la demanda, el gobierno de la época aporta quince mil pesos, recurso con el cual se adquiere una casa donde se prestan servicios durante tres años con dos médicos, un odontólogo y un auxiliar de nutrición; posteriormente la Junta de Acción Comunal del barrio la Floresta dona el terreno y se construye el Centro Hospital Primitivo Iglesias. En 1966 se da inicio al programa de vías respiratorias, actividades extramurales con promotoras de salud, se crea el programa PIMAR (AND); y en ese mismo año se da apertura al programa de Cirugía Simplificada. En Diciembre de 2010 gracias al reconocimiento al compromiso, interés y apoyo para continuar trabajando por la comunidad y especialmente por la infancia y la mujer, la Alcaldía y la Secretaria Municipal de Santiago de Cali hacen reconocimiento al Hospital Primitivo Iglesias y es acreditado como “Institución Amiga de la Mujer y la Infancia”(IAMI). En 2011 la prestación de servicios de salud con calidad, oportunos, accesibles, pertinentes, seguros, continuos, pero sobre todo cálidos y muy humanos, fueron avalados por Icontec, organización multinacional certificadora, bajo la NTC ISO 9001:2008 para todos los procesos del hospital Primitivo Iglesias y su pool de ambulancias, primera institución pública a nivel nacional a la que se le otorga la Certificación en el servicio de traslado asistencial básico y medicalizado. En el 2012, recertificación de Icontec, con base en la NTC-ISO9001:2008 realizada a los procesos de direccionamiento, evaluación y mejora, recepción y atención al usuario, atención intrahospitalaria (urgencias, partos, hospitalización, cirugía), pool de ambulancias, apoyo diagnóstico y ambiente físico. (15)

### 4.3.MARCO LEGAL

#### **LEY 100, 1993.**

Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. En ella se define la seguridad social como: “el conjunto de instituciones normas y procedimientos de que dispone la persona y comunidad para gozar de una calidad de Vida mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programa que el estado y sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica de los habitantes del territorio nacional con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad” (16).

Esta ley está basada en un modelo de cobertura universal y que tiene como principios fundamentales la eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación la cual va orientada promover la calidad en la atención otorgando a los individuos la capacidad de opinar e influir sobre el sistema de salud y escoger teniendo en cuenta la calidad y costos en vez de ser un sujeto pasivo de recepción de servicios.

#### **DECRETO 1011, 2006**

El sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención en salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud dónde uno de los destinatarios de este decreto son las instituciones prestadoras de servicios de salud; establece que deberán cumplir con los estándares señalados de accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad.

Tiene como componentes principales los siguientes:

1. El sistema único de habilitación.
2. La auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud.
3. El sistema único de acreditación
4. El sistema de información para la calidad

Igualmente señala que las IPS deben implementar procesos de auditoría con criterios, indicadores y estándares que les permita precisar los parámetros de calidad los modelos que se apliquen teniendo en cuenta niveles de autocontrol, auditoría Interna y externa.

Se establecen las siguientes definiciones:

**(Decreto 1011, 2006, art, 2).** Definiciones. Para efectos de la aplicación del presente decreto se establecen las siguientes definiciones:

Atención de salud. Se define como el conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población.

Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud. Es el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto de la calidad esperada de la atención de salud que reciben los usuarios.

Calidad de la atención de salud. Se entiende como la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios.

Condiciones de capacidad tecnológica y científica. Son los requisitos básicos de estructura y de procesos que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud por cada uno de los servicios que prestan y que se consideran suficientes y necesarios para reducir los principales riesgos que amenazan la vida o la salud de los usuarios en el marco de la prestación del servicio de salud

Empresas Administradoras de Planes de Beneficios, EAPB. Se consideran como tales, las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado (Administradoras del Régimen Subsidiado), Entidades Adaptadas y Empresas de Medicina Pre pagada.

Prestadores de Servicios de Salud. Se consideran como tales, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, los Profesionales Independientes de Salud y los Servicios de Transporte Especial de Pacientes.

Para los efectos del presente decreto se consideran como instituciones prestadoras de servicios de salud a los grupos de práctica profesional que cuentan con infraestructura física para prestar servicios de salud.

Profesional independiente. Es toda persona natural egresada de un programa de educación superior de ciencias de la salud de conformidad con la (Ley 30, 1992) o las normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan, con facultades para actuar de manera autónoma en la prestación del servicio de salud para lo cual podrá contar con personal de apoyo de los niveles de formación técnico y/o auxiliar.

Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, SOGCS. Es el conjunto de instituciones,

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

Unidad sectorial de normalización en salud. Es una instancia técnica para la investigación, definición, análisis y concertación de normas técnicas y estándares de calidad de la atención de salud, autorizada por el Ministerio de Comercio, Industria y Turismo.

Los estándares de calidad propuestos por esta Unidad se considerarán recomendaciones técnicas de voluntaria aplicación por los actores del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, los cuales podrán ser adoptados mediante acto administrativo por el Ministerio de la Protección Social, en cuyo caso tendrán el grado de obligatoriedad que este defina (17).

#### **DECRETO 2309, 2002.**

Por este decreto se reglamentó la calidad de atención en salud en Colombia y se consideró el acceso a los servicios de salud, la oportunidad en la atención, la pertinencia del enfoque clínico, la continuidad de la atención y la seguridad del paciente como las características fundamentales de la calidad de la atención.

De igual manera la atención en salud juega un papel fundamental en la evaluación de la calidad señalando el índice de eventos adversos como el principal indicador de mayor influencia en la seguridad del paciente. (18)

#### **4.4. MARCO ETICO**

##### **RESOLUCIÓN 8430, 1993**

En esta resolución se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud y establece que: en toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y su bienestar.

(Resolución 8430, 1993, art, 11) El presente trabajo de investigación es considerado como una investigación sin riesgo para la población sujeto de estudio ya que en dichos estudios se emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.

A la población participante se le informará de manera clara, verbal y escrita los objetivos del estudio, los riesgos, beneficios y el derecho a la libertad para decidir si continúan o abandonan el estudio cuando lo consideren necesario, además se les garantizará la confidencialidad de la información dada por entrevistados, aclarando el fin académico del estudio; y por esto la información no será utilizada para otros fines diferentes a los pedagógicos.

a. Los resultados de este estudio podrán ser publicados con fines pedagógicos; sin embargo, la información proporcionada por los entrevistados será confidencial. Las publicaciones no incluirán nombres, ni ninguna otra información que permita la identificación personal de los participantes. (19).

#### 4.5. MARCO TEORICO.

Según el Ministerio de la Protección Social de Colombia (20), Seguridad del paciente es lo que se le brinda al ser humano en la cual no ocurren accidentes, lesiones o complicaciones evitables, que se producen en la prestación de un servicio de salud.

La concurrencia de los errores está ligada al plan asistencial, la práctica clínica tiende a no tener una organización individual para la atención de las personas, se debe tener una visión multidisciplinar que involucre los diferentes actores para la reducción de los potenciales riesgos.

Las organizaciones mundiales con los estudios realizados anualmente, pueden evidenciar los cambios que se deben ir realizando en los modelos de atención para actualizar las prácticas seguras, en cortos periodos de evolución encontramos cambios significativos, evolución del conocimiento por mejor acceso a la información, la accesibilidad por parte del sector salud.

Todos estos cambios se traducen en una serie de consecuencias en el entorno sanitario:

- la práctica clínica diversificación de las profesiones sanitarias y súper-especialización de profesionales, que llevan aparejado una falta de visión global de las necesidades de los pacientes
- Aparición de asociaciones de pacientes Incremento de los conflictos de intereses disponibilidad de una mayor oferta de prestaciones sanitarias. Seguridad del paciente
- Aumento de la complejidad asistencial
- Incremento de la incertidumbre en (Decreto 1011, 2006, art, 3)(17)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.

De acuerdo con Tejaldi (21) en nuestro país existe una sólida decisión por parte del Gobierno, prestadora y aseguradora de desarrollar procesos que garanticen a los usuarios una atención segura en las instituciones de salud. Por ello, antes que adoptar algunas buenas prácticas, a través de la Unidad Sectorial de Normalización, el Ministerio de la Protección Social convocó a toda la comunidad médico científica de Colombia, para desarrollar un documento que sirva de guía a las instituciones prestadoras de servicios de salud, acerca de las prácticas asistenciales más seguras para los pacientes; este documento es una Guía Técnica en “Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente en la Atención en Salud”.



## **Política institucional de Seguridad del Paciente.**

- Establecer, implementar y armonizar la política de Seguridad del Paciente con el direccionamiento estratégico de la institución.
- Establecer la prioridad que para la institución representa la seguridad del paciente.
- Socializar y evaluar su conocimiento por parte de los funcionarios de la institución.
- Promover un entorno no punitivo.

## **Promoción de la cultura de seguridad**

- La 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 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:

- del error como base, que lleve al aprendizaje organizacional y se origine de la conciencia del error cometido.

Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente (22), figuran en orden alfabético

La seguridad es la reducción del riesgo de daños innecesarios hasta un mínimo aceptable, el cual se refiere a las nociones colectivas de los conocimientos del momento, los recursos disponibles y el contexto en el que se prestaba la atención, ponderadas frente al riesgo de no dispensar tratamiento o de dispensar otro.

Un peligro es una circunstancia, un agente o una acción que puede causar daño.

Una circunstancia es una situación o un factor que puede influir en un evento, un agente o una o varias personas.

Un evento es algo que le ocurre a un paciente o que le atañe, y un agente es una sustancia, un objeto o un sistema que actúa para producir cambios

La seguridad del paciente es la reducción del riesgo de daños innecesarios relacionados con la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable, el cual se refiere a las nociones colectivas de los conocimientos del momento, los recursos disponibles y el contexto en el que se prestaba la atención, ponderadas frente al riesgo de no dispensar tratamiento o de dispensar otro.

El daño asociado a la atención sanitaria es el daño que deriva de los planes o medidas adoptados durante la prestación de atención sanitaria o que se

asocia a ellos, no el que se debe a una enfermedad o lesión subyacente.

Un incidente relacionado con la seguridad del paciente es un evento o circunstancia que podría haber ocasionado u ocasionó un daño innecesario a un paciente.

Un error es el hecho de no llevar a cabo una acción prevista según se pretendía o de aplicar un plan incorrecto

Una circunstancia notificable es una situación con gran capacidad de causar daños, pero en la que no se produce ningún incidente (por ejemplo, el caso de una unidad de cuidados intensivos muy atareada que se queda durante todo un turno con mucho menos personal del necesario, o el del traslado de un desfibrilador a una urgencia y el descubrimiento de que no funciona, aunque finalmente no se necesite).

Un cuasi incidente es un incidente que no alcanza al paciente (por ejemplo, se conecta una unidad de sangre a la vía de infusión intravenosa del paciente equivocado, pero se detecta el error antes de comenzar la infusión).

Un incidente sin daños es aquel en el que un evento alcanza al paciente, pero no le causa ningún daño apreciable (por ejemplo, se infunde la mencionada unidad de sangre, pero no era incompatible).

Un incidente con daños (evento adverso) es un incidente que causa daño al paciente (por ejemplo, se infunde la unidad de sangre errónea y el paciente muere de una reacción hemolítica).

Se considera daño la alteración estructural o funcional del organismo y/o todo efecto perjudicial derivado de ella. Los daños comprenden las enfermedades, las lesiones, los sufrimientos, las discapacidades y la muerte, y pueden ser físicos, sociales o psicológicos.

La enfermedad se define como una disfunción fisiológica o psicológica. La lesión es un daño producido a los tejidos por un agente o una circunstancia.

El sufrimiento consiste en la experiencia de algo subjetivamente desagradable y comprende el dolor, el malestar general, las náuseas, la depresión, la agitación, la alarma, el miedo y la aflicción.

Se entiende por discapacidad cualquier tipo de alteración estructural o funcional del organismo, limitación de actividad y/o restricción de la participación en la sociedad, asociadas a un daño pasado o presente.

Un factor contribuyente se define como una circunstancia, acción o influencia (por ejemplo, una mala distribución de los turnos o una mala asignación de tareas) que se considera que ha desempeñado un papel en el origen o la evolución de un incidente o que ha aumentado el riesgo de que se produzca un incidente.

Las características del paciente son atributos seleccionados de un paciente,

como sus datos demográficos o el motivo de consulta.

Los atributos son cualidades, propiedades o rasgos de algo o alguien.

Las características del incidente son atributos seleccionados de un incidente, como el entorno asistencial, la etapa de la atención, las especialidades implicadas o la hora y fecha del incidente.

### **VIOLACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD**

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

### **BARRERA DE SEGURIDAD**

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

### **SISTEMA DE GESTIÓN DEL EVENTO ADVERSO**

Se define como el conjunto de herramientas, procedimientos y acciones utilizadas para identificar y analizar la progresión de una falla a la producción de daño al paciente, con el propósito de prevenir o mitigar sus consecuencias.

### **ACCIONES DE REDUCCIÓN DE RIESGO**

Son todas aquellas intervenciones que se hacen en estructuras o en procesos de atención en salud para minimizar la probabilidad de ocurrencia de un incidente o evento adverso. Tales acciones pueden ser proactivas o reactivas, proactivas como el análisis de modo y falla y el análisis probabilístico del riesgo mientras que las acciones reactivas son aquellas derivadas del aprendizaje obtenido luego de la presentación del incidente o evento adverso, como por ejemplo el análisis de ruta causal. (23)

Según, Aranaz Y Moya, Seguridad del paciente y calidad asistencial es un término que incluye las actuaciones orientadas a eliminar, reducir y mitigar los resultados adversos evitables, generados como consecuencia del proceso de atención a la salud, además de promocionar aquellas prácticas que han resultado más seguras, al tiempo que propicia un cambio cultural que no culpabilice a los profesionales por sus errores; La estrategia de seguridad del paciente en desarrollo desde el año 2005, e incluida en el plan de calidad para el SNS en el año 2006, promueve acciones orientadas a mejorar la cultura de seguridad entre profesionales y pacientes, mejorar el conocimiento sobre los eventos adversos y promover la implementación de prácticas seguras en los centros asistenciales(24)

Según Mondragón A, Rojas JC, la seguridad del paciente: un componente de las políticas de salud que hay que fortalecer en América Latina, un evento adverso podría incluir, entre otros, el uso de técnicas inapropiadas, comunicación

deficiente, formación inadecuada de los recursos humanos, fallas del sistema de salud, y supervisión y monitoreo inapropiados.

Se deben crear estrategias para que el que hacer administrativo y logístico sea de importancia para entender y controlar los diferentes eslabones de la cadena de situaciones generadoras de eventos adversos, es de gran importancia que se articulen cada uno de los procesos que intervienen en el mejoramiento de la salud de esta manera entendiendo cada los componentes del proceso de atención en salud, la vigilancia, el control y el buen funcionamiento contribuirán a la atención segura, concientizándonos que existen factores de riesgo que permiten formular estrategias de esta manera evaluando y supervisando todos los eslabones de la cadena para determinarlos e intervenir de manera oportuna.(25)

Durán LM. señala que son los elementos generales que lo componen, normas internas que sustentan su funcionamiento, política de calidad, la cual incluye: objetivos tanto generales como específicos, inventario de los recursos destinados al sistema, metas y estándares de calidad, instrumentos y procedimientos propios del sistema, tipo y periodicidad de las auditorías, niveles de responsabilidad en la aplicación de procedimientos de responsabilidad en la aplicación de procedimientos de evaluación y control, y en la toma de decisiones para el mejoramiento de la calidad. Todo lo anterior garantiza a los usuarios un servicio eficiente, a un costo razonable y con el mínimo de riesgo. Los componentes del sistema de garantía de calidad en salud son:

1. Evaluación de la calidad de recursos: número de recurso humano, físico, equipo e insumos.
2. Evaluación de la calidad: registro de Historias Clínicas e incapacidades.
3. Auditoría Clínica directa: atención diagnóstica y terapéutica adecuada, calidad técnica de los profesionales y uso eficiente de los recursos.(26)

Según el Ministerio de Salud y Protección Social, la seguridad del paciente es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias y se define internacionalmente como: “la reducción del riesgo de daño innecesario asociado a la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable” (2)

Por otra parte el Observatorio de la Calidad en la Salud, señala los lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente en Colombia, la cual indica es liderada por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, cuyo objetivo es prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y de ser posible eliminar la ocurrencia de eventos adversos para contar con instituciones seguras y competitivas internacionalmente.

Según Giménez, T. La seguridad del paciente implica la evaluación permanente y proactiva de los riesgos asociados a la atención en salud para diseñar e implantar de manera constante las barreras de seguridad necesarias.

La seguridad del paciente es clave en la atención médica e incluso para el clima organizacional de la institución: los pacientes y sus familiares siempre desearán sentirse seguros confiando plenamente en dicha atención, la hospitalización y en el uso de los recursos hospitalarios para su tratamiento y el personal asistencial y administrativo buscará con la seguridad alcanzar y ofrecer una atención eficiente y efectiva que permita mantener la calidad en la prestación de los servicios de salud de su institución.

Es así que la seguridad del paciente es el resultado de la interacción permanente de características de los pacientes como su condición socioeconómico, nivel educativo, apoyo familiar, edad o grado de vulnerabilidad; de los profesionales como la comunicación, formación, capacidad de trabajo en equipo y errores y del contexto institucional como los recursos asistenciales, condiciones latentes para errar y políticas institucionales. Al experimentar un desequilibrio entre las características previamente citadas aparecen los incidentes que son "cualquier evento o circunstancia que ha ocasionado o podría haber ocasionado un daño innecesario a un paciente" como consecuencia de la atención o un evento adverso cuando se ha producido daño al paciente ya sean lesiones, sufrimientos, enfermedades, discapacidades o muerte.(27)

Por otro lado, Reason J., psicólogo de la universidad de Manchester y leicester y especialistas en error médico él su TEORIA DEL ERROR el realiza un comparativo del sistema humano a varias rebanadas de queso suizo y también llamado modelo de efecto acumulativo en el cual se abarcan las fallas activas como las latentes , en las activas se hace referencia a los actos inseguros los cuales pueden llevar directamente a cometer un error o un accidente en el caso de la salud un ejemplo es todos los factores que pueden contribuir a que se presente un efecto adverso el cual se le puede cometer al paciente de forma no intencional pero que pudo haber sido prevenido si se hubiesen tomado las medidas necesarias para evitar tal hecho.

Es utilizado en salud para analizar el riesgo y la gestión del mismo, en dicho modelo se Presentan las barreras con varias rebanadas de queso donde el peligro latente se puede dar de varias formas como técnica inapropiada, comunicación deficiente, formación inadecuada, fallo en la supervisión, monitorización deficiente y finalmente el daño.

Es una teoría utilizada ampliamente por muchas instituciones de salud y es muy fuerte ya que de intervenir positivamente en al menos más de uno de los ítems

mencionados se puede lograr evitar que se presente dicho error.

Según Marmolejo MR, la red de salud En el comité de seguridad del paciente se propuso el siguiente Plan de mejoramiento para oportunidades de mejora presentadas:

El personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores:

Acciones a implementar, Establecer con los colaboradores de intrahospitalario y AMA que ante una duda pueda hablar con el profesional o preguntar a un segundo profesional, socializar esta determinación con los funcionarios.

Todos los cambios de medicación son comunicados de forma clara y rápida a todos los profesionales implicados en la atención del paciente:

Acciones a implementar, Se implementó el kardex desde el servicio de urgencias, para que el paciente llegue a hospitalización con las órdenes ejecutadas. Se debe revisar la historia clínica de todos los pacientes una vez llegan a los servicios de intrahospitalaria.

Realizar rondas de entrega de turnos a las 7:00am con médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería; Cuando notificamos algún incidente, nos informan de qué tipo de actuaciones se llevan a cabo:

Acciones a implementar:

1. Dar información a cada líder desde el área de Calidad y los líderes deben realizar la socialización de las actividades realizadas y la lección aprendida en las reuniones de procesos mensuales
2. Implementar en el aplicativo reportemos un espacio para que los colaboradores que deseen saber cómo se gestionó su reporte registren su correo electrónico.

Como conclusión de un total de 46 preguntas 29 se calificaron mayor al 60% y 17 se calificaron menor a 60% se encuentra que se cumple con un 63% en el año 2017 en la seguridad del paciente.

## 5. METODOLOGIA

### 5.1. ÁREA DE ESTUDIO

Situación Geográfica: Red de salud del centro E.S.E

### 5.2. ENFOQUE Y TIPO DE ESTUDIO

Para el desarrollo de la investigación se empleó una encuesta de tipo descriptivo, que se enfoca en la observación, descripción y documentación del estudio de la frecuencia y distribución de los eventos y conductas percibidos por 310 colaboradores de la red de salud centro, a través de criterios sistemáticos cuantitativos, Es un estudio de abordaje transversal, puesto que el análisis se concentra en un punto fijo en el tiempo, en un momento determinado, Se llevó a cabo con un abordaje cuantitativo, así, toda la información numérica resultante de la investigación será procesada y se presentará como un conjunto de cuadros, tablas y medidas.

### 5.3. INSTRUMENTO.

se s han calculado sus medidas de tendencia y presentado organizadamente; EVM - F - 64 CUESTIONARIO SOBRE SEGURIDAD DE LOS PACIENTES, La medición se hizo a al través de la versión Española del instrumento adaptado por el grupo de investigación en gestión de calidad de la universidad de Murcia, modificada por el área de seguridad del paciente de la ESE, para examinar las características, comportamientos y opiniones de la muestra del estudio acerca de la cultura de seguridad del paciente, a través de la aplicación de una serie de preguntas divididas en 4 secciones, nombradas de la siguiente forma: **sección A SU SERVICIO/PROCESO:** Trabajo en equipo en la unidad o servicio, Aprendizaje Organizacional/ mejora continua, Percepción de seguridad; Trabajo en equipo entre unidades, Problemas en cambios de turno y Transiciones entre servicios/unidades en la cual se presenta 26 preguntas organizadas en positivo y negativo con los siguientes ítems de respuesta de la pregunta (1 a la 18), se realizan respuestas 1: Muy en desacuerdo 2: En desacuerdo 3: Indiferente 4: De acuerdo 5: Muy de acuerdo., de la (22 a la 26) 1. Nunca 2. Casi nunca 3. A veces 4. Casi siempre 5. Siempre, se tomaron en cuenta para la tabulación las respuestas de acuerdo a su palabra escrita no se tomaron en cuenta los numero asignados a cada una, **sección B EN LA RED DE SALUD CENTRO:** Expectativas y acciones de la dirección/supervisión de la unidad/Servicio que favorecen la seguridad, apoyo de la Gerencia del Hospital en la seguridad del paciente, que va desde la pregunta (22 la 32) tomando como respuestas 1. Nunca 2. Casi nunca 3. A veces 4. Casi siempre 5. Siempre, en la sección c, COMUNICACIÓN **EN SU SERVICIO/ PROCESO,** Franqueza en la comunicación, Feed back y comunicación sobre errores; Respuesta no punitiva a los errores, las cuales van desde (33 al 41) 1. Nunca 2. Casi nunca 3. A veces 4. Casi siempre 5. Siempre

**sección D, INFORMACION COMPLEMENTARIA** , Cantidad de incidentes reportados, Calificación del grado de seguridad del paciente, se difiere de la siguiente forma pregunta 42 se le asigna una calificación numérica del (1 al 10) siendo 1 mínima seguridad y 10 máxima seguridad, pregunta 43 -44-45 tienen su especificación acerca del tiempo que lleva dedicado a la profesión que desempeña, las opciones 46 tiene su enfoque en el tiempo en horas semanales que labora en la entidad, 47-48 tiene s su lineamiento hacia el reporte si se realiza y en qué cantidad, el numeral 49-50 se plantea para identificar el área en la cual labora y la profesión que el profesional o la persona que diligencio la encuesta tiene al momento de realizar la encuesta; por último se tiene una opción para dar un comentario personal,

#### 5.4. POBLACIÓN

Colaboradores de la red de salud del centro, quienes calificaron la percepción de seguridad brindada a los pacientes por medio de una encuesta estandarizada; teniendo en cuenta que en la red laboran 646 personas, se realizó a 310 colaboradores de acuerdo a la dependencia o área.

#### 5.5. MUESTRA

El muestreo se realizó con un muestreo probabilístico, estratificado por área o dependencia, participaron 310 colaboradores.

ÁREA/DEPENDENCIA
PROCESO PROMOCION Y PREVENCIÓN
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
APOYO DIAGNOSTICO
ATENCION AMBULATORIA-CONSULTA MEDICA GNAL
GESTION DE INSUMOS
PARTOS
ATENCION INTRAHOSPITALARIA- PARTOS
ATENCION INTRAHOSPITALARIA- HOSPITALIZACIÓN
ATENCION INTRAHOSPITALARIA- URGENCIAS
ATENCION INTRAHOSPITALARIA- CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN
INTRAHOSPITALARIA
ATENCION INTRAHOSPITALARIA- URGENCIAS
ATENCION INTRAHOSPITALARIA- HOSPITALIZACIÓN
URGENCIAS
ATENCION INTRAHOSPITALARIA- URGENCIAS
ATENCION INTRAHOSPITALARIA- HOSPITALIZACIÓN
ESPECIALISTAS
CONSULTA MÉDICA GENERAL



ATENCION AMBULATORIA-CONSULTA MEDICA GNAL
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
ATENCION INTRAHOSPITALARIA- URGENCIAS
AMBULATORIA - ODONTOLOGIA
ATENCION AMBULATORIA- ODONTOLOGÍA
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
REHABILITACIÓN
REHABILITACIÓN
VICTIMAS
PROCESO APOYO DIAGNOSTICO
APOYO DIAGNOSTICO
APOYO DIAGNOSTICO-RAYOS X
APOYO DIAGNOSTICO - LABORATORIO DE REFERENCIA
POOL DE AMBULANCIAS
POOL DE AMBULANCIAS
POOL DE AMBULANCIAS-MEDICOS
PARAMÉDICOS
CONDUCTORES
SEM

ÁREA/DEPENDENCIA
PROCESO GESTION DE LA INFORMACION
GESTION DE LA INFORMACIÓN
OPERARIOS
ATENCIÓN AL USUARIO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
FACTURACION
ARCHIVO
PERSONAL ADMINSITRATIVO
ASESOR
AUXILIAR ADMINISTRATIVO
SECRETARIO
TESORERO
GERENTE
TALENTO HUMANO
JURIDICO
EVALUACION Y MEJORA – CALIDAD
PROCESO GESTION FINANCIERA
PROCESO GESTION DEL RECURSO FISICO

SUBGERENTE
CONSERJE
CONSERJE

### 5.6. CRITERIO DE INCLUSION.

- Personal asistencia y administrativo (medico, enfermeras, odontólogos, auxiliares), que labora en la ESE centro y acepto participar en la investigación.
- Que tengan contrato vigente con la institución al momento de participar en el estudio

### 5.7. PLAN DE ANÁLISIS:

Tras solicitar y obtener los permisos pertinentes mediante entrevista personal y solicitud escrita, de acuerdo a las consideraciones éticas del estudio, informando de los objetivos del estudio, así como la metodología que se siguió; el instrumento fue la herramienta para examinar de manera fiable las conductas y actitudes de los trabajadores del área de la salud relacionadas con la seguridad del paciente.

Además se incluyó una pregunta que permitió valorar la calificación global de la seguridad en el ambiente, el número de eventos notificados en el último año y variables socio-profesionales.

El cuestionario contiene preguntas formuladas positivamente y otras formuladas negativamente. Se agrupan en un total de 4 dimensiones, cuyo significado, respetando la terminología de la versión original, se describe en la Tabla 1. El análisis de las respuestas tiene sentido tanto para cada ítem en particular como para cada dimensión en su conjunto, en todos los casos se indago la percepción sobre cada ítem y la dimensión que tienen los profesionales que responden, En el análisis de frecuencias inicial por ítems, se mantuvo las opciones de respuesta originales, pero para el análisis global por dimensiones, se invirtió la escala de las preguntas que están formuladas en sentido negativo para facilitar el análisis.

**TABLA 1. ITEMS DE RESPUESTA.**

Negativo		Neutral	Positivo	
1.MUY EN DESACUERDO	2.EN DESACUERDO	3 INDIFERENTE	4 DE ACUERDO	5 MUY DE ACUERDO
1 NUNCA	2 CASI NUNCA	3 A VECES	4 CASI SIEMPRE	5 SIEMPRE

Con esta codificación se calcularon las frecuencias relativas de cada categoría, tanto para cada uno de los ítems, como del indicador compuesto de cada dimensión. Estas estimaciones puntuales se acompañaron del correspondiente intervalo de confianza del 95%.

El cuestionario se administró a los participantes quienes respondieron por escrito una serie de preguntas formuladas en el cuestionario, que después de informar personalmente el propósito y los parámetros éticos de la investigación, lo entregará al personal asistencial y administrativo para su diligenciamiento de forma individual. Este proceso se llevó a cabo durante el segundo semestre de 2018 en la red de salud ESE centro.

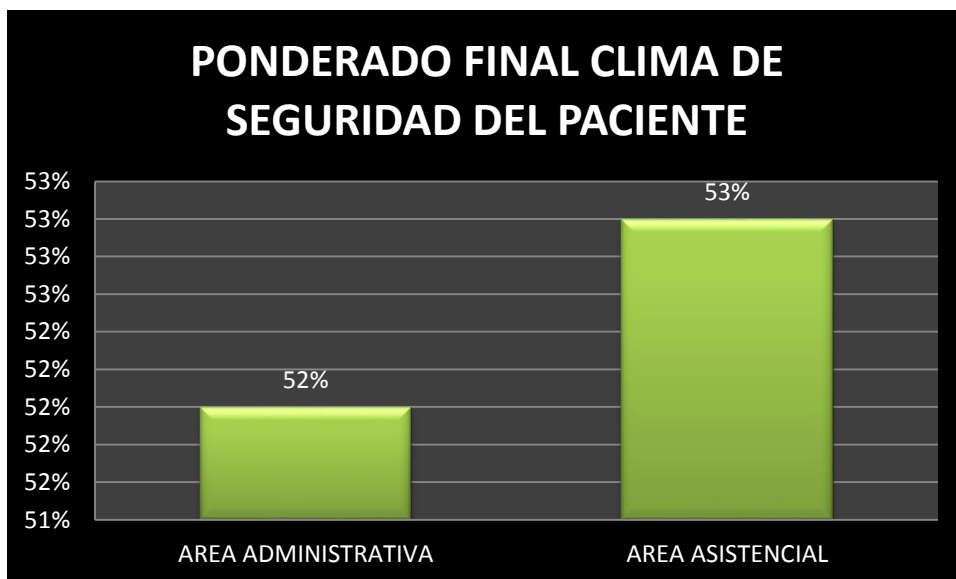
Se creó una base de datos en Microsoft Excel, donde se incluyen las variables suministradas por el instrumento, asignando un puntaje numérico para cada una de las opciones de respuesta de la escala tipo Likert encontradas en el cuestionario siendo para la sección A: 1 muy en desacuerdo; 2 en desacuerdo; 3 indiferente; 4 de acuerdo; 5 muy de acuerdo, y para las secciones B, y C: 1 nunca; 2 casi nunca; 3 a veces; 4 casi siempre; 5 siempre. En las preguntas no diligenciadas se asignó N/A. Para la sección D, se calificó numéricamente del 1 al 10 el grado de seguridad del paciente, se crearon tablas dinámicas en el mismo documento y se realizó cada una de las grafica que corresponden a cada ítem. Y de esta manera se dio un análisis para el área asistencial y el área administrativa, que se describió de la siguiente manera.

TABLA 2. DIMENSIONES DE LA CULTURA DE SEGURIDAD Y LOS ÍTEMS QUE INCLUYEN

SECCION	NOMBRE DE LA SECCION	VARIABLES
<b>A</b>	<b>SU SERVICIO/PROCESO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trabajo en equipo en la unidad o servicio</li> <li>• Aprendizaje Organizacional/ mejora continua</li> <li>• <b>Percepción de seguridad</b></li> <li>• Trabajo en equipo entre unidades</li> <li>• Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades</li> </ul>
<b>B</b>	<b>EN LA RED DE SALUD CENTRO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Expectativas y acciones de la dirección/supervisión de la unidad/Servicio que favorecen la seguridad</li> <li>• Apoyo de la Gerencia del Hospital en la seguridad del paciente</li> </ul>

<b>C</b>	<b>COMUNICACIÓN EN SU SERVICIO/ PROCESO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Franqueza en la comunicación</li> <li>• Feed back y comunicación sobre errores</li> <li>• Respuesta no punitiva a los errores</li> </ul>
<b>D</b>	<b>INFORMACION COMPLEMENTARIA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cantidad de incidentes reportados</li> <li>• Calificación del grado de seguridad del paciente</li> </ul>

## 6. RESULTADOS Y ANÁLISIS



Fuente: Cuestionario sobre la seguridad de los pacientes aplicado a la Red de Salud Centro (E.S.E)

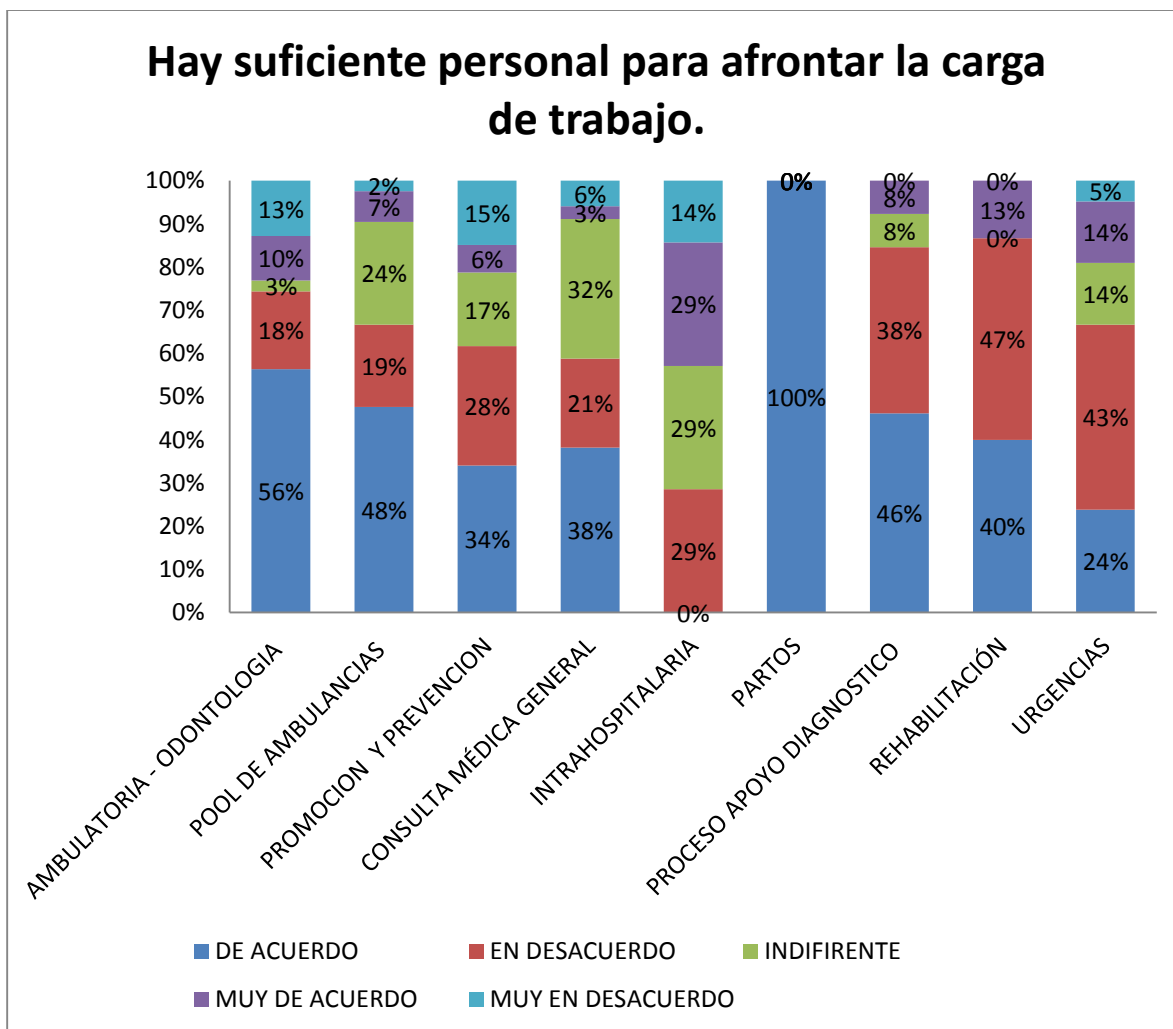
Teniendo en cuenta lo observado en la gráfica de ponderado final de clima de seguridad al paciente en la sesión A del área Administrativa tiene un promedio de un 59% con respecto al 53% promedio ponderado final de clima de seguridad al paciente y la sección A del área asistencial con un promedio de un 60% y con respecto al 52% del promedio ponderado final de clima de seguridad al paciente Asistencial podemos decir que en esta sección, la Red de Salud Centro (E.S.E) tiene una fortaleza con buen clima laboral y por ende ayuda a la construcción de una cultura de seguridad del paciente.

Analizando la Sección B del área administrativa tiene un promedio de un 47% con respecto al 53% promedio ponderado final de clima de seguridad al paciente y la sección B del área asistencial esta con un promedio del 41% con respecto al 52 % del promedio ponderado observamos que se debe trabajar en conjunto con la gerencia para implementar planes de mejora que faciliten que el personal se coordine bien entre ellos que se adhieran a la planeación estratégica y que todos trabajan en una misma dirección para asegurar el buen clima de seguridad al paciente.

Identificamos en la Sección C del área Administrativa que tiene un promedio de un 51% con respecto al 53% promedio ponderado final de clima de seguridad al paciente observamos que se debe trabajar y motivar al personal frente a la notificación de incidentes creando estrategias y planes de mejoras facilitando el buen clima de seguridad al paciente. Por otro lado el Área Asistencial con un

promedio del 57% con respecto al 52% del promedio ponderado de final de clima de seguridad al paciente.

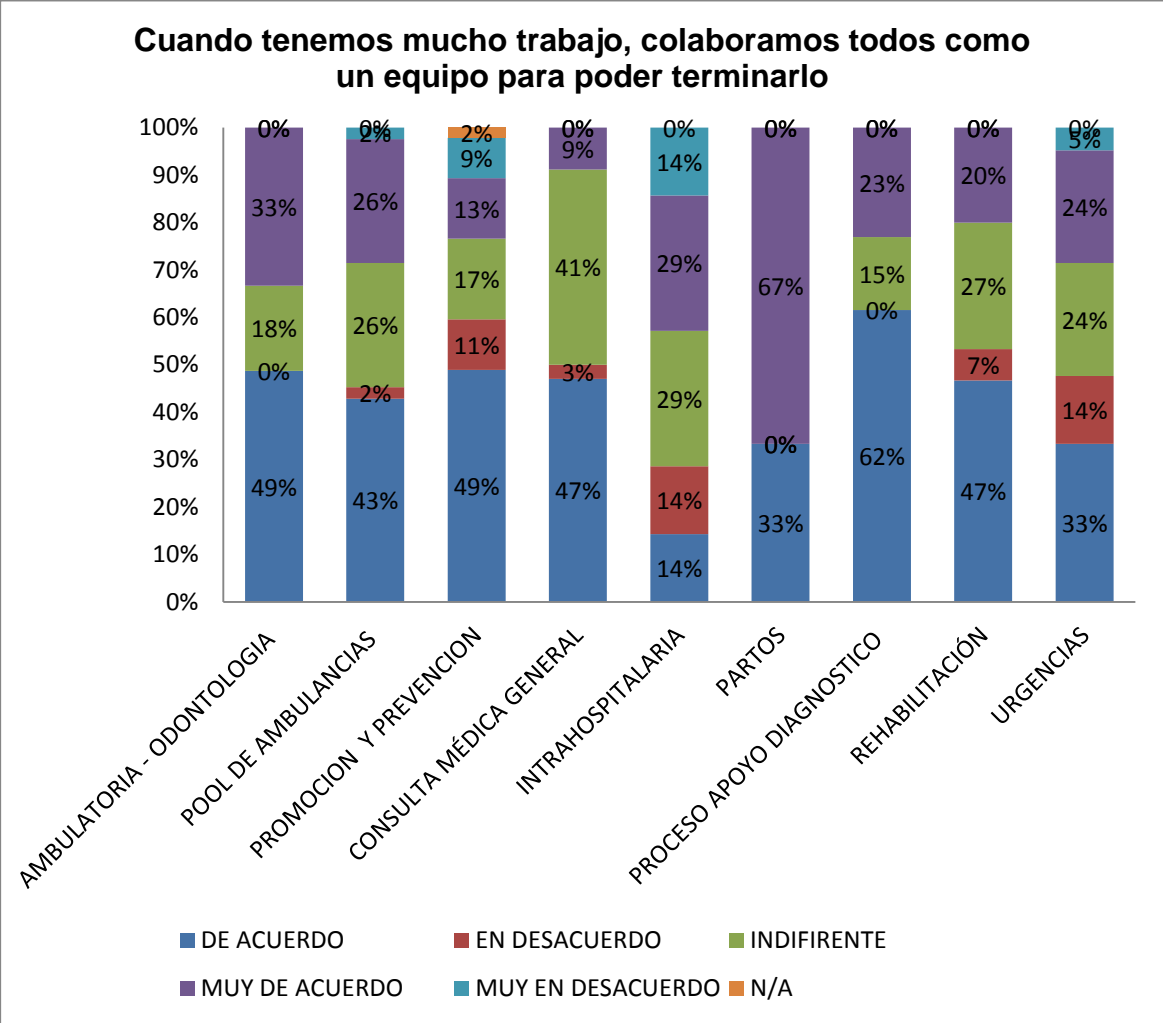
## SECCION A DEL AREA ASISTENCIAL



Fuente: Cuestionario sobre la seguridad de los pacientes aplicado a la Red de Salud Centro (E.S.E)

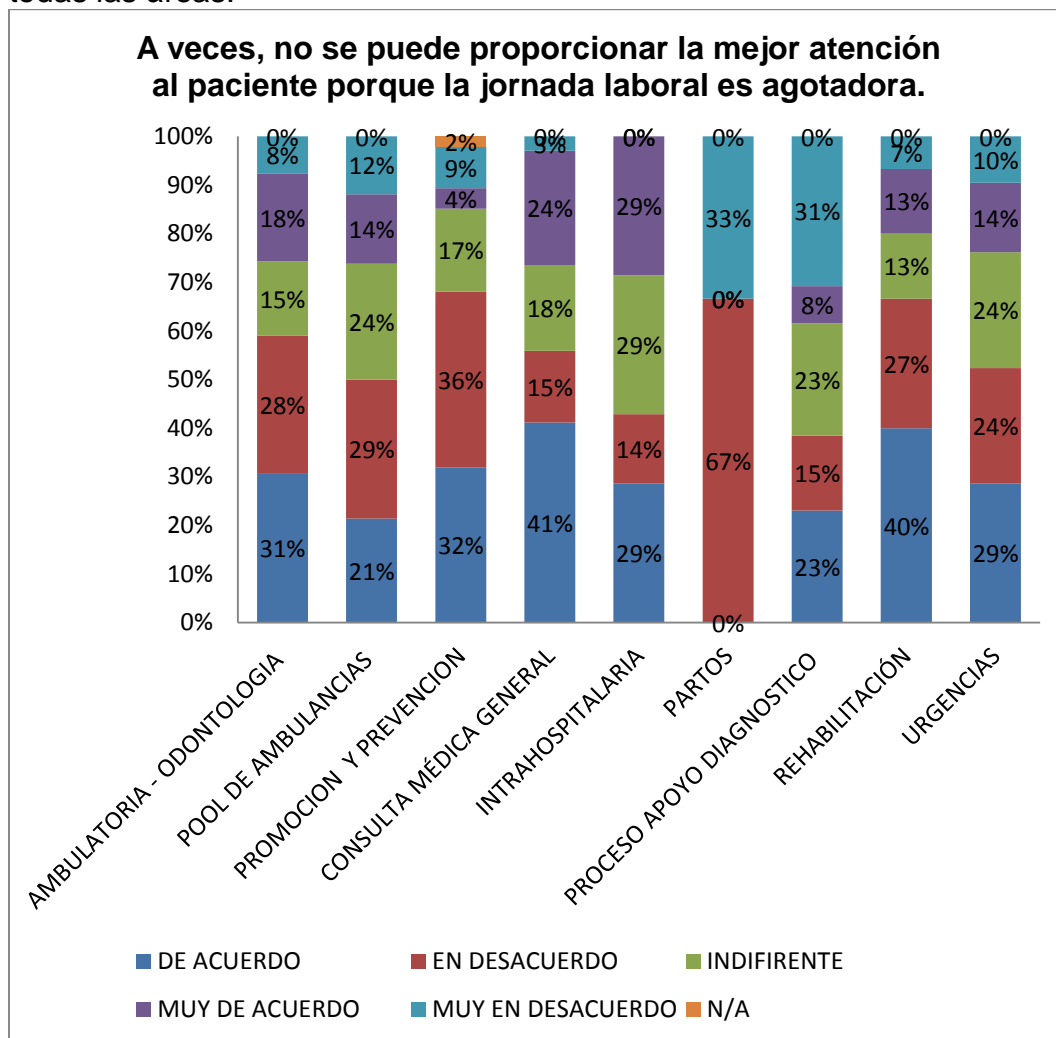
Se pudo observar una percepción en el área consulta médica general el 41% se encontró muy de acuerdo, de resto en todas las áreas hay porcentajes entre el 20y el 30% que manifiesta estar de acuerdo, y porcentajes entre el 10% y el 20% que manifiesta estar muy de acuerdo con que a veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora sin embargo se pudo observar que en el área de partos el 100% del personal se encuentra de acuerdo con que el personal es suficiente para afrontar la carga de trabajo. En el resto de las áreas, se pudo observar una heterogeneidad en las percepciones pues a pesar, de que hay una alta percepción favorable de la gente que dice estar

de acuerdo; respecto al ítem donde se evalúa si el personal se apoya mutuamente la parte más representativa se encontró en el área de apoyo diagnóstico donde el 77% se encuentra de acuerdo con esta afirmación, se pudo establecer que en la Red de Salud centro hay una percepción favorable sobre el apoyo mutuo al interior de las áreas, sin embargo, un 67% significativamente se encuentra de acuerdo y muy de acuerdo con que hay trabajo en equipo al interior de las áreas. Sin embargo, en casos como Consulta médica general donde el 41,18% se manifiesta indiferente, en Intrahospitalaria donde el 28,57% también se manifiesta indiferente, Pool de ambulancias (26,19%) y urgencias 20%, donde el personal no manifiesta estar a favor o en contra, no obstante, se puede considerar que apoyo mutuo conduce al trabajo en equipo y es un factor esencial para el buen clima laboral y por ende ayuda a la construcción de una cultura de seguridad del paciente.



Fuente: Cuestionario sobre la seguridad de los pacientes aplicado a la Red de Salud Centro (E.S.E)

Por otro lado, el 67% del personal correspondiente al área de urgencias considero estar de acuerdo con que se tienen actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente este es el reflejo de que la institución está trabajando en ello, lo cual es un factor positivo. En cuanto al personal que se manifiesta indiferente, como el caso de especialistas donde el 100% del personal no está de acuerdo o en desacuerdo se puede decir que es necesario que participen y se involucren en los procesos que realiza la institución sobre el afinamiento de la seguridad del paciente, pues es un tema que le compete a cada uno de los colaboradores y a todas las áreas.

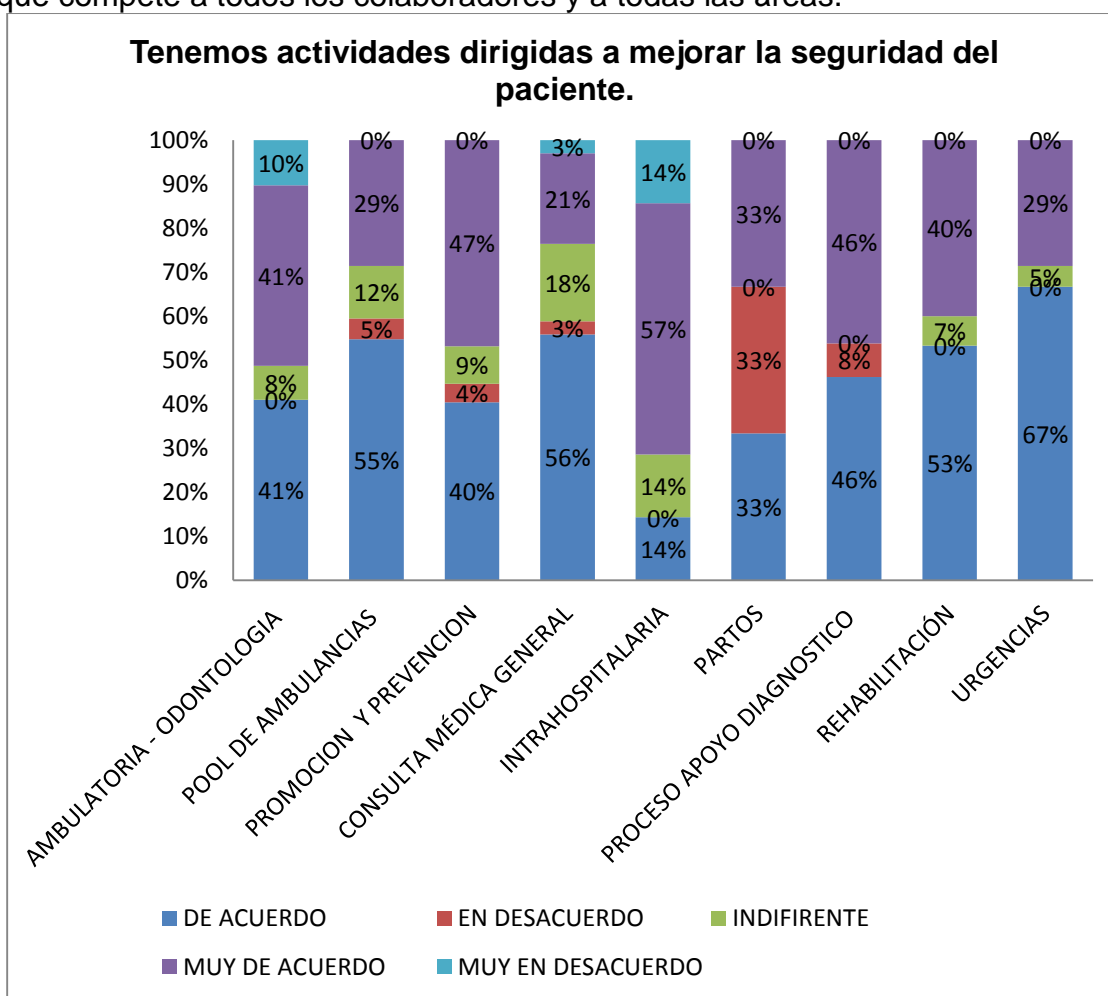


Fuente: Cuestionario sobre la seguridad de los pacientes aplicado a la Red de Salud Centro (E.S.E)

En términos generales, respecto a este ítem se concluye que se evidencia el esfuerzo dentro de la institución por tomar acciones que contribuyan a mejorar la seguridad del paciente y por ende a mejorar la calidad de sus servicios, lo que se



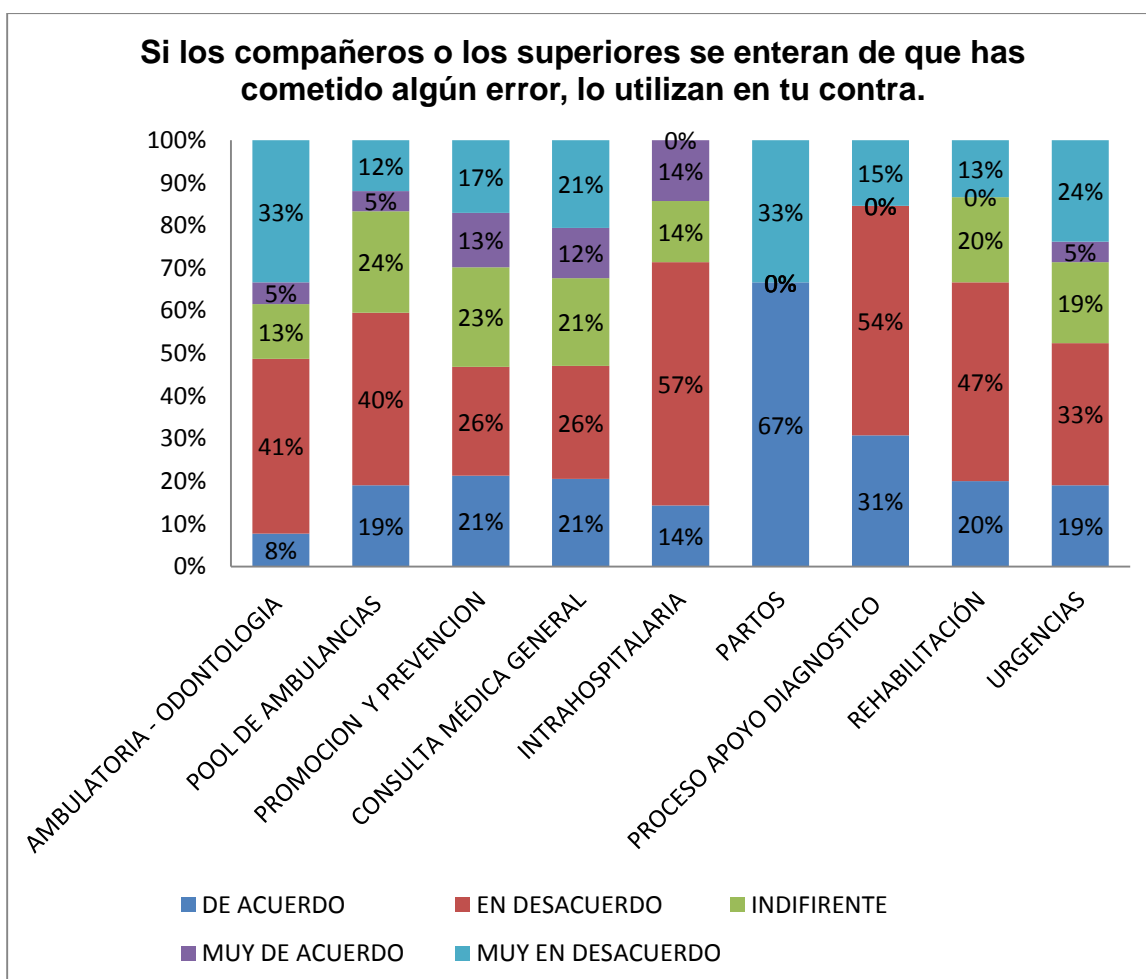
destaca como uno de los aspectos positivos que se encontraron en este trabajo. Se pudo observar también que un 77% que corresponde al área de proceso apoyo diagnóstico considero que cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo, esto mostro una percepción positiva sin embargo, también se observó un alto porcentaje de personal dentro de las áreas que se muestran indiferentes como es el caso de partos con un 33%, respecto a esto se puede decir que es importante que todo el personal se involucre de manera responsable y activa en la cultura de seguridad del paciente, pues como ya se había mencionado es un tema que compete a todos los colaboradores y a todas las áreas.



Fuente: Cuestionario sobre la seguridad de los pacientes aplicado a la Red de Salud Centro (E.S.E)

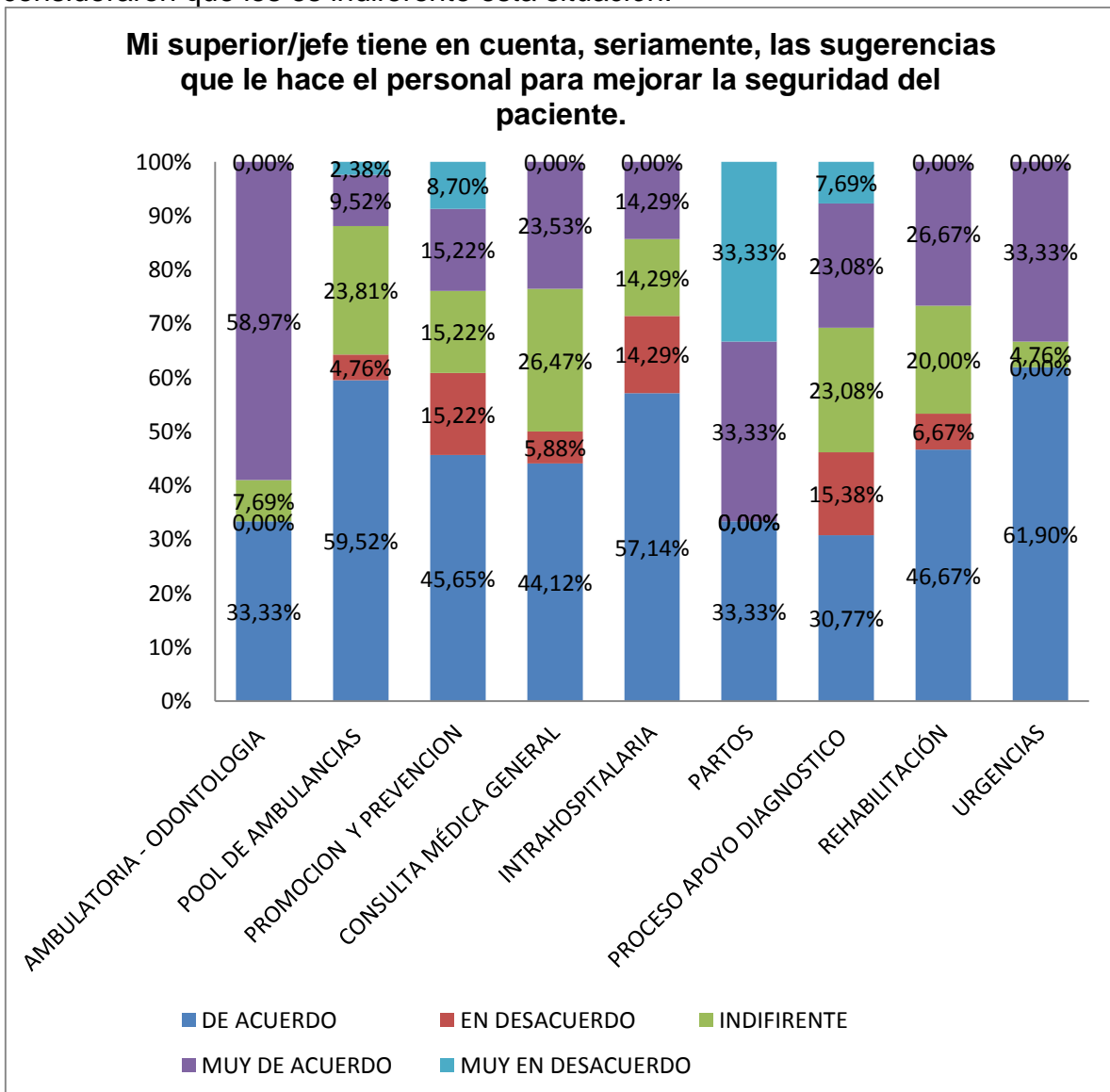
En términos generales se pudo establecer que en la institución no hay una cultura de buscar culpables cuando ocurren fallos en la atención, pues como se pudo observar que en todas las áreas las respuestas van encaminadas a estar en desacuerdo, muy en desacuerdo o indiferentes. Sin embargo, en áreas como Pool

de ambulancias (10%), PyP (15%), Intrahospitalaria (14%), Apoyo diagnóstico (8%), Rehabilitación (13%) y urgencias (14%) hay personal que manifiesta estar muy de acuerdo, lo que puede sugerir que aunque no hay una cultura de buscar culpables para los errores si ha ocurrido en alguna ocasión, lo que puede estar originando esta percepción estos empleados que se encuentran muy de acuerdo; sin embargo, se observó una percepción positiva, sobre todo en áreas como Especialistas donde el 100% del personal se encuentra de acuerdo, al igual que en el área intrahospitalaria de que los cambios que se hacen para mejorar la seguridad del paciente se evalúan para comprobar su efectividad, tan solo, en el área de apoyo diagnóstico hay un porcentaje superior al 10% del personal que indica estar en desacuerdo por lo que se puede inferir que efectivamente la institución está llevando a cabo un plan de afinamiento de la cultura de seguridad del paciente y que se enfoca en los resultados que se obtienen a partir de los cambios que se implementan.



Fuente: Cuestionario sobre la seguridad de los pacientes aplicado a la Red de Salud Centro (E.S.E)

Respecto a la pregunta “nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad del paciente” se pueden observar distintas posiciones por parte del personal, se podría establecer que en áreas como Pool de ambulancias, Apoyo diagnóstico Rehabilitación la percepción es negativa (38-40% respectivamente) es equivalente a la percepción positiva, tan solo en el área de rehabilitación el 50% se encuentra de acuerdo con que nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad del paciente; por otra parte, se identifica un alto porcentaje de personal que se muestra indiferente (100%) en área de partos, lo cual, también es negativo pues no ayuda a crear una línea clara de partida sobre cómo el total de los empleados encuestados en esta área consideraron que les es indiferente esta situación.

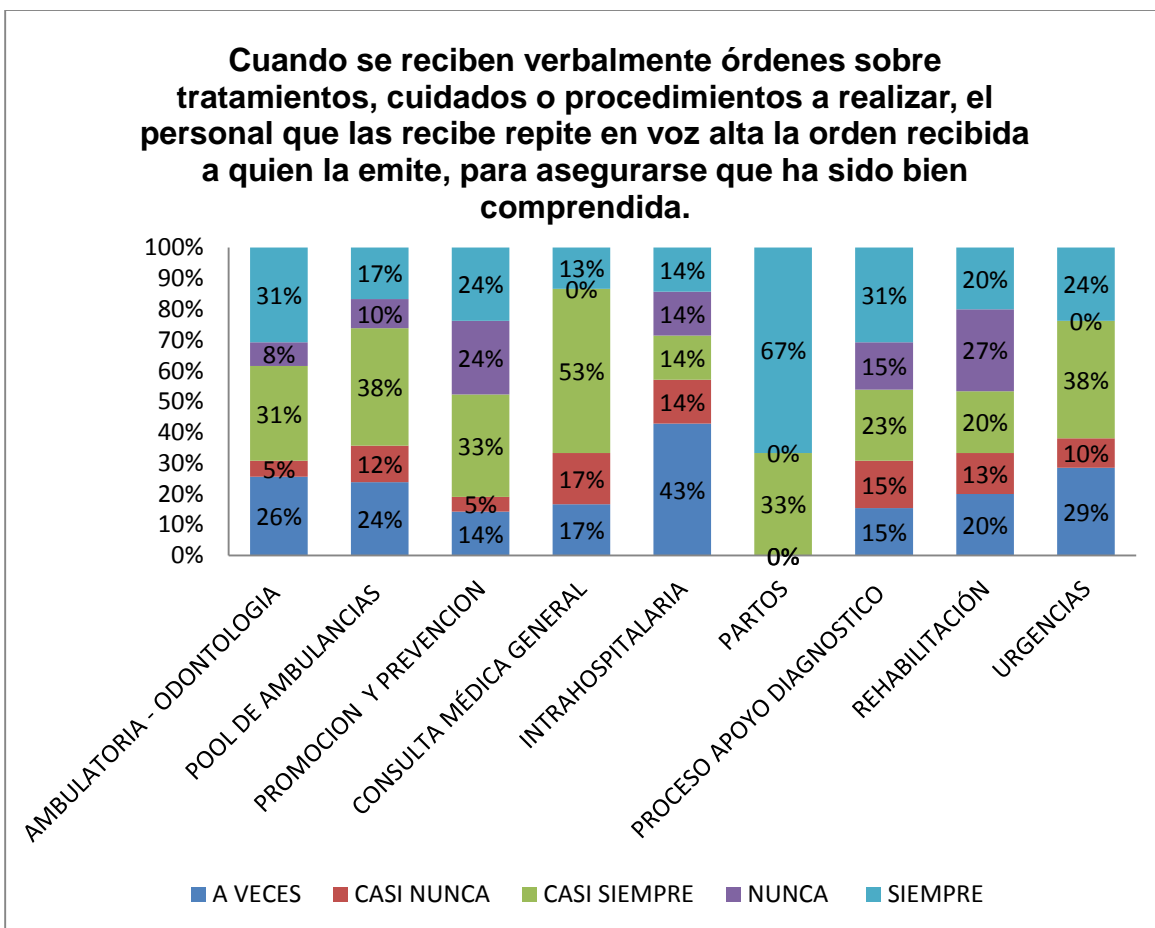


Fuente: Cuestionario sobre la seguridad de los pacientes aplicado a la Red de Salud Centro (E.S.E)

Por otro lado, un 33% correspondiente al área de partos se encuentra muy de acuerdo con la pregunta relacionada con “Cuando se comete un error, el personal teme que eso quede en su expediente”, sin embargo, se pudo apreciar que en todas las áreas hay un alto porcentaje de personal que se muestra de acuerdo con que se preocupan porque los errores queden registrados en sus hojas de vida. Los porcentajes más altos se presentan en las áreas de Apoyo diagnóstico (69,23%), Rehabilitación (53%) y urgencias (50%); frente a esto, es natural que los colaboradores sientan temor de que sus hojas de vida se vean empañadas por los errores que cometan, sin embargo, es importante el análisis que se debe realizar en cada caso y evaluar las situaciones en que afecten al paciente y que se demuestre que fue por negligencia en la atención; sin embargo la cultura de seguridad del paciente se caracteriza por no ser punitiva de lo contrario se fomenta la cultura del no reporte lo cual evitaría hallar los factores de riesgo que existen para desarrollar actividades de mejora; por otro lado en otro ítem se observó que el 47% del personal se encuentra muy en desacuerdo con que en la unidad hay problemas relacionados con la seguridad del paciente; sin embargo un 54% del área de apoyo diagnóstico se encontró de acuerdo con esta afirmación, no obstante a pesar de que en el ítem anterior los colaboradores reconocieron que si existen problemas relacionados con la seguridad del paciente dentro de sus áreas de trabajo, también reconocieron en un 69% que sus procedimientos y medios de trabajo son buenos para evitar los errores en la asistencia médica. Este es un factor positivo e importante ya que las buenas prácticas disminuyen el riesgo de caer en la realización de procedimientos incorrectos.

Respecto a la evaluación que se realizó a la siguiente pregunta: “Mi superior/jefe expresa su satisfacción cuando intentamos evitar riesgos en la seguridad del paciente” el 64% de los encuestados manifestaron estar muy de acuerdo con dicha pregunta, lo que puede sugerir que la buena relación entre colaboradores y en especial entre jefes y subordinados tiene un impacto directo en la actitud con la que se presta la asistencia, por tal motivo es fundamental que haya un respeto mutuo y en lo posible una admiración y elogio por el trabajo del otro. En este caso se puede observar que en todas las áreas más del 70% del personal reconoce estar de acuerdo y muy de acuerdo con que su superior expresa satisfacción cuando se intenta evitar riesgos en la seguridad del paciente, se puede esto relacionar con el ítem “Mi superior/jefe expresa su satisfacción cuando intentamos evitar riesgos en la seguridad del paciente”, donde el 54% de los encuestados dijo estar muy de acuerdo con ésta afirmación y el 67% afirmó estar de acuerdo; se puede evidenciar que en todas las áreas el personal se muestra a favor de que los jefes si tienen en cuenta seriamente sus sugerencias para mejorar la seguridad del paciente ya que el personal asistencial es quien está directamente relacionado debido a que tienen contacto directo con los pacientes y son quienes día a día

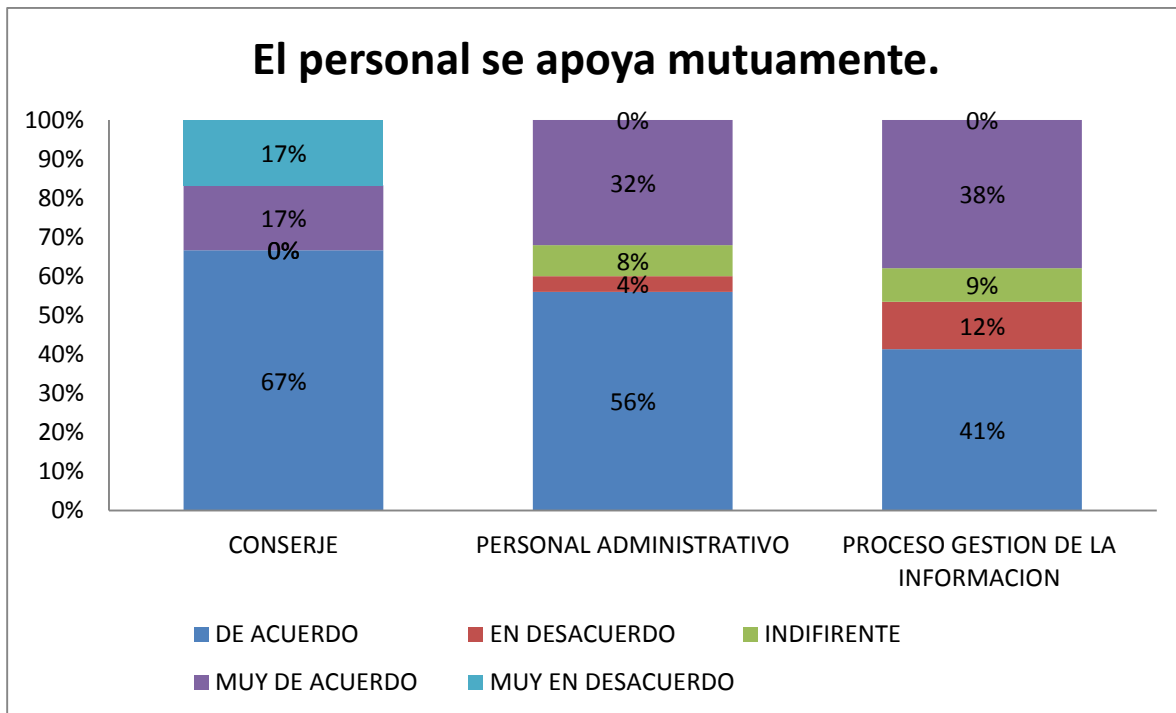
identifican aquellos aspectos que funcionan y aquellos que no; relacionado a esto también se identificó que el 62% del personal considera que se encuentra en desacuerdo con que su jefe pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente.



Fuente: Cuestionario sobre la seguridad de los pacientes aplicado a la Red de Salud Centro (E.S.E)

## SECCION A DEL AREA ADMINISTRATIVA

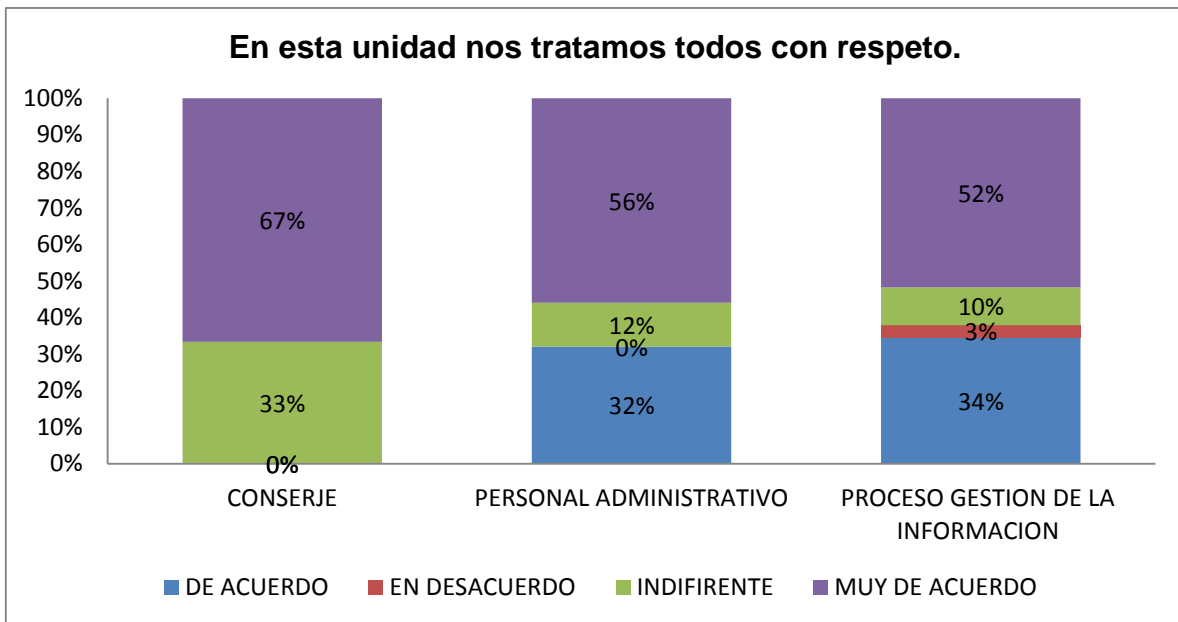
Realizando una revisión de las gráficas obtenidas tras la tabulación de la información tomada entre los trabajadores administrativos de la ESE se pueden identificar varios factores que favorecen la política de seguridad del paciente como lo son:



Fuente: Cuestionario sobre la seguridad de los pacientes aplicado a la Red de Salud Centro (E.S.E)

Existe un adecuado trabajo en equipo, siendo mejor percibido por el personal conserje con un 67% de acuerdo, le sigue el personal administrativo con el 56% de acuerdo y por último el personal de proceso gestión de la información con un 41% de acuerdo, pero en general la percepción de trabajar en equipo es alta y es algo muy positivo para la institución.

La percepción que se tiene de tener suficiente personal para la actividades diarias de la institución también arrojan valores muy favorables, en donde el 67% del personal conserje está de acuerdo, seguido por un 48% de acuerdo del personal administrativo y terminando con un 45% de acuerdo para el personal de proceso de gestión de la información; Cuando se genera recarga laboral, se puede identificar que el personal es muy perceptivo y colaborador, en este caso la colaboración cuando se tiene mucho trabajo está encabezado por el personal administrativo que está de acuerdo en un 68% + un 16% muy de acuerdo, seguido del personal conserje quienes en su mayoría están de acuerdo con un 67% + 17% muy de acuerdo y finalizando con el personal de proceso de gestión de la información el cual considera que el apoyo está en 41% de acuerdo + 33% muy de acuerdo.



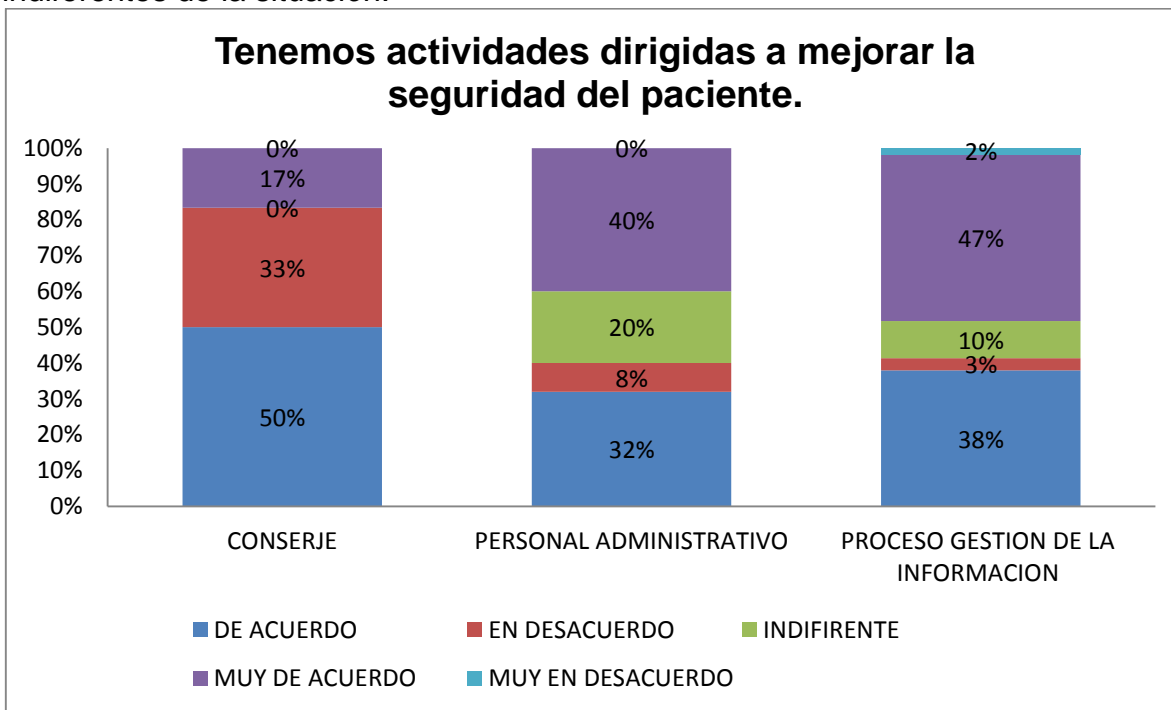
Fuente: Cuestionario sobre la seguridad de los pacientes aplicado a la Red de Salud Centro (E.S.E)

El ambiente laboral que se tiene en la ESE es agradable debido a su compañerismo, trabajo en equipo y trato con respeto que también cuenta con porcentaje de acuerdo del 31% y muy de acuerdo del 54%, porcentajes mucho más elevados que los de indiferencia en un 12% de la población encuestada.

Cuando se habla de jornadas laborales agotadoras que impiden proporcionar la mejor atención al paciente se puede determinar que el personal está de acuerdo en que este es un factor que logra afectar la atención, el personal conserje está de acuerdo en un 50% e indiferente en un 33%, el personal administrativo es indiferente en la mayoría de las respuestas con un 28%, seguido con un de acuerdo en un 24%, un desacuerdo del 20% y un muy de acuerdo del 16%, el personal de proceso de gestión de la información se encuentra de acuerdo en un 37.93%, mientras que el 27.59% es indiferente, los diferentes puntos de vista y percepciones son evidentes pero para concluir si se piensa en su gran mayoría que con jornadas laborales agotadoras no se puede proporcionar una mejor atención al paciente.

La ESE cuenta con un programa de seguridad del paciente y respectivamente con actividades que permiten al personal trabajador de la institución adquirir mayor sentido de pertenencia y cuidado en la atención de los usuarios, es así que se identifica como información general que el 43% de toda la población administrativa está muy de acuerdo y el 37% está de acuerdo referente a las actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente en la institución.

Cuando la institución cuenta con demasiadas personas temporales se logra identificar que la atención a los pacientes se ve afectada en su mayoría por el personal conserje con un 67% de acuerdo, más sin embargo el personal administrativo está en desacuerdo con un 40%, seguido de un 36% indiferente, al igual que el personal administrativo, el personal de proceso gestión de la información expresa que se encuentra en desacuerdo un 29% y un 28% son indiferentes de la situación.



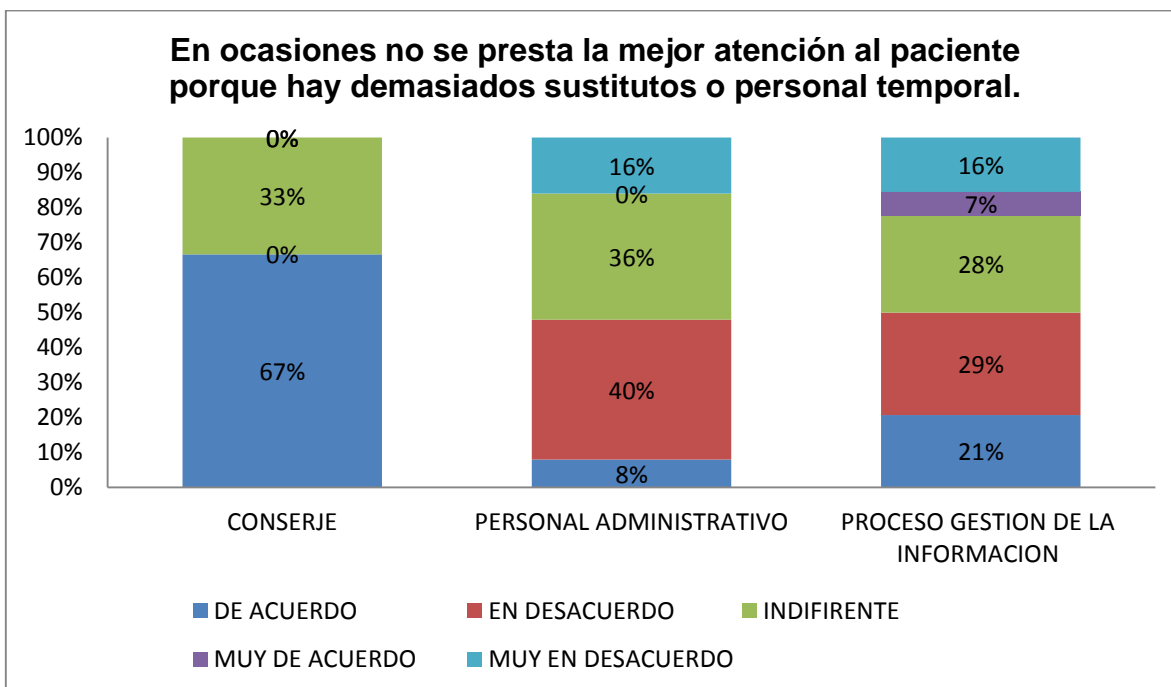
Fuente: Cuestionario sobre la seguridad de los pacientes aplicado a la Red de Salud Centro (E.S.E)

Cuando los compañeros o los superiores se enteran de que se ha cometido un error, lo utilizan en contra, falso, la información obtenida en la encuesta realizada evidencia que no se usa el error en contra de la persona que lo cometió, el personal conserje se encuentra en desacuerdo en un 33% e indiferente en un 33%, el personal administrativo está en desacuerdo el 36% y muy en desacuerdo el 40%, y el personal de proceso de gestión de la información está en desacuerdo el 29.35% y el 20.69% muy en desacuerdo, aunque existe un 27.59% del personal que está de acuerdo considerando que si existe reproches y uso del error en su contra, algo que se deberá de tratar y darle la mejor solución posible ya que los errores no deben ser punitivos, se deben de generar estrategias de mejora y seguimiento pero nunca castigos.

Cuando existen fallos en la atención se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo, en el gráfico se puede evidenciar que el personal conserje está de acuerdo en un 50%, pero también es indiferente en un 50%,



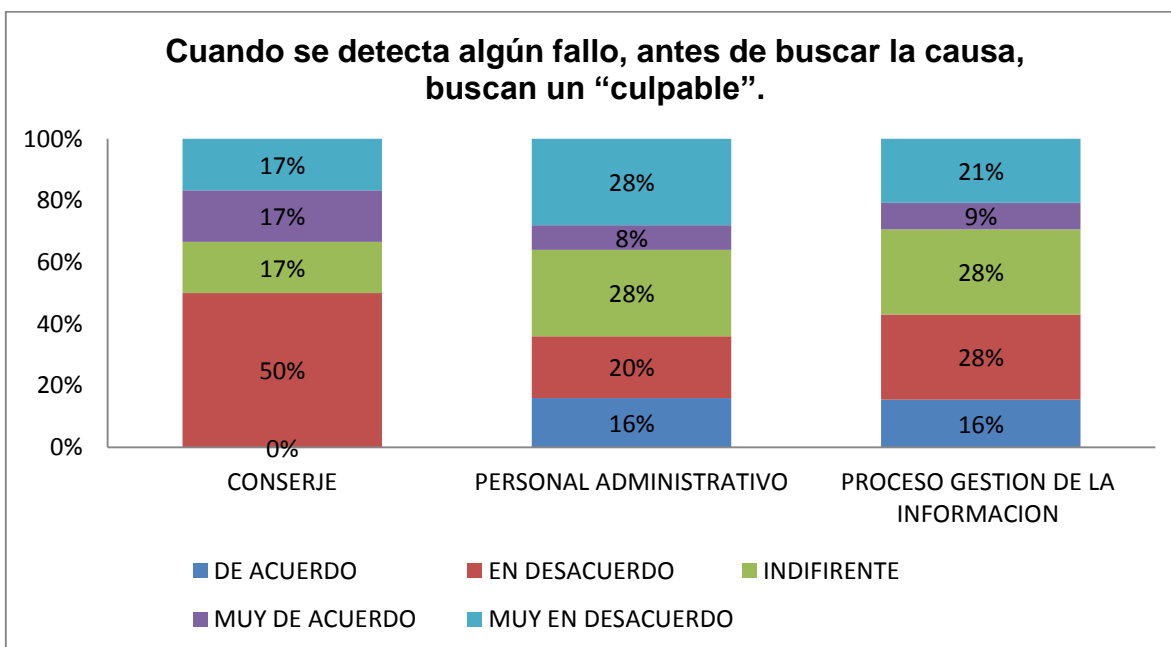
evidenciándose probablemente que no hay percepción puede ser del error o de las acciones de mejora realizadas en la institución, el personal administrativo si está de acuerdo en 44% y en un 32% muy de acuerdo, mientras que el personal de proceso de gestión de la información está de acuerdo en un 48% y muy de acuerdo en un 28% evidenciándose una adecuada percepción de las medidas que se adoptan para evitar de nuevo el error.



Fuente: Cuestionario sobre la seguridad de los pacientes aplicado a la Red de Salud Centro (E.S.E)

Cuando se detecta algún fallo, antes de buscar la causa, se busca un “culpable”, se puede determinar que la gran mayoría del personal está en desacuerdo, encabezado por el personal conserje en un 50%, seguido del personal de proceso de gestión de la información con un 28% y el personal administrativo con un 20% y muy en desacuerdo, encabezado por el personal administrativo en un 28%, seguido por el personal de gestión de la información con un 21% y finalizando con el personal conserje en un 17%, la percepción que tienen los trabajadores de la ESE sobre el programa de seguridad al paciente es buena, conocen que no se busca una persona responsable de los hechos, saben que siempre se debe trabajar en el factor desencadenante del error, sin buscar culpables, solo soluciones prontas y oportunas para dar mejora a la calidad de la atención, estas mejoras son evaluadas para verificar su efectividad y este proceso también es bien percibido por los trabajadores de la Institución.

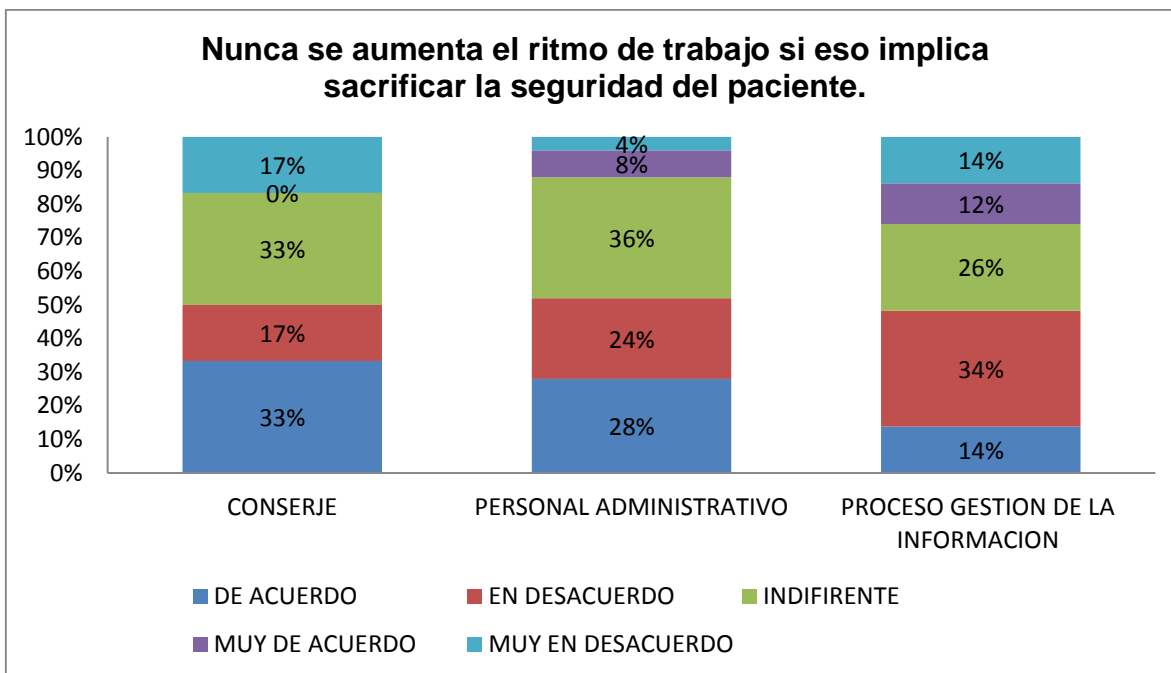
Una de las fallas que puede ser una de las más importantes es que existe el trabajo bajo presión, actividades que se deben de realizar en el menor tiempo posible pudiendo ocasionar errores y fallas en los procesos de atención las cuales se podrían evitar si no se generará tanta presión a la hora de realizar las actividades asignadas a cada trabajador, cabe resaltar que se trata con vidas humanas y se debe tener la mayor precaución posible, minimizando al máximo el riesgo de sufrir lesiones ocasionadas por errores, en esto estuvieron de acuerdo los trabajadores de la institución, en donde encabeza el personal conserje con un 67% de acuerdo, siguiendo con el personal administrativo en un 56% de acuerdo y un 32% muy de acuerdo y terminando con el personal de proceso de gestión de la información en un 41% de acuerdo y en un 38% muy de acuerdo.



Fuente: Cuestionario sobre la seguridad de los pacientes aplicado a la Red de Salud Centro (E.S.E)

La seguridad del paciente no es algo negociable y nunca se deberá aumentar el ritmo del trabajo si este aumento genera riesgos en los procesos de atención, el personal de la ESE lo percibe de la siguiente manera: el 34% de los trabajadores de proceso de gestión de la información están en desacuerdo y el 14% muy en desacuerdo, evidenciándose que para ellos si hay un aumento del ritmo del trabajo así se vea implicada la seguridad del paciente, el personal administrativo en cambio es algo indiferente con un porcentaje del 36%, seguido con un 28% de acuerdo, y el personal conserje es un 33% indiferente y un 33% de acuerdo; Al cometer los errores en los procesos de atención de los paciente se logra identificar que el personal teme de que esa información se registre en su hoja de vida, todo

el personal administrativo manifestó estar de acuerdo con este temor que es algo que se debe aclarar, dándole la tranquilidad a los trabajadores que el hecho de cometer el error no es punitivo, pero el hecho de ocultarlo si, se debe fortalecer la cultura al reporte dejando a un lado el temor de ser señalado por sus compañeros y/o jefe inmediato.

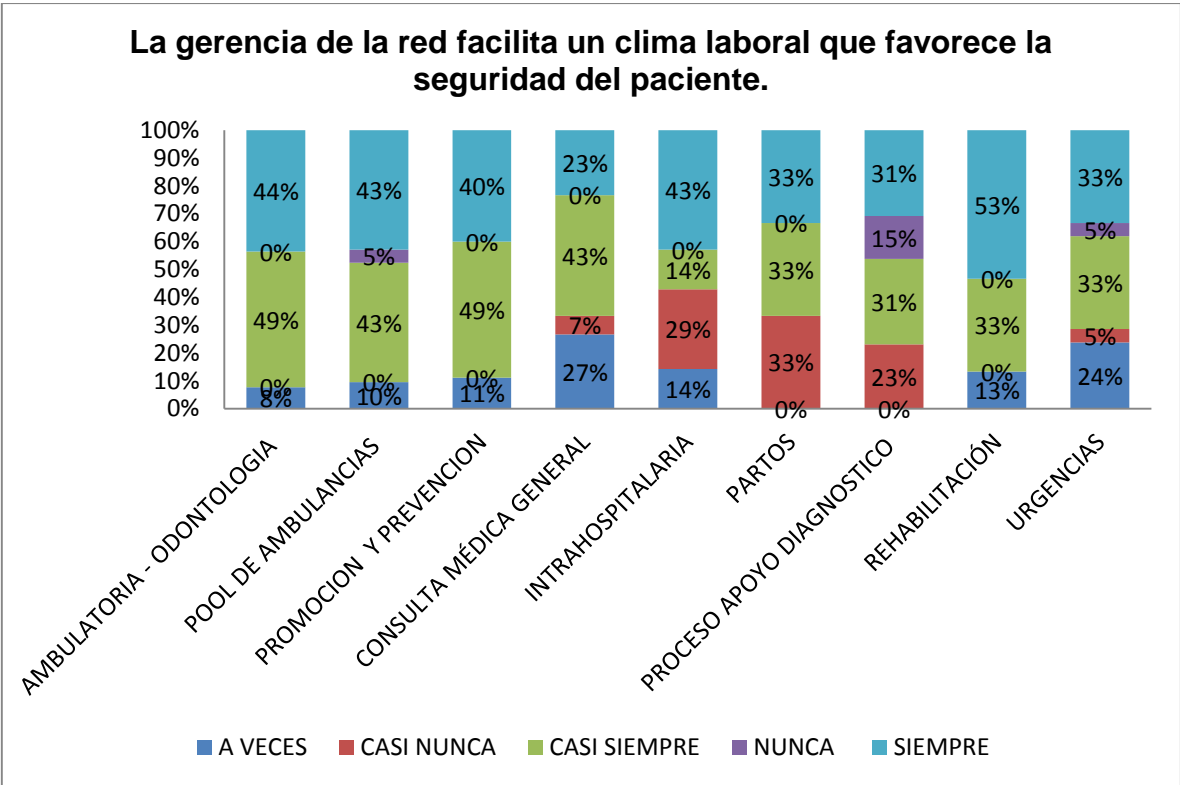


Fuente: Cuestionario sobre la seguridad de los pacientes aplicado a la Red de Salud Centro (E.S.E)

Cuando se indaga sobre si existen problemas de seguridad al paciente, la gran mayoría del personal respondió estar en desacuerdo y muy en desacuerdo con ello, lográndose identificar que los trabajadores consideran sus puestos de trabajo sitios seguros para la atención de los usuarios, algo que se evalúa como una falencia porque siempre se debe trabajar de forma permanente y continua en un mejoramiento de los procesos minimizando siempre el riesgo de cometer errores en los procesos de atención, el personal percibe que los procedimientos y los medios de trabajo establecidos son buenos para evitar errores en la asistencia, de acuerdo en un 67% para los conserjes, 64% de acuerdo para el personal administrativo y el 59% para el personal de proceso de gestión de la calidad, los trabajadores se sienten motivados para realizar las cosas de la mejor manera, además estar siempre alertas ante posibles riesgos en la atención, todo ello incentivado por sus jefes inmediatos, los cuales les expresan la satisfacción que se tiene cuando se detectan y se evitan a tiempo errores en los procesos de atención, esta percepción es bien recibida por el personal conserje en un 67% de acuerdo, seguido por el personal administrativo en un 52% de acuerdo y un 24%

muy de acuerdo y finalizando con el personal de proceso de gestión de la calidad con un 38% de acuerdo y un 28% muy de acuerdo. El jefe inmediato tiene en cuenta las sugerencias que el personal le realiza para mejorar la seguridad del paciente; Cuando existe un aumento en la presión del trabajo el jefe no pretende que se trabaje más rápido si esa acción pone en riesgo la seguridad del paciente y eso lo tienen muy claro todos los trabajadores del área administrativa (conserjes, administrativos y proceso de gestión de la información). Además los problemas habituales de seguridad del paciente no se pasan por alto, ya que el no prestarle atención a dichas fallas puede generar errores que en el peor de los casos son irreparables, es por eso que la cultura de seguridad del paciente es constante, permitiéndonos identificar fallas y realizando mejoras oportunas.

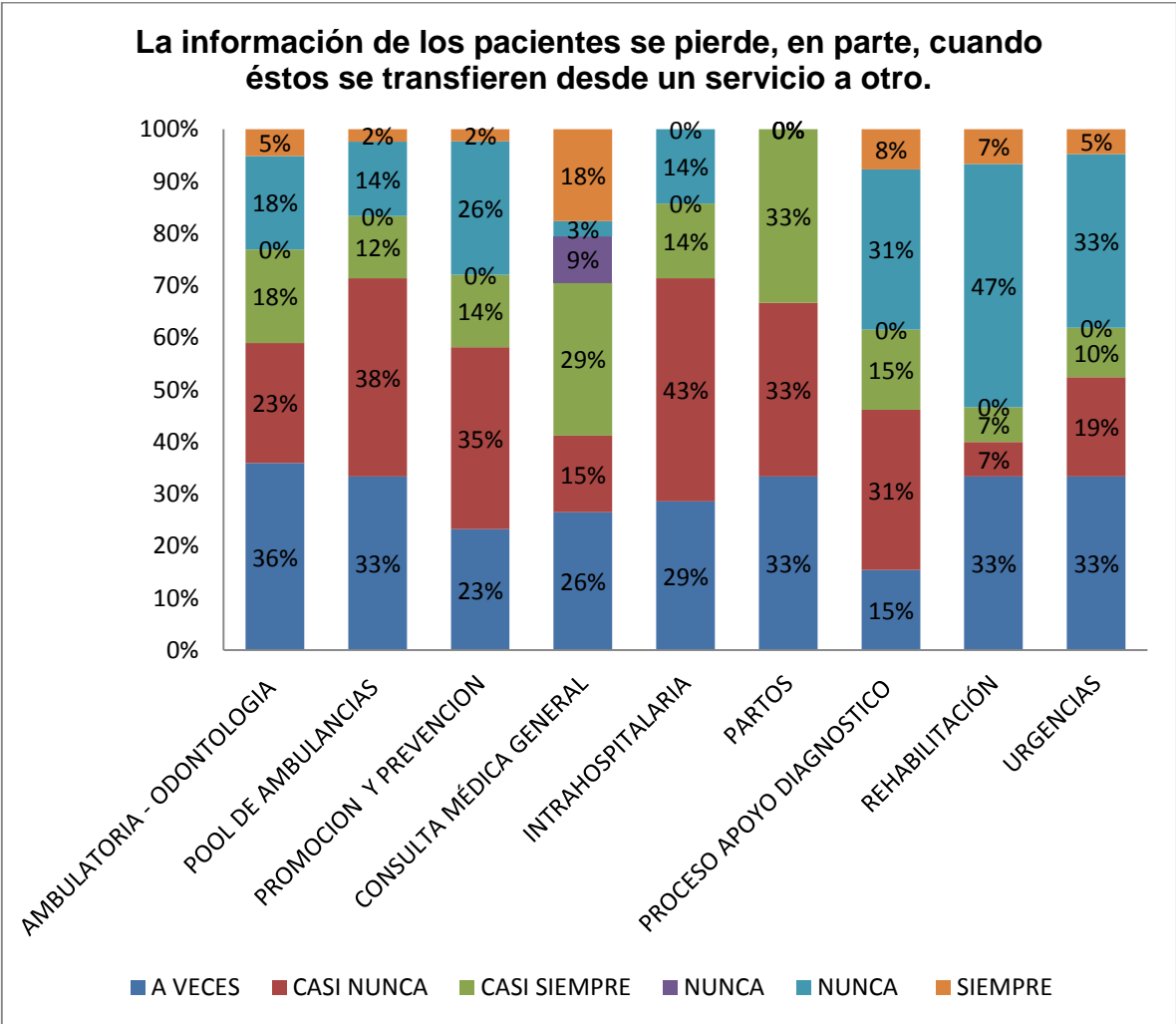
**SECCION B DEL AREA ASISTENCIAL**



Fuente: Cuestionario sobre la seguridad de los pacientes aplicado a la Red de Salud Centro (E.S.E)

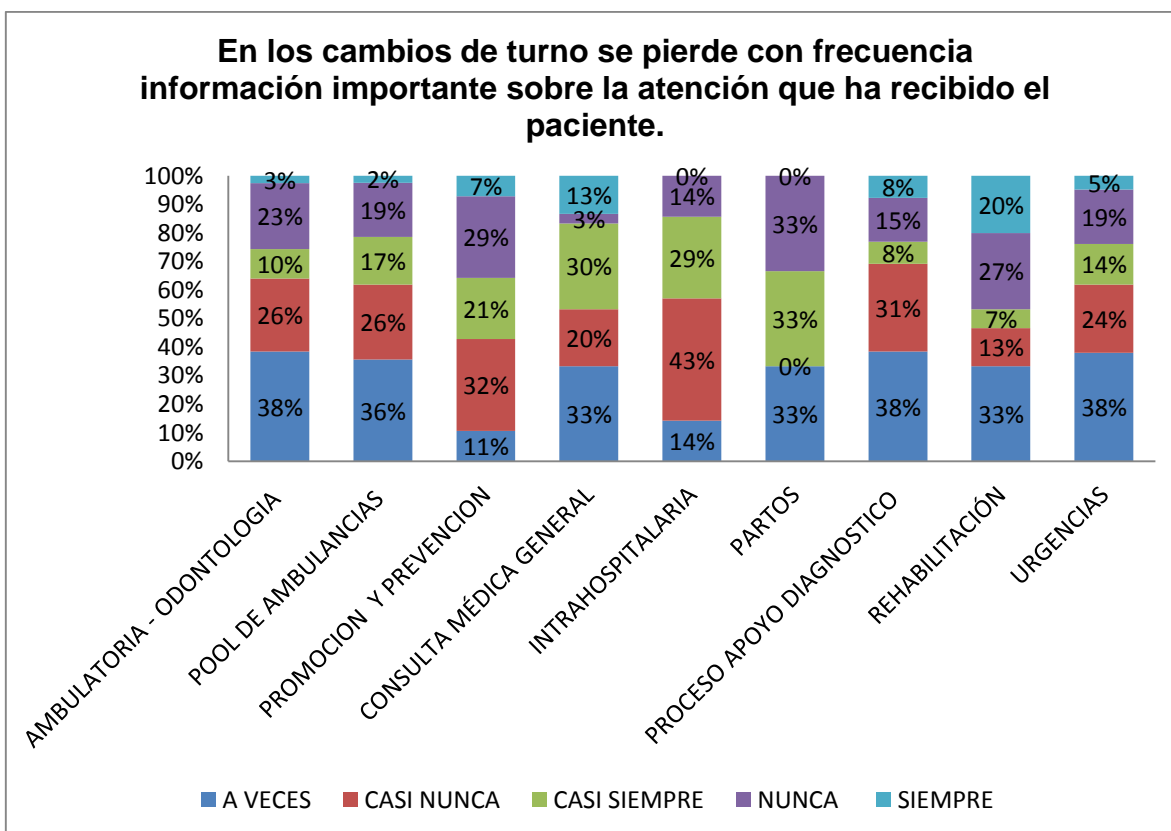
Realizando una revisión de las gráficas obtenidas tras la tabulación de la información tomada entre los trabajadores asistenciales de la ESE se pueden identificar varios factores que favorecen la política de seguridad del paciente como lo son: Cuando se habla de facilitar un clima laboral que favorezca la seguridad de los pacientes se puede evidenciar que el personal asistencial de la ESE tiene una

adecuada percepción en la mayoría de las áreas como lo son: Ambulatorio, odontología, pool de ambulancias, promoción y prevención, consulta médica general, rehabilitación y urgencias contando con un porcentaje de casi siempre que oscila entre el 33% - 49% y un porcentaje de siempre oscilando entre el 23% - 53% del personal encuestado, pero en las áreas de partos, procesos apoyo diagnóstico e intrahospitalaria se identifica un porcentaje considerable del 23% al 33% de trabajadores manifestando que la gerencia no facilita el adecuado clima laboral para brindar una atención segura, pudiéndose asociar a áreas en donde la estancia de los pacientes podría ser un poco más prolongada que en las demás, permitiendo al personal asistencial identificar fallas de clima laboral que llegasen a afectar la atención de los usuarios.



Fuente: Cuestionario sobre la seguridad de los pacientes aplicado a la Red de Salud Centro (E.S.E)

Se deberá de trabajar en la unificación de la información en temas de seguridad al paciente, es decir la ESE cuenta con varias sedes ubicadas en diferentes zonas la ciudad y todos sin excepción deben hablar un mismo idioma, encaminados en los mismos objetivos los cuales direccionen a la Institución en la minimización de los riesgos y aumento de estrategias orientadas a la seguridad del paciente, la observación previa se realiza porque en la gráfica: “la información se pierde, en parte, cuando estos se transfieren de un servicio a otro” se logra determinar que la mayoría del personal considera que a veces 23% – 43% los procesos no se encuentran bien coordinados.

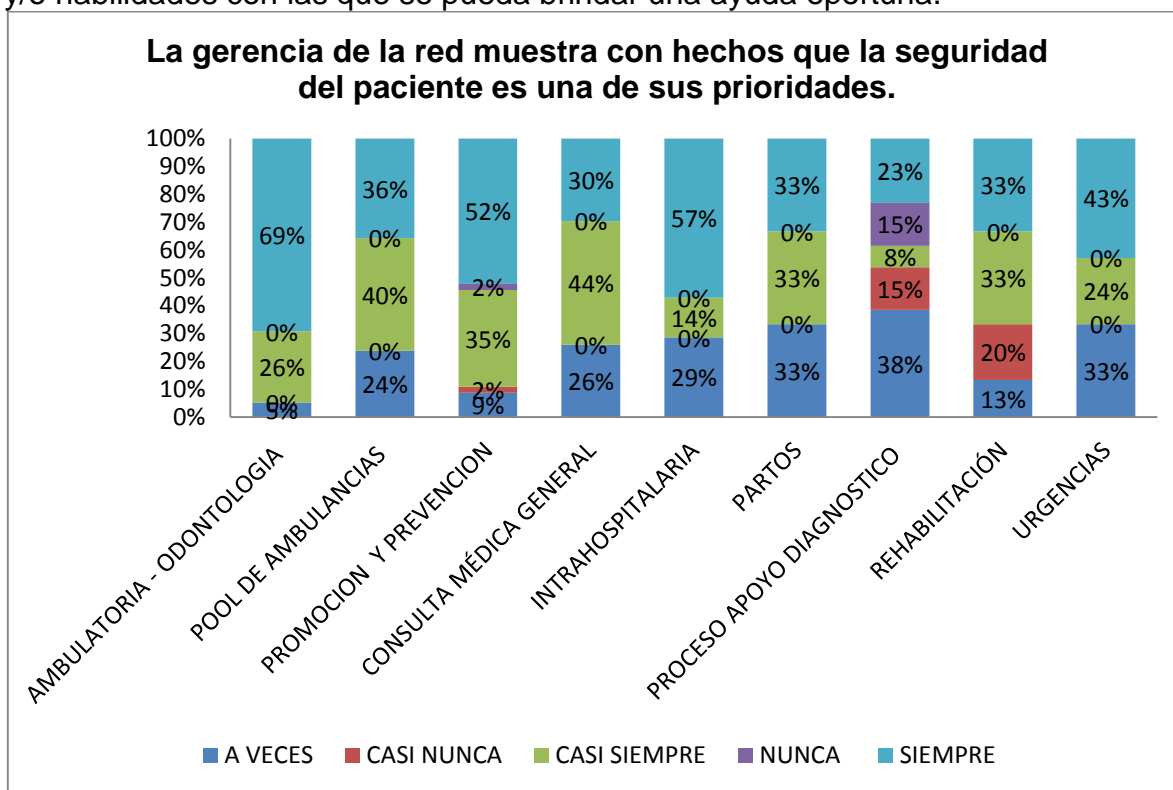


Fuente: Cuestionario sobre la seguridad de los pacientes aplicado a la Red de Salud Centro (E.S.E)

Existe mucha bivalencia en cuanto al manejo de la información de los pacientes al momento de ser trasladado de un servicio a otro, el personal del área hospitalaria en su mayoría da un 43% a la opción de casi nunca pero se evidencia que en todas la áreas existe un llamativo porcentaje de a veces, siendo el más bajo 15% en el personal de proceso – apoyo diagnóstico y el porcentaje más elevado 36% para las áreas de ambulatorio – odontología; el personal del área de rehabilitación

respondió en un 47% que nunca se pierde la información, estos datos obtenidos son un llamado a encender las alarmas en el tema de la continuidad de la información de la Historia clínica, con el fin de no generar sesgos que dificulten la información que sea necesaria para determinar conductas a seguir.

Existe una adecuada cooperación entre los servicios que deben trabajar conjuntamente, encontrando que “siempre” cuenta con el mayor porcentaje 67% en el área de partos y “casi siempre” en un 58% en el área de promoción y prevención, se resalta que en el área de partos y en el de proceso apoyo diagnostico un 33% y 38% respectivamente manifiestan no contar con el apoyo de los demás trabajadores, esto se puede asociar en la falta de competencias que el personal podría tener en un área en la cual no se tenga conocimiento, destrezas y/o habilidades con las que se pueda brindar una ayuda oportuna.



Fuente: Cuestionario sobre la seguridad de los pacientes aplicado a la Red de Salud Centro (E.S.E)

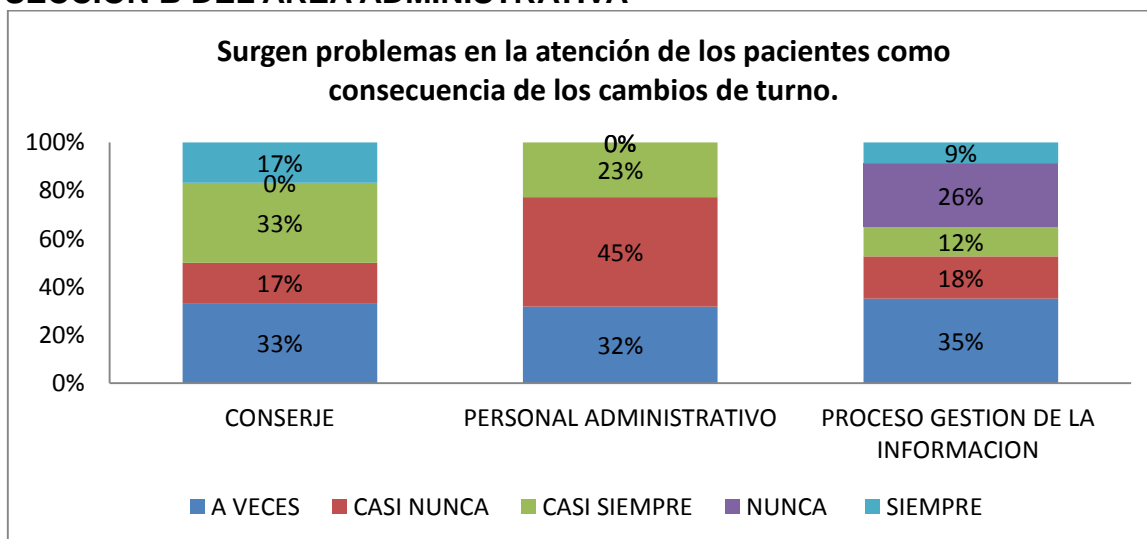
El personal de la ESE es muy amable, con un gran sentido de pertenencia a la Institución y no se evidencian diferencias y/o conflictos que afecten el ambiente laboral, en su gran mayoría no les resulta incómodo el hecho de trabajar con personas de otras áreas y/o procesos, es más, el hacer esto permite que los trabajadores conozcan mucho más sobre la importancia y las funciones de las

demás áreas logrando así fortalecer el sentido de pertenencia hacia la institución y un clima laboral mucho más tranquilo y menos conflictivo y más efectivo.

La gerencia de la RED ESE se encuentra muy comprometida con el programa de seguridad al paciente, esto es percibido por el personal que trabaja en la institución asignándole según la encuesta un 69% para “siempre” en el área ambulatoria – odontología, “casi siempre” 44% para el área de consulta médica general y “a veces” en un 38% para el área de proceso apoyo diagnóstico; Siendo una gran fortaleza la cual se deberá seguir alimentando con el paso del tiempo, porque todo cambia, todo evoluciona y el sistema hace parte de este cambio permanente en donde se busca siempre la minimización de los riesgos y la atención cálida, oportuna y de forma segura a la población que se beneficia de la ESE siempre enfocados en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

La creencia que la gerencia de la red solo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente, es algo que se ha ido replanteando con el paso del tiempo y esto lo perciben los trabajadores de la ESE, en donde el área de partos le asigna a “nunca” un 67%, seguidos por “casi nunca” en un 29% para las áreas intrahospitalaria y de urgencias. Se deberá trabajar continuamente para evitar que la percepción y la cultura de seguridad al paciente vayan en descenso, siempre se deben de cumplir nuevos estándares de seguridad que con el paso del tiempo se van modificando, pero siempre con el mismo objetivo, mínima los riesgos a los que están expuestos los usuarios en el momento de ingresar a una institución de Salud.

### SECCION B DEL AREA ADMINISTRATIVA



Fuente: Cuestionario sobre la seguridad de los pacientes aplicado a la Red de Salud Centro (E.S.E)

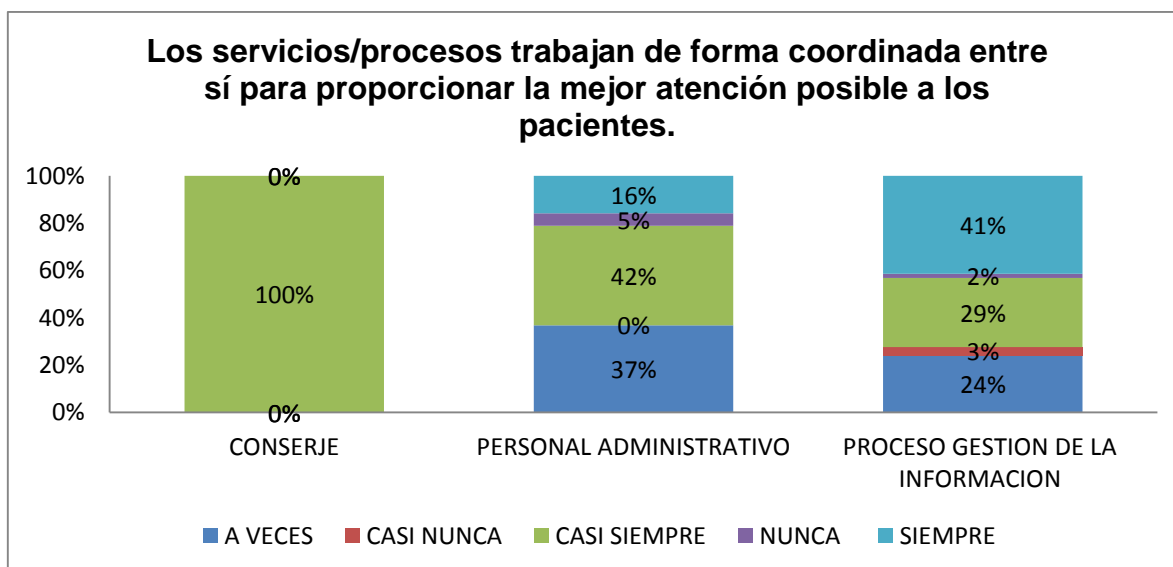


Se puede observar una percepción muy positiva del 64% en el área administrativa, Por su parte en el resto de las áreas también se percibe una respuesta positiva considerando que casi siempre la red facilita un clima laboral que favorece la seguridad del paciente.

Respecto a lo anterior, se puede decir que la seguridad del paciente es un asunto de todas las estancias de la institución por lo cual se deben atender de forma eficaz las sugerencias que provienen del personal asistencial, pues son estos quienes cada día identifican las faltas y las fallas que se deben mejorar.

Por otro lado, un 38% de los colaboradores del área administrativa considero que casi nunca los procesos de la red no se coordinan bien entre ellos evidenciando que existe planeación estratégica y que todos trabajan en una misma dirección.

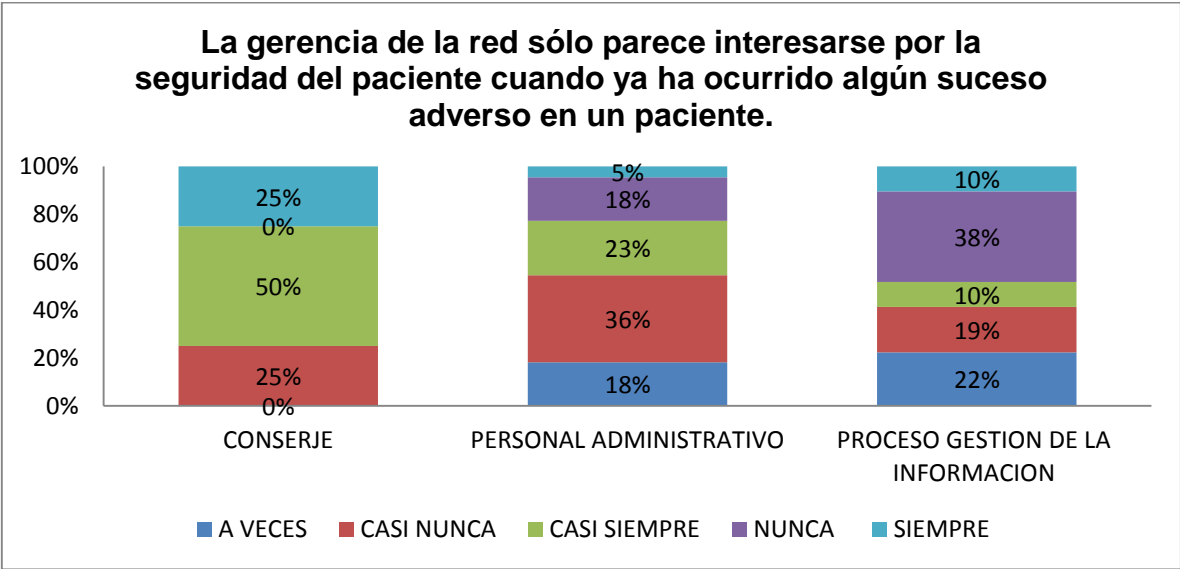
Un 67% considero que casi nunca se pierde la información de los pacientes cuando estos se transfieren de un servicio a otro.



Fuente: Cuestionario sobre la seguridad de los pacientes aplicado a la Red de Salud Centro (E.S.E)

Como ya se mencionó en ítems anteriores, la cooperación y la coordinación en todos los procesos y entre los colaboradores es esencial para la construcción de una cultura de seguridad del paciente, más en este caso, tratándose de una red de salud que tiene alta cobertura en la ciudad de Cali, un 55% del área administrativa manifestaron que casi siempre hay una buena cooperación entre los servicios que tienen que trabajar conjuntamente, lo que favorece la elevación de los estándares de calidad de los servicios que presta la red.

Se pudo observar la percepción altamente positiva, ya que un 67% del área administrativa considero que la gerencia de la red muestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades, hecho que es consecuente con preguntas anteriores relacionadas con la intención de la gerencia por implementar acciones para mejorar la seguridad del paciente, Tan solo en el área de conserje, se identificó un porcentaje del 75% que manifiesto que casi nunca la gerencia demuestra con hechos su intención por mejorar la seguridad del paciente, probablemente esta percepción este directamente relacionada con la infraestructura de la diferentes Ips de la red ya que se observó también que un 50% del personal conserje consideró que la gerencia de la red sólo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente.



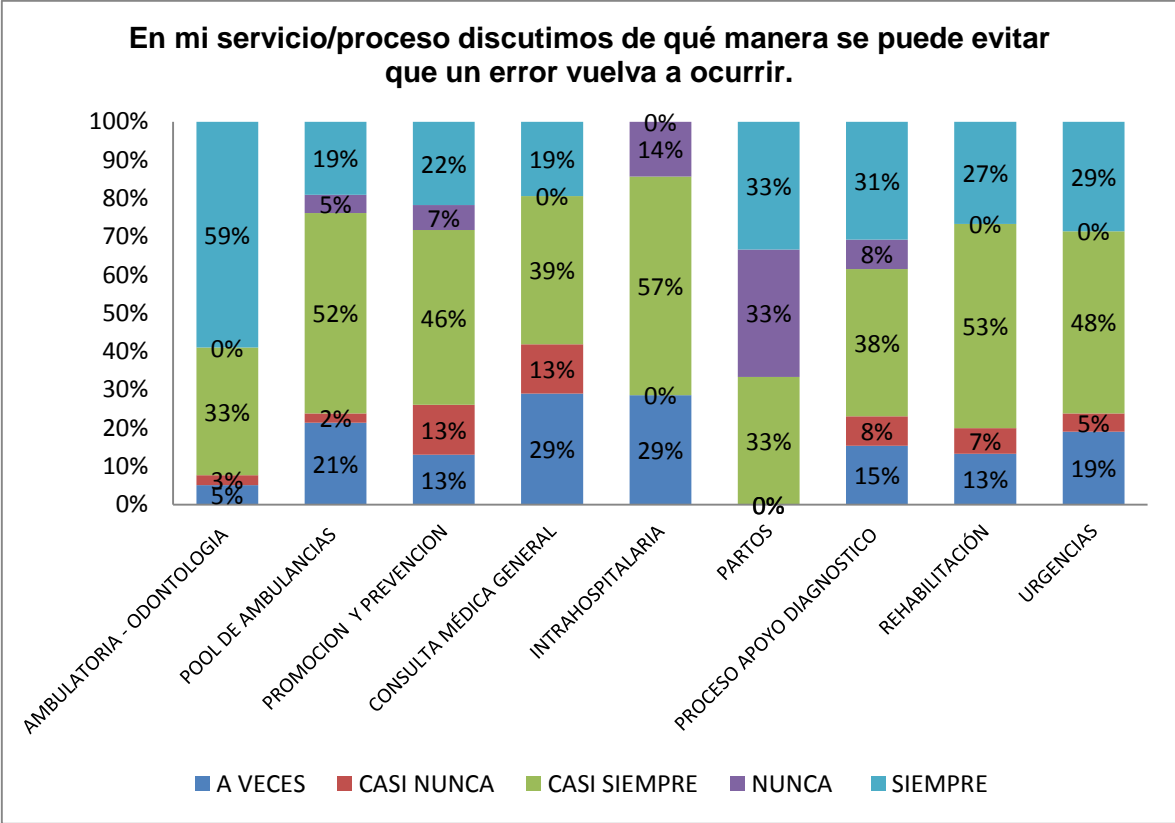
Fuente: Cuestionario sobre la seguridad de los pacientes aplicado a la Red de Salud Centro (E.S.E)

Sin embargo es importante resaltar que se identificó cierta inconsistencia de los empleados frente a la percepción sobre el trabajo de la gerencia en cuanto a la cultura de seguridad del paciente dentro de la institución, pues en algunas preguntas manifestaron que la gerencia se encuentra altamente comprometida y en otras todo lo contrario, pero en parte este error en la medición puede ser causa del mal diseño en algunas preguntas del instrumento y que al momento en el que el personal las contestó no fueron suficientemente claras.

En términos generales, se identificó por medio de la percepción de los colaboradores que si hay una intención o un proceso de adherencia a la cultura de seguridad del paciente en la institución por parte de la gerencia; Por otro lado, los conserjes del área administrativa, el 100% considero que los servicios/procesos trabajan de forma coordinada entre sí para proporcionar la mejor atención posible

a los pacientes al igual que el 42% del personal del área administrativa, se encontró que es positivo que esto sea así dado que ayuda a mejorar la eficiencia y la eficacia en la atención a los usuarios.

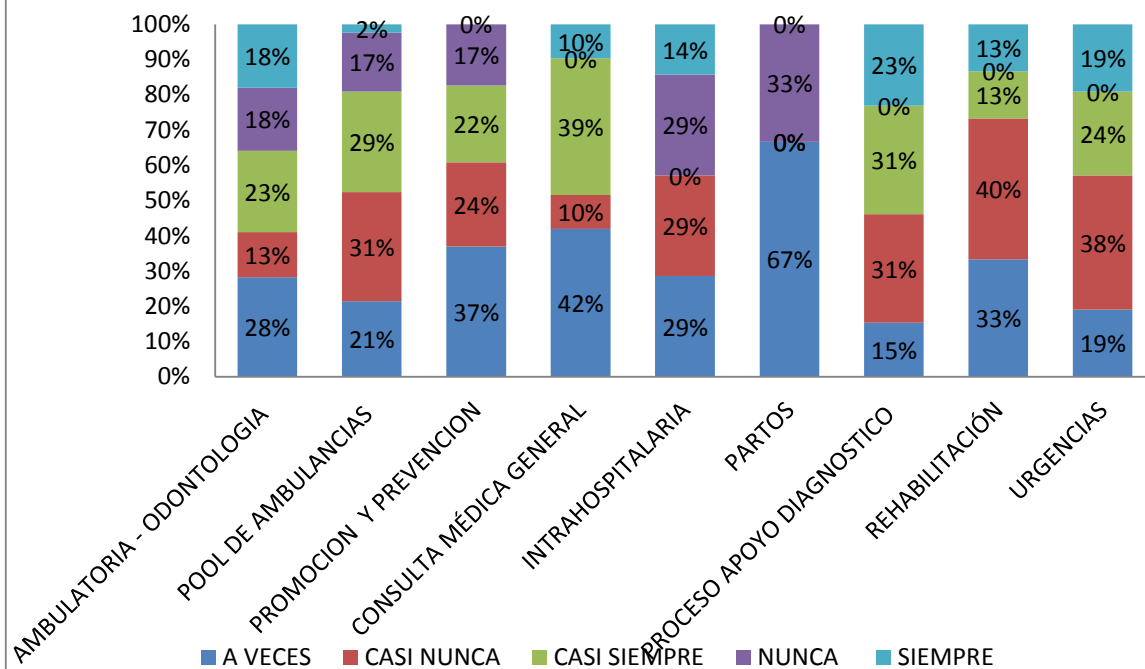
**SECCION C AREA ASISTENCIAL**



Fuente: Cuestionario sobre la seguridad de los pacientes aplicado a la Red de Salud Centro (E.S.E)

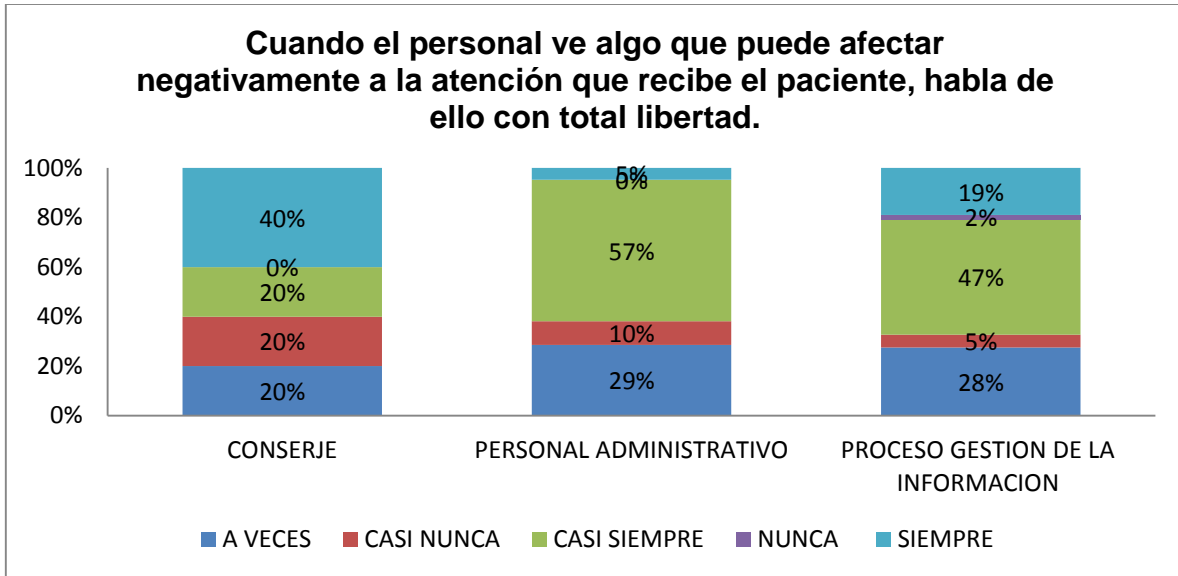
Se percibe que hay confianza en el personal frente a la discusión sobre de qué manera se puede dar solución a los errores con un 44% casi siempre y un 29% siempre, además el personal si notifica los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente con un casi siempre 44% y siempre 25%, además frente a la pregunta si se notifican los errores que previsiblemente no van a dañar al paciente si se realiza. En general se observa buen clima frente a la notificación de incidentes y errores por parte del personal asistencial.

## El personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores.



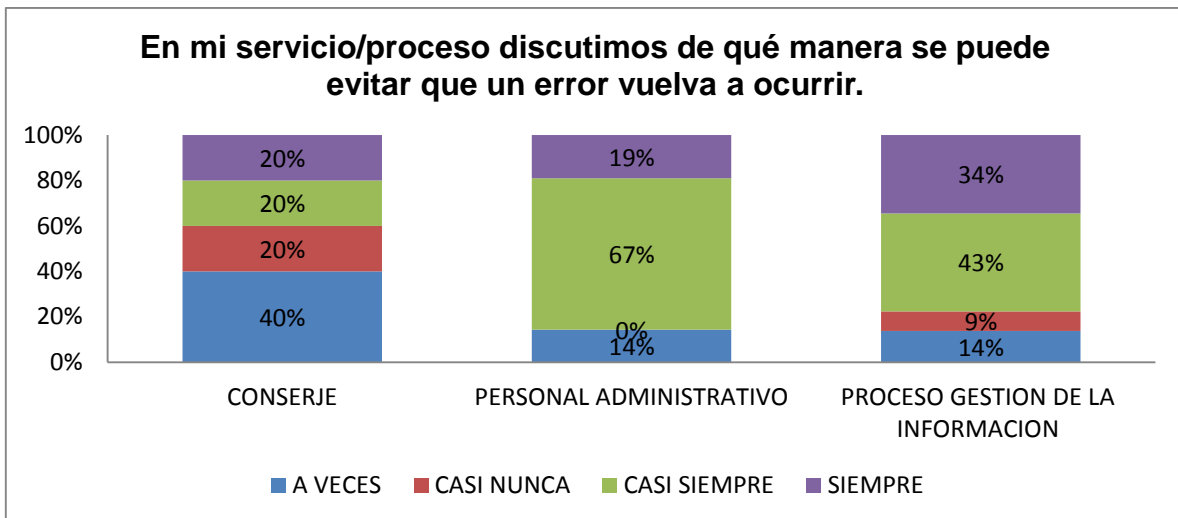
La comunicación en general que se ve reflejada en esta sección es muy buena ya que el personal interactuar libremente para evitar la presencia del error y mejorar la comunicación ya que con el análisis de toda la sección se observa buena comunicación, solo en la pregunta de si el personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores se identifica que un 24% casi nunca y un 12% nunca lo hace lo cual se puede presentar por que cuando se dirigen a los superiores en las instituciones de salud y en general en cualquier empleo ese tema es un poco complicado porque se debe realizar de la mejor forma y con argumentos dicho cuestionamiento para que no herir susceptibilidades. .

## SECCION C AREA ADMINISTRATIVOS



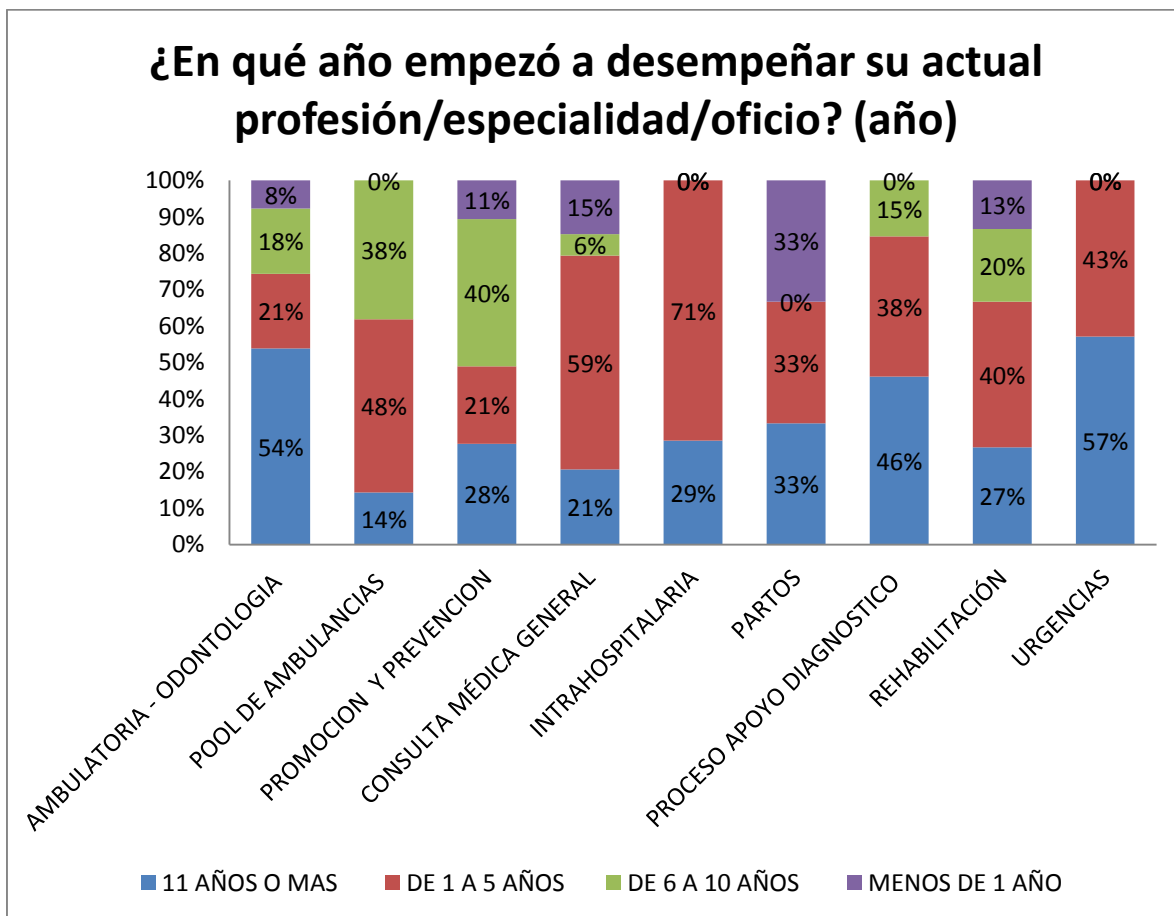
Fuente: Cuestionario sobre la seguridad de los pacientes aplicado a la Red de Salud Centro (E.S.E)

Al realizar el análisis de la sección c de administrativos y al hacer un comparativo entre las preguntas frente a la percepción de notificación de incidentes se logra evidenciar que hay una buena adherencia a la notificación ya que en la pregunta de cuándo el personal ve algo que puede afectar negativamente a la atención que recibe el paciente, habla de ello con total libertad un 57% casi siempre lo hace y frente a si en el servicio se discute la manera en que se puede corregir el error hay un 45% que dice que si lo cual es importante para poder a futuro fortalecer el programa.



Fuente: Cuestionario sobre la seguridad de los pacientes aplicado a la Red de Salud Centro (E.S.E)

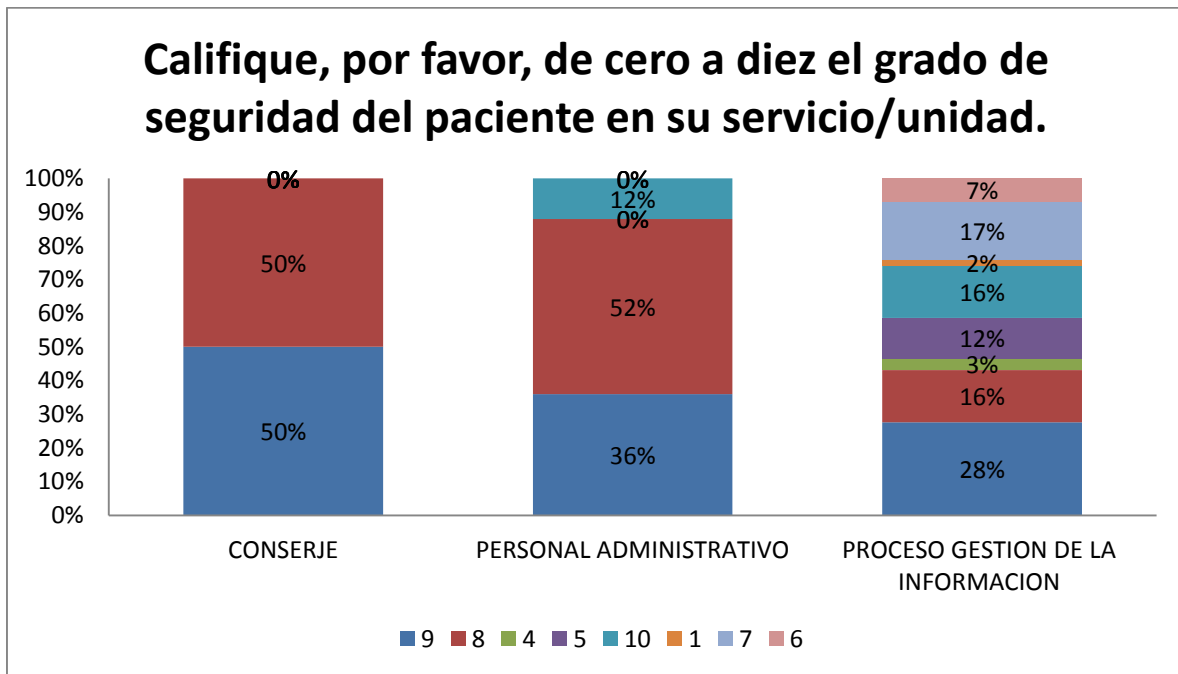
## SECCION D AREA ASISTENCIAL



Fuente: Cuestionario sobre la seguridad de los pacientes aplicado a la Red de Salud

Los años de experiencia en una entidad fortalecen el conocimiento en cuanto a procesos y formas de operar, además ya se relaciona mejor en cuanto al reglamento, normas y estatutos internos, es muy importante que el 93% lleva laborando en la institución más de 1 año, se logra determinar que ya hay una curva de aprendizaje afinada y están más relacionados con todo lo que ocurre dentro de la institución, lo cual es un indicador de que son conocedores de gran parte de las falencias que están afectando la cultura de seguridad del paciente en la red.

### SECCION D AREA ADMINISTRATIVO



Fuente: Cuestionario sobre la seguridad de los pacientes aplicado a la Red de Salud Centro (E.S.E)

El grado de seguridad del paciente en el servicio se observa que la percepción de seguridad del paciente en los colaboradores es alta con un porcentaje alto que califico mayor de 8, por otra parte en la cultura del reporte se ve baja ya que el 80% del personal no reporta los eventos.

## 7. CONCLUSIONES

En este trabajo se ha hecho una investigación sobre la cultura de seguridad del paciente en la Red de Salud Centro una Empresa Social del Estado que presta servicios de salud en la ciudad de Cali, dentro de los resultados más significativos se encontró que los empleados reconocen que se están implementando acciones y se discuten formas para mejorar la seguridad del paciente, aunque, aún existen falencias que deben mejorarse, especialmente en áreas como Partos, Intrahospitalaria, Apoyo diagnóstico y en algunos casos consulta general y Pool de ambulancias. A continuación se presentan las conclusiones sobre los resultados más representativos que se obtuvieron con la investigación

Dentro de los aspectos positivos que se encontraron se destacan los siguientes:

- Se evidencio el esfuerzo dentro de la institución por tomar acciones que contribuyan a mejorar la seguridad del paciente y por ende a mejorar la calidad de sus servicios, lo que se destaca como uno de los aspectos más favorables que se han encontrado en este trabajo como son el tratar de tener el personal más tiempo laborando en la institución con un 89% que lleva más de 1 año laborando en la institución ya que la rotación de personal no es buena en una institución debido a que se generan altos costos y tiempo tratando de capacitarlos.
- Se evidenció una percepción positiva frente a que se toman las medidas necesarias cuando ocurren fallos en la atención de los pacientes y que pueden ser detonantes futuros de eventos adversos. Sin embargo, se observan porcentajes de personal dentro de las áreas que se muestran indiferentes como se describió en el análisis.
- La institución estuvo llevando a cabo un plan de afinamiento de la cultura de seguridad del paciente y que se enfoca en los resultados que se obtienen a partir de los cambios que se implementan. Esta conclusión se deriva del resultado una percepción positiva cuando se les preguntó si los cambios que se hacen en cuanto a seguridad del paciente son evaluados, donde se encontró que en áreas como Especialistas donde el 100% del personal se encuentra de acuerdo, en el área administrativa donde el 100% del personal se encuentra de acuerdo y muy de acuerdo, al igual que, en el área intrahospitalaria de que los cambios que se hacen para mejorar la seguridad del paciente se evalúa para comprobar su efectividad.
- Se encontró que en todas las áreas más del 70% del personal reconoce estar de acuerdo y muy de acuerdo con que su superior expresa satisfacción cuando se intenta evitar riesgos en la seguridad del paciente, lo cual es un factor positivo ya que esto sirve de estímulo para los colaboradores para seguir realizando o mejorando cada día en su labor.
- Respecto al objetivo principal de este trabajo que era indagar sobre el grado de seguridad del paciente en la Red de Salud Centro, se encontró



que en general los colaboradores asignan una calificación de 8 en promedio sobre la seguridad con la que sus pacientes son atendidos dentro de sus áreas.

- Se ha observado en el trascurso de la evaluación de clima de seguridad al paciente que en general se tiene una fortaleza con buen clima laboral y por ende ayuda a la construcción de una cultura de seguridad del paciente. La satisfacción del profesional, el diálogo y el soporte al equipo por parte de la gerencia son esenciales para la garantía de la seguridad del paciente. Conocer la percepción de los profesionales de sobre el clima de seguridad contribuye para la mejoría del cuidado en salud y para la reducción de los riesgos del paciente.
- La implicación de los líderes es uno de los puntos claves en la cultura de seguridad. Ejemplos de las acciones que estos deberían de llevar a cabo son las siguientes: fomentar una cultura abierta y justa de notificación y reporte de incidentes, integrar la gestión de riesgos con la gestión global de la organización (establecer objetivos, implementar planes de mejora y estrategias que involucren a todos los colaboradores), aprender de los errores y enseñar a aprender al personal de cómo y por qué los EA suceden y, por último, implementar soluciones que reduzcan el riesgo mediante cambios en prácticas, proceso y sistema, A pesar de que el objetivo en el que nos centramos es establecer recomendaciones para mejorar las debilidades, no debemos olvidar la enorme importancia de mantener estas fortalezas e incluso mejorarlas en todo lo posible.

## 8. RECOMENDACIONES

De acuerdo con el estudio IBEAS Latinoamérica, muchos de los errores que ocurren en la asistencia médica se generan por errores humanos que pueden ser evitables, el hecho de trabajar de prisa incrementa el riesgo de cometer errores como no leer bien, aplicar medicamentos a pacientes incorrectos, no tener precaución en tener la asepsia adecuada al momento de realizar un procedimiento, entre otros. Por lo tanto, se considera importante evitar la realización de trabajo bajo presión, sobre todo en casos donde la salud del paciente se vea altamente comprometida; es de vital importancia que el ritmo de trabajo no cambie a no ser que sean casos donde realmente se amerite trabajar bajo presión ya que, de lo contrario esto aumentaría la probabilidad de incurrir en errores que darían paso a la aparición de eventos adversos.

Se considera relevante que dentro de cada área haya un mapa de funciones donde se especifique las actividades de cada uno de los cargos junto con su manual de funciones, esto con el fin de que se realicen las actividades encaminadas en asegurar en lo posible la disminución de los riesgos de presentar eventos adversos; ligado a esto, es importante también que en cada una de las áreas se realice un mapa de riesgos que ayude a generar conciencia en los colaboradores de las consecuencias que trae consigo cada acción mal ejecutada o los riesgos que implica el no notificar los errores y las consecuencias en el paciente que estos tendrían si no se toman medidas correctivas a tiempo

Se sugiere implementar el manejo de un protocolo de transmisión de la información de manera efectiva, disponer un sistema que le permita acceder a cada uno de los colaboradores implicados en la atención sobre cada una de las modificaciones o procesos que realizan en la atención de cualquier paciente.

Es importante revisar el diseño del instrumento debido a que algunas preguntas de este no fueron suficientemente claras y que al momento en el que el personal lo diligenció les generó confusión y optaron simplemente por no responder algunas de las preguntas ya que no se relacionan directamente con su área de trabajo ni sus funciones específicas dentro de la organización.

Por otro lado se recomienda intensificar el plan de capacitaciones y que este se haga de forma periódica cada 2 o 3 meses en lo relativo al trabajo en equipo, puesto que a pesar de que los resultados muestran que hay una percepción favorable sobre este tema, una gran proporción del personal no logra identificar cuáles son las acciones concretas que realiza la junta directiva como mecanismo preventivo para la seguridad del paciente y ello se ve reflejado en que el 45,5% no esté de acuerdo ni en desacuerdo al igual que el 100% de servicios en salud

cuando se les preguntó si la Junta Directiva promueve acciones preventivas para la seguridad del paciente.

También se recomienda diseñar estrategias de participación que faciliten el acceso de todos los empleados, específicamente los del área administrativa en el diseño y evaluación de la cultura de seguridad del paciente, ya que muchos empleados no dan una posición clara frente a preguntas importantes relacionadas con el tema. Finalmente, se recomienda que se manejen jornadas de trabajo que no excedan las 50 horas semanales, esto con aras de prevenir el cansancio laboral en los empleados.

Respecto a la metodología empleada, se recomienda que antes de la aplicación de la encuesta se explique muy bien a toda la muestra (personal encuestado) sobre ella y como se debe responder, de este modo se reduce el riesgo de tener resultados que no muestren la realidad de lo que se quiere estudiar y como consecuencia de ello no obtener nada significativo.

A nivel teórico, se recomienda a las instituciones de salud y a la academia seguir investigando y profundizando sobre los problemas en la seguridad del paciente, en Colombia es claro que las instituciones de salud padecen de graves problemas estructurales, sin embargo, no todos son de carácter financiero, por lo que queda en evidencia la necesidad de que en todas las instituciones se haga un diagnóstico sobre la cultura de seguridad del paciente existente, así se podrán implementar mejores prácticas, se aumenta la calidad de los servicios y se enriquece la literatura disponible sobre el tema.

## 9. BIBLIOGRAFÍA

1. Calderón, Agredo FE, Ospina BL, Cardona SI, Méndez JP, LA SEGURIDAD DEL PACIENTE, UN RETO DE CIUDAD “Seguimiento de la política de seguridad del paciente en las ESE Municipales” Publicado por: Secretaria de Salud Pública Municipal de Cali 2012 Calle 4B No. 36-00 Santiago de Cali, Colombia Julio de 2012.

Disponible en: [http://calisaludable.cali.gov.co/seg\\_social/2013\\_Seguridad\\_Paciente/libro\\_seguridad\\_del\\_paciente.pdf](http://calisaludable.cali.gov.co/seg_social/2013_Seguridad_Paciente/libro_seguridad_del_paciente.pdf)

2. Ministro de salud y protección social, Promoción de de la cultura de seguridad del paciente.

Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Paginas/freeseachresults.aspxk=&k=seguridad%20del%20pacienteOMS>, Seguridad del paciente.

3. Organización Panamericana de la Salud. 55ª Asamblea Mundial de la Salud WHA 55.18. Punto 13.9 del orden del día 18 de mayo de 2002. Calidad de la atención: seguridad del paciente. [Internet] [citado 13 febrero 2009].

Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/AD/THS/EV/>

4. Drucker PF, “O melhor de Peter Drucker on homem”,2002, editorial Nobel.Sao Paulo, Brazil.

5. Anvisa - Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria, Asistencia Segura: Una Reflexión Teórica Aplicada a la Práctica, 2013, Brasilia.

6. Ministro de salud y protección social, resolución número 00002003 de 2014 Disponible en:

[https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%202003%20de%202014.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%202003%20de%202014.pdf)

7. Aranaz J, Aibar c, Amarilla A, Restrepo RF, Urroz O, Sarabia O. Estudio IBEAS: Red pionera en la seguridad del paciente en Latinoamérica Hacia una atención hospitalaria más segura, 2010.

Disponible en: [http://www.who.int/patientsafety/research/ibeas\\_report\\_es.pdf](http://www.who.int/patientsafety/research/ibeas_report_es.pdf)

8. Ministro de salud y protección social, Resolución 1446 de 2006” el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoria del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la atención en Salud.”,

Disponible en: [www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=20267](http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=20267)

9. Mir R, Falcó A, De la Puente ML, “Actitudes frente a la cultura de seguridad del paciente en el ámbito hospitalario y variables correlacionadas”Gac Sanit. 2017; 31(2):145–149, Barcelona, España2016.

Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/gs/v31n2/0213-9111-gs-31-02-00145.pdf>.

10. Figueiredo M, De Oliveira CS, Brito, MF, D’Innocenzo M. (2018). Analysis of incidents notified in a general hospital. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(1), 111-119

Disponible en: <https://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0574>

11. Monteiro N, Barbosa A, Grillo K, Malik AM, “Seguridad del paciente en la cultura organizativa: percepción de los liderazgos de instituciones hospitalarias

de distintas naturalezas administrativas” Rev. Scielo Brasil, vol. 50 N°3 Sao Paulo, Mayo/junio 2016.

Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S0090-623420160000400016>

12. Parra CV, López JS, Puerto AH, Galeano ml, “eventos adversos en un hospital pediátrico de tercer nivel de Bogotá” Facultad Nacional de Salud Pública, [S.l.], v. 35, n. 2, mar. 2017. ISSN 2256-3334.

Disponible en:

<http://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/fnsp/article/view/22602>>.

13. Pinheiro MP, Da Silva J, Claudiano O, “Evaluación de la cultura de seguridad del paciente en una organización hospitalaria de un hospital universitario” Vol. 16, Núm. 1 (2017); Rev. enfermería de Brasil.

Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/238811>

14. ESE CENTRO, Sedé Administrativa: Centro de Salud Diego Lalinde, Valle del Cauca Colombia.

Disponible en: <http://>

15. Ministerio de la Protección Social de Colombia, congreso de Colombia, ley 100 de 23 de diciembre de 1993. por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones.

Disponible

en:

<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=5248>

16. Ministerio de la Protección Social de Colombia. Ministerio de la Protección Social de Colombia Decreto 1011 de 2006. “Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de la calidad de la atención en salud del Sistema General de Seguridad Social en salud”

Disponible en:

<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=19975>

17. Ministerio de la Protección Social de Colombia. Ministerio de la Protección Social de Colombia Decreto 2309 de 2002. por el cual se define el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Disponible en:

<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=6829>

18. Ministerio de la Protección Social de Colombia. Ministerio de la Protección Social de Colombia, resolución 8430 DE 1993, Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud.

Disponible en:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>

19. Tejalde JC. Historia y significado de las normas éticas internacionales sobre la investigación bioética 2006 universidad nacional pg33-62

Disponible en: [www.bioetica.org](http://www.bioetica.org)

20. Varios autores, Auxiliar de Enfermería. Servicio Extremeño de Salud. Temario Vol. II Páginas: 596 Fecha de publicación: 13/10/17, Humanes, Madrid.

21. World Health organization, Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente, informe técnico 2009, Patient safety a world Alliance for safer healthcare.

Disponible en:

[http://www.who.int/patientsafety/implementation/taxonomy/icps\\_technical\\_report\\_es.pdf](http://www.who.int/patientsafety/implementation/taxonomy/icps_technical_report_es.pdf)

22. Lineamientos de seguridad del paciente, ministerio de protección social, 2008, Bogotá

Disponible en: <http://www.bienestar.unal.edu.co>

23. Ministerio de protección social, Resolución 1446, 2006, por la cual se define el sistema de información para la calidad y se adoptan los indicadores de monitoria del sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención en salud.

Disponible en:

<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=20267>

24. Aranaz JM, Moya, C, seguridad del paciente y calidad asistencial, revista indexada medline Vol. 26. Núm. 6. Noviembre - Diciembre 2011

Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-seguridad-del-paciente-calidad-asistencial-S1134282X11001606>

25. Mondragón A, Rojas JC, la seguridad del paciente: un componente de las políticas de salud que hay que fortalecer en américa latina artículo revista panamericana de la salud pública scielo-salud pública, Rev. Vol. 41, Pereira, Colombia

Disponible en: [https://www.scielo.org/article/rpsp/2012.v31n6/531-532/Facultad de Ciencias de la Salud Universidad Tecnológica de Pereira Pereira, Colombia](https://www.scielo.org/article/rpsp/2012.v31n6/531-532/Facultad%20de%20Ciencias%20de%20la%20Salud%20Universidad%20Tecnol%C3%B3gica%20de%20Pereira%20Colombia)

26. Durán LM. Calidad en la prestación de servicios de salud. Rev., Ciencia & Tecnología Para La Salud Visual Y Ocular universidad LA SALLE, ( N°3), 111-121. Julio-diciembre

Disponible:

<http://revistas.lasalle.edu.co/index.php/sv/article/viewFile/1928/1794>

27 Giménez, T. Análisis de la cultura de seguridad del paciente en directivos y gestores en el ámbito sanitario público de la comunidad autónoma de Aragón. Tesis doctoral de la Universidad de Zaragoza.

Disponible en: <https://zaguan.unizar.es/record/13274/files/TESIS-2013-157.pdf>