EVALUACIÓN DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UNA CLINICA DEL MUNICIPIO DE PASTO-NARIÑO

ADRIANA PATRICIA RODRÍGUEZ SANTACRUZ

IVETH NORAY ROSERO MARTÍNEZ

LUCY NERY VIVEROS MONCAYO

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE MANIZALES

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE ADMINISTRACIÓN EN SALUD

2021

TABLA DE CONTENIDO

1. INFORMACIÓN GENERAL DEL PROYECTO 7
2. RESUMEN 8
2. 1. RESUMEN 8
2.2. INTRODUCCIÓN 10
2.3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA 12
2.4 JUSTIFICACIÓN 18
3. OBJETIVOS 20
3.1. OBJETIVO GENERAL 20
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS 20
4. MARCO TEORICO 21
4.1. REFERENCIA INSTITUCIONAL 21
4. 2 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACION 22
4.3. BASES TEORICAS 27
4.3.1 EVOLUCION DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE 27
4.3.2 CONCEPTUALIZACION 31
4.3.2.1 EL EVENTO ADVERSO 31
4.3.2.2 LA SEGURIDAD DEL PACIENTE 33
4.3.2.3 LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE 33
4.4 BASES LEGALES 35
4.5. DEFINICIONES BASICAS 36
4.5.1. SEGURIDAD DEL PACIENTE: 36
4.5.2 ATENCIÓN EN SALUD: 36
4.5.3 INDICIO DE ATENCIÓN INSEGURA 36
4.5.4 FALLA DE LA ATENCIÓN EN SALUD 37
4.5.5 RIESGO 37
4.5.6 EVENTO ADVERSO: 37
4.5.7 EVENTO ADVERSO PREVENIBLE: 37
4.5.8 EVENTO ADVERSO NO PREVENIBLE 37
4.5.9 INCIDENTE 37
4.5.10 COMPLICACIÓN 37
4.5.11 VIOLACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD 38
4.5.12 BARRERA DE SEGURIDAD 38
4.5.13 SISTEMA DE GESTIÓN DEL EVENTO ADVERSO 38
4.5.14 ACCIONES DE REDUCCIÓN DE RIESGO 38
4.5.15 CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE 38
5. METODOLOGÍA 40
5.1 ENFOQUE Y DISEÑO 40
5.2 POBLACIÓN Y MUESTRA 40
5.3 PLAN DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN 41
5.4 INSTRUMENTOS 42

5.5 PLAN DE ANÁLISIS DE INFORMACIÓN 43
5.6 COMPONENTE ÉTICO 45
6. RESULTADOS Y DISCUSION 47
Sección A: Área de Trabajo 47
Sección B: Su jefe Inmediato 57
Sección C: Comunicación 61
Sección D: Frecuencia de Eventos adversos / errores reportados 67
Sección E: Grado de seguridad de paciente 69
Sección F: Su Institución 71
Sección G: Número de Eventos adversos / errores reportados 74
Sección H: Antecedentes 75
Sección J: Atención segura 76
7. CONCLUSIONES 78
8. RECOMENDACIONES 81
9. BIBLIOGRAFÍA 83

LISTA DE TABLAS

Pág.

Tabla 1. Clasificación por tipos de Eventos Adversos ---------- 17

Tabla 2. Ponderado Sección A ---------- 47

Tabla 3. Ponderado Sección B ---------- 57

Tabla 4. Ponderado Sección C ---------- 61

Tabla 5. Ponderado Sección D ---------- 67

Tabla 6. Ponderado Sección E ---------- 69

Tabla 7. Ponderado Sección F ---------- 71

LISTA DE GRÁFICOS

Pág.

Gráfica 1. En esta unidad, la gente se apoya mutuamente. ---------- 47

Gráfica 2. Cuando necesitamos terminar una gran cantidad de trabajo, lo hacemos en equipo ---------- 48

Gráfica 3. En esta unidad, el personal se trata con respeto. ---------- 49

Gráfica 4.: Estamos haciendo acciones para mejorar seguridad del paciente. ------- 51

Gráfica 5. Nuestros procedimientos y sistemas son efectivos para la prevención de errores que puedan ocurrir ---------- 51

Gráfica 6. El personal siente que sus errores son usados en su contra. ---------- 53

Gráfica 7. Es sólo por casualidad que acá no ocurran errores más serios. ---------- 54

Gráfica 8. Mi jefe hace comentarios favorables cuando ve un trabajo hecho de acuerdo con los procedimientos establecidos para la seguridad de los pacientes. -- 57

Gráfica 9. Mi jefe acepta las sugerencias del personal para mejorar la seguridad de los pacientes. ---------- 58

Gráfica 10. Mi jefe no toma en cuenta los problemas de seguridad del paciente que se repiten una y otra vez ---------- 59

Gráfica 11.La Gerencia nos informa sobre los cambios realizados basados en lo aprendido de los reportes de eventos. ---------- 62

Gráfica 12. El personal habla libremente si ve algo que podría afectar negativamente el cuidado del paciente. ---------- 63

Gráfica 13. Estamos informados sobre los errores que se cometen en esta área. --- 64

Gráfica 14. En este servicio, discutimos formas de prevenir errores para que no se vuelvan a cometer. ---------- 65

Gráfica 15. ¿Cuándo se comete un error, pero es descubierto y corregido antes de afectar al paciente, que tan frecuentemente es reportado?---------- 67

Gráfica 16. Por favor, asígnele a su área de trabajo un grado general en seguridad del paciente. ---------- 69

Gráfica 17. La Gerencia de la Institución propicia un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente. ---------- 71

Gráfica 18. Hay buena cooperación entre los servicios de la institución que requieren trabajar conjuntamente.---------- 72

Gráfica 19. En los pasados 12 meses, ¿En cuántos reportes de eventos adversos / errores he participado, diligenciado o enviado?---------- 74

Gráfica 20. ¿Cuál es su cargo en esta institución?---------- 75

Gráfica 21. Considera que los pacientes son atendidos de forma segura? ---------- 76

VICERRECTORÍA ACADÉMICA
CENTRO INSTITUCIONAL DE INVESTIGACIÓN, PROYECCIÓN Y DESARROLLO

1. INFORMACIÓN GENERAL DEL PROYECTO

Título: **EVALUACIÓN DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UNA CLINICA DEL MUNICIPIO DE PASTO-NARIÑO**

Investigadores:
Adriana Patricia Rodríguez Santacruz
Iveth Noray Rosero Martínez
Lucy Nery Viveros Moncayo

Línea de Investigación: **Administración de la Salud.**

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

Lugar de Ejecución del Proyecto: **Clínica Proinsalud S.A.S**

Ciudad: **Pasto** Departamento: **Nariño**

Duración del Proyecto (periodos académicos): **Dos periodos 2021**

2. RESUMEN

2. 1. RESUMEN

La seguridad de la paciente determinada en la actualidad como un problema de salud a nivel mundial, se caracteriza por la presencia de un gran número de eventos adversos los cuales se desencadenan de la atención en salud. Siendo importante plantear líneas de acción para propender por la disminución de fallas en la atención, la Cultura de Seguridad del Paciente se convierte en un componente fundamental de la Calidad Asistencial para planear y diseñar estrategias encaminadas a la disminución de errores o eventos adversos y garantizar la prestación de servicios con calidad, en un ambiente seguro y eficiente para su población.

Objetivo: Evaluar la percepción de cultura de seguridad del paciente en la Clínica Proinsalud S.A de Pasto- Nariño en el segundo periodo del año 2021.

Materiales y métodos: se realizó un estudio observacional, transversal, descriptivo y cuantitativo en el que se aplicó un instrumento validado para medir la cultura de seguridad del paciente al personal asistencial que labora en La Clínica Proinsalud S.A de Pasto.

Resultados: En este estudio, las dimensiones que cumplen con el criterio de ser consideradas como fortalezas para la Cultura de Seguridad del paciente principalmente son: el trabajo en equipo con un 76.2%, el trato respetuoso con un 86.1%, las acciones de la organización en pro de la seguridad del paciente con un

87.1% y los procedimientos y sistemas son efectivos para la prevención de errores que puedan ocurrir con un 80%; se toman en cuenta los problemas de seguridad del paciente que se repiten con un 82.2% y el jefe acepta sugerencias para mejorar la seguridad de los pacientes con un 81.2% y el personal habla libremente si ve algo que pueda afectar la seguridad del paciente con un 86.1%. En la sección D, se muestra como fortaleza el 97.7% en relación con el reporte de eventos adversos. En la sección F, los funcionarios perciben el 100% del apoyo por parte de la Gerencia y que se propicia un ambiente laboral para promover la seguridad del paciente. Finalmente, en la sección J, la mayoría de los funcionarios consideran que los pacientes son atendidos de forma segura, con un porcentaje del 92.1%.

Palabras clave: Seguridad del Paciente, Clima de Seguridad del Paciente, Evento Adverso, Política de Seguridad del Paciente, Sistema de Gestión de evento adverso.

ABSTRACT

The safety of the patient, currently determined as a health problem worldwide, is characterized by the presence of many adverse events which are triggered by health care. Being important to propose lines of action to promote the reduction of failures in care, the Patient Safety Culture becomes a fundamental component of the Quality of Care to plan and design strategies aimed at reducing errors or adverse events and guarantee the provision of quality services, in a safe and

efficient environment for its population.

2.2. INTRODUCCIÓN

En la actualidad, la Seguridad del paciente se ha convertido en un problema de salud a nivel mundial ya que se caracteriza por presentarse un gran número de eventos adversos desarrollados como consecuencia de la atención en salud acarreando sobrecostos a las instituciones y problemas de salud a los pacientes; siendo éstos en su mayoría de las veces prevenibles. Por esta razón, es de vital importancia plantear líneas de acción y planes de mejora frente a dicha situación para propender por la disminución de fallas en la salud y garantizar la prestación de servicios con calidad, en un ambiente seguro y eficiente para su población. En efecto, la Cultura de Seguridad del Paciente como un componente fundamental de la Calidad Asistencial busca planear y diseñar estrategias encaminadas a disminuir la aparición de errores y/o eventos adversos los cuales son originados en el proceso de la atención en salud por parte del personal asistencial que está directamente en contacto con los pacientes. La normatividad actual en Colombia relacionada con Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en salud integrado por cuatro componentes a saber : Sistema Único de Habilitación (SUH), Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC), Sistema Único de Acreditación (SUA) y el Sistema de Información para la Calidad en Salud, convierte a la seguridad del paciente en uno de los ejes principales de cada uno de los componentes y dentro de estos la generación y medición de la Cultura como

uno de los puntos de partida pero también de confluencia para implementación del Programa de Seguridad del Paciente.

En Estados Unidos, aproximadamente 75.000 hospitalizaciones al año se deben a eventos adversos evitables producidos en pacientes ambulatorios y terminan en 4.839 lesiones graves permanentes y 2.587 muertes. En Colombia las investigaciones muestran que la incidencia de eventos adversos en atención primaria estuvo relacionada con fallas en la medicación, la prescripción, fallos en la comunicación y otros motivos; y de ellos, más de una tercera parte pudieron haberse evitado, por lo cual se hace necesaria la implementación de una cultura de seguridad del paciente que promueva la prevención, el reporte y análisis de los eventos adversos[1.]

La presente investigación pretende evaluar la Cultura de Seguridad del Paciente en La Clínica Proinsalud S.A del municipio de Pasto-Nariño con objetivos específicos para establecer el grado general de percepción en seguridad del paciente, establecer la frecuencia de eventos o errores reportados relacionados con la seguridad del paciente, promover la cultura en seguridad del paciente en la práctica profesional y evidenciar las diferentes necesidades para brindar satisfacción y bienestar a los pacientes.

2.3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el estudio “Seguridad del Paciente y Cultura De Seguridad” se infiere que La Seguridad del Paciente o el intento consciente de evitar lesiones al paciente causado por la asistencia, es un componente esencial de la Calidad Asistencial y la condición previa para la realización de cualquier actividad clínica. Solo recientemente a la luz de datos objetivos, la seguridad del paciente ha comenzado a considerarse una cuestión primordial en la práctica sanitaria” (1).

Los fundamentos de la seguridad asistencial se asientan en dos líneas de pensamiento relacionadas: 1. La teoría del error de Reason y 2. La cultura de seguridad (CS) (1).

La cultura de seguridad se define como el conjunto de valores y normas comunes a los individuos dentro de una misma organización e implica un modelo mental compartido que posiciona la seguridad como un objetivo común a perseguir”. (1).

En el proyecto IBEAS que fue el primer estudio llevado a gran escala en América Latina, México, Perú, Argentina, Costa Rica y Colombia con el objetivo de medir los eventos adversos que ocurren como resultado de la atención médica en los hospitales, se encontró que la prevalencia global de pacientes con algún evento adverso fue del 10.5%. Los Eventos Adversos (EA) detectados, estaban relacionados con los cuidados en un 13,27%, con el uso de la medicación en un 8,23%, con la infección nosocomial en un 37,14%, con algún procedimiento en un

28,69% y con el diagnóstico en un 6,15%. Los 5 EA más frecuentes fueron las neumonías nosocomiales (9,4%), las infecciones de herida quirúrgica (8,2%), úlceras por presión (7,2%), otras complicaciones relacionadas con intervención quirúrgica o procedimiento (6,4%) y sepsis o bacteriemia (5%), acumulando un total del 36,2% de los EA identificados. (2).

En los resultados del estudio AMBEAS - OPS/OMS de Eventos adversos (EA) en pacientes que acuden a los servicios de atención ambulatoria en Latinoamérica realizado en Brasil, México, Colombia y Perú se mencionan entre sus principales conclusiones las siguientes: es un Estudio viable y reproducible a nivel local o nacional, el paciente es una buena fuente de información, se detectan la ocurrencia, naturaleza y grado evitabilidad de los Eventos Adversos, son herramientas diseñadas útiles para recoger, identificar y analizar los incidentes en la seguridad del paciente, la historia clínica es el complemento necesario para el análisis y clasificación de los incidentes, más de una tercera parte de los EA son evitables, si consideramos sólo los de consecuencias graves, el 50% son evitables, igual que en la literatura, los medicamentos, la prescripción y la comunicación son las causas más frecuentes de EA (3).

Un artículo reciente publicado en el año 2016, utilizando los estudios reportados desde el informe del instituto de medicina de los Estados Unidos de 1999 y extrapolando al número total de hospitalizaciones en los Estados Unidos en el año 2013, dio cuenta que este subestima la verdadera incidencia de muerte por error

médico; la nueva estimación sugiere que el error médico es la tercera causa de muerte en los Estados Unidos, después de las causas cardiovasculares y el cáncer [1].

En Colombia en el estudio “Medición de la Cultura de Seguridad del Paciente en Profesionales de Salud de Atención Primaria” concluye que la cultura de seguridad del paciente en las instituciones evaluadas no se percibe como una fortaleza, evidenciando la necesidad de planes de mejoramiento orientados a esta área (4).

La normatividad actual en Colombia relacionada con Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en salud (5) integrado por cuatro componentes a saber : Sistema Único de Habilitación (SUH) (6), Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC) (7), Sistema Único de Acreditación (SUA) (8) y el Sistema de Información para la Calidad en Salud (9) , convirtiendo la seguridad del paciente en uno de los ejes principales de cada uno de los componentes y dentro de estos la generación y medición de la Cultura como uno de los puntos de partida pero también de confluencia para implementación del Programa de Seguridad del Paciente. Dentro de este marco, el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud lidera La Política de Seguridad del Paciente y establece en el año 2008 Los Lineamientos para la Implementación de la Política de Seguridad del Paciente en la República de Colombia con el objetivo de prevenir la ocurrencia de situaciones que afectan la seguridad del paciente, reducir y en lo posible eliminar la ocurrencia de Eventos

Adversos y así contar con instituciones seguras y competitivas[10]. En concordancia y para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente se establece la guía de Buenas prácticas para la seguridad del paciente (11) y sus paquetes instruccionales con el fin diseñar, implementar y mejorar continuamente un programa institucional de seguridad del paciente, sus actividades relacionadas, despliegue y capacitación de los colaboradores con el fin de generar cultura de seguridad.

Los sistemas de prestación de servicios de salud son complejos; por lo mismo, son sistemas de alto riesgo: el ejercicio de la medicina ha pasado de ser simple, poco efectivo y relativamente seguro a ser complejo, efectivo y potencialmente peligroso, si no existen los adecuados controles. Los procesos de atención en salud han llegado a ser altamente complejos, incorporando tecnologías y técnicas cada vez más elaboradas. Sucede entonces que, en una atención en salud sencilla, pueden concurrir múltiples y variados procesos. Para obtener un resultado efectivo en el mejoramiento de la salud del enfermo se hace necesario que cada proceso que interviene se realice en forma adecuada y coordinada con los demás (10). Además “La falta de seguridad para el paciente no sólo ocasiona una enorme pérdida de vidas, sino que tiene también graves repercusiones económicas. Diversos estudios han demostrado que algunos países pierden entre 6.000 millones y 29.000 millones de dólares por año como consecuencia de internaciones prolongadas, demandas legales, ingresos perdidos, discapacidad y gastos médicos”. (12).

En la Clínica Proinsalud S.A de la Ciudad de Pasto, en el año 2020 se presentó un reporte de 530 atenciones inseguras, clasificadas como incidente: 231 (43.6%), Eventos Adversos 136 (23.8%), No es incidente relacionado con la seguridad del paciente 108 (20.4%), Indicio de atención insegura 38 (7,2%), Complicación 18 (3.4%), Evento adverso o extrainstitucional 9 (1.7%). Los servicios donde se reportaron los indicios de atención insegura corresponden a hospitalización 229 (43.8%), UCI Adulto 105 (20.1%), activa 34 (6.5%) y otros servicios que reportaron en una menor proporción con 56 casos (10.5%). Referente al género el 51% corresponde a género masculino y el 49% al género femenino. (13).

En la gestión del Evento Adverso en el contexto del desempeño del Sistema Institucional de la Clínica Proinsalud S.A se identificaron como fallas activas las siguientes: No identificar y/o gestionar riesgos del paciente 20%, Falta de acompañamiento y monitoreo al paciente 18%, No adherencia a guía de manejo en paciente con agitación 18%, No adherencia a normas de bioseguridad 15%, Omisión a guías de prevención de infecciones: Higiene de manos 15%. No adherencia a protocolos y guía de práctica clínica 12% (13).

Para el año 2020 la clínica Proinsalud presenta en la gestión del Evento Adverso un alcance del 73,3% siendo la meta institucional Gestionar el 100% de todos los eventos. Referente al cumplimiento de las revisiones periódicas de las buenas prácticas de Seguridad del paciente en el 2020 la Clínica Proinsalud presenta el siguiente logro: en el porcentaje del cumplimiento del protocolo de administración

segura de medicamentos un 89%, en el cumplimiento del protocolo de identificación de pacientes un 91.5 %, en el porcentaje de cumplimiento del protocolo de prevención de caídas un 85.5%, en el de cumplimiento del protocolo de prevención de ulceras por presión un 91%, en el cumplimiento de lista de chequeo segura un 82%, en el cumplimiento de actividades educativas al paciente sobre el autocuidado un 96.5%, en la proporción de vigilancia de EA un 73.7% y en la guía de comunicación efectiva un 80% (13).

Los Eventos adversos por tipo de evento se clasificaron según siguiente tabla.

Tabla 1. Clasificación por tipos de Eventos Adversos

CLASIFICACION POR TIPO DE EVENTOS ADVERSOS		
Tipo 1: Relacionados con trámites administrativos en la atención en salud	0	0%
Tipo 2: Relacionados fallas en procesos o procedimientos asistenciales	19	15%
Tipo 3: Relacionados con fallas en los registros clínicos	0	0%
Tipo 4: Infección ocasionada por la atención en salud	28	22%
Tipo 5: Relacionados con la medicación o la administración de líquidos parenterales	1	0,79%
Tipo 6: Relacionados con la sangre o sus derivados	0	0%
Tipo 7: Relacionados con la elaboración de dietas o dispensación de alimentos	0	0%
Tipo 8: Relacionados con la administración de oxígeno o gases medicinales	0	0%
Tipo 9: Relacionados con los dispositivos y equipos médicos: Daño por desalojo accidental dispositivo invasivo: CVC- TOT	31	24,60%
Tipo 10: Relacionados con el comportamiento o las creencias del paciente	0	0%
Tipo 11: Caídas de pacientes	12	9,52%
Tipo 12: Accidentes de pacientes: gran hematoma, lesion de uretra x dispositivo, extravasaciones que ocasionan celulitis-flebitis	6	4,76%
Tipo 13: Relacionados con la infraestructura o el ambiente físico (Quemadura paciente en cirugia)	1	0,79%
Tipo 14: Relacionados con la gestión de los recursos o con la gestión organizacional	0	0%
Tipo 15: Relacionados con laboratorio clínico y /o patologia	1	0,79%
Tipo 16: Asocido a los cuidados:UPP	13	10,31%
Tipo 17: Relacionados con atencion binomio madre e hijo: Desgarro perineal gradoIII- IV	1	0,79%
Tipo 19: Relacionado con fallas en procedimiento medico: Neumotorax iatrogenico	11	8,73%
Tipo 20: Relacionados con atencion binomio madre e hijo: Perforacion Uterina durante legrado obstetrico	1	0,79%
		100,00%

En la vigencia 2020, por efectos relacionados con la Pandemia SARS-COV2 y otros factores, la Institución no realizó la medición de la Cultura de seguridad del paciente como estaba planeado, siendo esta información punto de partida importante para la toma de decisiones relacionadas con la gestión de la Seguridad del paciente.

Teniendo como referencia el contexto anterior, se hace necesario retomar la medición de la Cultura de Seguridad Paciente de forma sistemática que signifique para la institución un insumo (resultado) de forma objetiva para definir acciones para el mejoramiento de los factores críticos y con ello poder gestionar los riesgos de Seguridad que inciden en la transformación del clima de seguridad contribuyendo a la prestación de servicios de salud con Calidad.

2.4 JUSTIFICACIÓN

La presente investigación se enfocará en realizar la medición de la percepción de cultura de seguridad del paciente en una Institución Prestadora de Servicios de Salud del Municipio de Pasto-Nariño, debido a varios aspectos entre ellos que la normatividad del Sistema General de Seguridad Social en Salud con el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en sus componentes sistema único de habilitación (SUH) (6), programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad (PAMEC) (7) , Sistema Único de Acreditación (SUA) (8) y el sistema de información para la calidad en salud(9), considera la gestión de la seguridad del

paciente es un componente importante en la gestión de servicios de salud con el gran objetivo de reducir el daño y secundariamente reducir el error, ya que el error es una condición inherente a la condición humana. Otro aspecto es la importancia que tiene el tema para la Institución no con el solo objetivo de dar cumplimiento a la normatividad obligatoria en Colombia, sino como iniciativa proactiva para prestar servicios de salud con Calidad que brinden satisfacción real al paciente y que sea un eje trazador de la plataforma estratégica de la Institución mostrando estándares de desempeño superiores en Calidad en la atención creando cultura se seguridad en sus funcionarios.

La creación de una cultura institucional en seguridad del paciente conduce a implementar prácticas y procesos seguros, a trabajar en conjunto para prevenir errores que suceden a diario, creando compromiso en el personal de salud de que la gestión y la seguridad del paciente debe ser una prioridad Institucional.

Esta investigación es importante en la IPS, para apoyar al comité de seguridad y a su referente, aportándole resultados confiables de forma objetiva con el fin de generar oportunidades y acciones de mejora tendientes a conseguir cada vez mejores resultados en seguridad y contribuir así a madurar el sistema de Calidad de la institución, que además del cumplimiento de la normatividad vigente constituya una institución segura para la atención del paciente.

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL

Evaluar la percepción de cultura de seguridad del paciente en una Clínica Proinsalud S.A de Pasto- Nariño en el segundo periodo del año 2021.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

3.2.1 Realizar la caracterización del talento humano participante en la medición de la cultura de seguridad del paciente.

3.2.2 Determinar el grado de avance de las características esenciales de la cultura de seguridad del paciente (clima, actitud, comunicación, prácticas interdisciplinarias) tanto en forma general como en las diferentes áreas o servicios que presta la Institución.

3.2.3 Establecer el grado general de percepción en seguridad del paciente de cada uno de los participantes.

3.2.4 Establecer la frecuencia de eventos o errores reportados relacionados con seguridad del paciente de cada de cada uno de los participantes.

4. MARCO TEORICO

4.1. REFERENCIA INSTITUCIONAL

PROINSALUD LTDA, de Pasto Nariño, se creó el 22 de Octubre de 1992. Desde 1993 por efectos de contratos con la Fiduciaria la Previsora S.A presta sus servicios en salud al Magisterio Nariñense. En el 2005 cambia su razón social a PROINSALUD S.A. En la actualidad es una IPS que atiende 27.000 afiliados del Magisterio y unos 20.000 afiliados a EPS de régimen Contributivo y Subsidiado. (Emsanar, Salud vida, Nueva EPS y Sanitas entre otros. En PROINSALUD LTDA. La Política de Seguridad del paciente está enfocada en prestar servicios de salud con procesos, protocolos, guías, recursos humanos, tecnológicos, físicos y financieros que garanticen la prevención, eliminación o mitigación del riesgo. A partir del año 2013 el comité de seguridad del paciente de la Institución inicia con el proceso sistemático y continuo orientado a minimizar riesgos y sus consecuencias a un precio razonable mediante la identificación, evaluación, control y seguimiento de los riesgos asociados a la actividad sanitaria y la estratificación mediante una encuesta anual realizada con la Herramienta LimeSurvey cuyos consolidados han arrojado resultados en pro del mejoramiento y aseguramiento la prestación de los servicios con calidad y con un mínimo de riesgos posibles.

4. 2 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACION

4.2.1 En el artículo “Análisis de la cultura de seguridad del Paciente en un Hospital Universitario 2018” de los autores Mario Mella Laborde[a,] M. eat.el, se muestra la percepción de los profesionales sanitarios y no sanitarios sobre seguridad del paciente, describe el clima de seguridad con sus fortalezas y debilidades y evalúa las dimensiones valoradas negativamente según la encuesta Hospital Survey on Patient Safety Culture de la Agency for Healthcare Research and Quality adapatada al español para establecer áreas de mejora (10). El estudio proporciona información descriptiva acerca del clima de seguridad, la notificación de Eventos Adversos y la identificación de los problemas, puntos fuertes y debilidades en seguridad del paciente, incorporando a los/las profesionales no sanitarios/as en esta valoración [14].

Los resultados más destacados en positivo se relacionan con las dimensiones de aprendizaje organizacional/mejora continua, expectativas/acciones de la gerencia que promueven la seguridad y trabajo en equipo dentro de las unidades. Las áreas de mejora identificadas son la dotación de personal, el apoyo de la gerencia a la seguridad del paciente, los cambios de turno y la transición entre servicios, y la percepción de seguridad. El colectivo con mayor número de fortalezas es el de farmacéuticos/as, y el que presenta mayor número de debilidades es el de celadores/as. Se han identificado más debilidades en los servicios quirúrgicos y en la unidad de cuidados intensivos que en los servicios de tipo médico [14].

4.2.2 Del autor Rafael Raso Raso[a] y otros, en el artículo Análisis de la Cultura de Seguridad en una Unidad de Cardiología gestionada por procesos 2017, se menciona que el objetivo del estudio fue evaluar la cultura de seguridad en una Unidad de Cardiología que tiene definido, implantado y certificado un sistema integrado de gestión de calidad y riesgos para la seguridad del paciente. La unidad certificó su sistema de Gestión de la Calidad en 2010 de acuerdo con la norma ISO 9001-2008. Posteriormente en abril de 2014 integró el sistema de gestión de riesgos y seguridad del paciente certificándose también con la norma UNE 179003 [15].

Realizaron estudio observacional trasversal en 2 años consecutivos utilizando la encuesta Hospital Survey on Patient Safety Culture de la Agency for Healthcare Research and Quality en su versión española (42 ítems agrupados en 12 dimensiones) sobre todo el personal. Se identificaron 7 fortalezas en la unidad: Frecuencia de eventos notificados, Expectativas y acciones de la supervisión de la unidad, Trabajo en equipo en la unidad, Franqueza en la comunicación, Feed-back y comunicación sobre errores y Respuesta no punitiva. No se identificaron oportunidades de mejora, sin embargo, las dimensiones sobre Dotación de personal, Apoyo de la gerencia y Trabajo en equipo entre unidades fueron las peor valoradas y deben ser intervenidas para plantear planes de mejora. Este estudio muestra la importancia de prestar atención a la racionalidad de la dotación y organización del personal y los ritmos de trabajo a que se puedan ver sometidos. Es importante mostrar una actitud más proactiva hacia la seguridad del paciente por parte de las

gerencias. En los resultados del estudio se percibió la necesidad de mejorar la coordinación entre unidades-servicios y desarrollar una estrategia tendiente a hacer extensiva la sensación de trabajo en equipo que existe dentro de la unidad entre todas las unidades [15].

4.2.3 En el estudio “Medición de la cultura de seguridad del paciente en profesionales de salud de atención primaria. Hacia Promoción de Salud 2020”, cuyo objetivo fue determinar el nivel de cultura de seguridad del paciente en profesionales de salud de atención primaria, los resultados mostraron que ninguna de las dimensiones fue categorizada como fortaleza o debilidad y se obtuvo una puntuación global positiva de 45%. La cultura de seguridad fue mejor valorada por la población femenina y entre los profesionales de terapia ocupacional, fonoaudiología y fisioterapia. Las dimensiones con mejor calificación fueron intercambio de información con otros servicios asistenciales. Se encontraron diferencias significativas con las variables edad, profesión, antigüedad en el trabajo, número de horas trabajadas en la semana y tipo de contrato. La principal limitación de este estudio fue la negativa por parte de algunos profesionales para responder la encuesta, en razón a que se percibía como una herramienta punitiva [4].

4.2.4 En el articulo “Seguridad del Paciente y Cultura de seguridad” de los Doctores Cristian Rocco y Alejandro Garrido, cuyo propósito fue proporcionar y explorar las definiciones, procesos y estrategias encaminados a reducir la probabilidad de aparición de fallos del sistema y errores de las personas, aumentar la probabilidad de

detectarlos cuando ocurren y mitigar sus consecuencias. Especifica que la Seguridad del Paciente (SP), es un componente esencial de la Calidad Asistencial y la condición previa para la realización de cualquier actividad clínica, convirtiéndose en una cuestión primordial en la práctica sanitaria. Además, menciona que la calidad asistencial y sus componentes bajo El principio “Primum Non Nocere” subyacen a cada acto asistencial, por lo que podríamos asumir como principio básico que cada profesional es un sujeto competente y responsable que tiene como base de su actuación no generar daño [1].

5.2.5 R. Ladenheim, D. Macchiavello y M. Milberg del Instituto Universitario CEMIC, Buenos Aires, Argentina publicaron el artículo titulado “Inclusión de la seguridad del paciente en la carrera de Medicina: descripción de la experiencia y percepción de los estudiantes”, el cual define que uno de los factores identificados para reducir errores médicos ha sido la cultura organizacional. Se realizó un Estudio descriptivo en el Instituto Universitario Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas, el cual arrojó como resultado entre otros, que la educación interprofesional en seguridad del paciente debería ser implementada para mejorar las competencias de los estudiantes en el tema y de las entrevistas individuales, los alumnos destacaron lo novedoso del tema y haber aumentado su percepción en seguridad del paciente [16].

4.2.6 El artículo titulado “Cultura de la seguridad del paciente en directivos y gestores de un servicio de salud”, el cual es un estudio descriptivo transversal en personal directivo/gestor del Servicio Aragonés de Salud, que tuvo como objetivo

evaluar la cultura de seguridad del paciente en personas directivas/gestoras de un servicio de salud cuyos resultados obtenidos muestran que todos/as admitieron la existencia de diversidad de problemas de seguridad del paciente y coincidieron en reconocerla como prioritaria de forma más teórica que práctica. La excesiva rotación de directivos/as se consideró como una importante barrera que dificulta establecer estrategias a largo plazo y dar continuidad a medio plazo y concluye con las percepciones sobre cultura de seguridad del paciente en directivos/as como hecho esencial para mejorar la cultura de seguridad del paciente en este colectivo y en las organizaciones que dirigen [17].

4.2.7 En el artículo titulado “Circulando hacia la seguridad del paciente: realidad y deseo” de los autores Carlos Aibar-Remóna,b, Ignacio Barrasa-Villara y otros, se muestra la importancia de valorar diferencias entre necesidad e implementación de prácticas seguras recomendadas para la seguridad del paciente y utilidad del uso de señales de tráfico para promover su implementación. El estudio constó de dos fases: 1) revisión de recomendaciones sobre prácticas seguras de diferentes organizaciones y 2) encuesta a una muestra de oportunidad de profesionales del ámbito asistencial, organizativo y académico de la seguridad del paciente de España y Latinoamérica para evaluar necesidad y la implementación percibida de las prácticas seguras y la utilidad de las señales para tal fin, observando que todas las prácticas seguras identificadas fueron valoradas como necesarias y las diferencias entre necesidad percibida e implementación real de las prácticas seguras indican

áreas de mejora y que el lenguaje común de las señales de tráfico es un instrumento sencillo para mejorar su cumplimiento[18].

4.2.8 En el artículo titulado “Prioridades en seguridad del paciente en Atención Primaria” de la autora María Pilar Astier-Peñaa y otros, se plantea como objetivo promover y desarrollar el conocimiento y la cultura de seguridad del paciente, diseñar y establecer sistemas de información y notificación de incidentes relacionados con la seguridad del paciente, implantar prácticas seguras en el Sistema Nacional de Salud, promover la investigación en seguridad del paciente, participación de los pacientes en la estrategia de seguridad del paciente y reforzar la participación de España en todos los foros sobre seguridad del paciente de las principales organizaciones internacionales. Finalmente, reconocer que una verdadera cultura de seguridad es aquella en la que cada persona de la organización reconoce sus responsabilidades con la SP y se esfuerza en mejorar la asistencia que proporciona, reconociendo que, a pesar de ello, sucederán errores e incidentes en la atención sanitaria que deberá mitigar [19].

4.3. BASES TEORICAS

4.3.1 EVOLUCION DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

El tema de Seguridad el Paciente no es nuevo, sin embargo, durante muchos años recibió poca atención. Durante las décadas de 1950 y 1960 se escribieron los primeros trabajos sobre el tema, pero tuvieron poca repercusión. Se toma

consciencia de la posibilidad de un riesgo grave de padecer daño en manos de un sistema de salud o de sus integrantes, a partir de las décadas de 1960 y 1970, de manera particular en los Estados Unidos de América, debido a los juicios suscitados por mala práctica médica (malpractice) [20].

En 1991 se publicaron los resultados de un Estudio de Harvard sobre Práctica Médica, y poco después se conocieron trabajos similares provenientes del Reino Unido y de Australia. Sin embargo desde el año 1999 se habla de seguridad del paciente en el mundo, cuando el Instituto de Medicina de los Estados Unidos publicó el libro « To Err Is Human: building a safer health system», en donde se estimó que los «errores médicos» causan entre 44.000 y 98.000 defunciones cada año en los hospitales de los Estados Unidos de América, más que los accidentes de automóvil, el cáncer de mama o el SIDA y aquí es relevante puntualizar que los errores médicos hacen parte de lo que se denominan: eventos adversos[20].

Desde entonces, los gobiernos y las organizaciones internacionales han desarrollado iniciativas para apoyar estrategias que contribuyan a la mejora de la seguridad de los pacientes en todo el mundo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) en la 55 Asamblea Mundial de la Salud, celebrada en Ginebra en 2002, aprobó la resolución WHA55.18 que invita a los Estados miembros a prestar «la mayor atención posible al problema de la seguridad del paciente» y a establecer y consolidar «sistemas de base científica, necesarios para mejorar la seguridad del paciente y la calidad de la atención de la salud, en particular la vigilancia de los medicamentos, el equipo

médico y la tecnología». (21)

Un artículo reciente publicado en el año 2016, utilizando los estudios reportados desde el informe del instituto de medicina de los Estados Unidos de 1999 y extrapolando al número total de hospitalizaciones en los Estados Unidos en el año 2013, dio cuenta que este subestima la verdadera incidencia de muerte por error médico; la nueva estimación sugiere que el error médico es la tercera causa de muerte en los Estados Unidos, después de las causas cardiovasculares y el cáncer.[1]

En Colombia el tema de Seguridad del Paciente tiene sus inicios desde 2004, cuando 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; se hicieron reuniones de consenso en diferentes partes del país y se promovieron los procesos de vigilancia de estos eventos en algunas instituciones, donde las instituciones de salud tenían la libertad de elegir cuales eventos adversos vigila de acuerdo a sus características; no era obligación de la institución vigilar uno u otro evento adverso específico, pero si debía hacer vigilancia de eventos adversos. En el 2006, la evaluación del proceso mostró avances tangibles que llevaron a tomar la decisión de extender a todo el país la estrategia; lo cual se hizo mediante la expedición de la Resolución 1446 de 2006 “Por la cual se define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoria del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud”. En diciembre de 2007,

se publica 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”. (20), en el cual se recogieron 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.

En 2008 el Ministerio de Salud de nuestro país, con el objetivo de prevenir la ocurrencia de situaciones que afectarán la seguridad del paciente, y de ser posible eliminar la ocurrencia de eventos adversos, publicó los “Lineamientos para la Implementación de la Política de Seguridad del Paciente “(10) y estableció una Guía técnica de buenas prácticas en seguridad. A estas les desarrolló unos paquetes instruccionales para que las instituciones tuvieran directrices técnicas para su implementación práctica. Hoy, dichos paquetes son actualizados con el propósito de ajustarlos a la mejor evidencia disponible en la actualidad y para cubrir las brechas que han impedido la ejecución efectiva de dichas prácticas al interior de las instituciones de salud.

Hoy por hoy el tema de Seguridad del Paciente ha estado incluido y se actualiza como parte integral tanto de la gestión como de la monitorización dentro del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en sus componentes como el Sistema Único de Habilitación (SUH), Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC), Sistema Único de Acreditación (SUA) y el Sistema de Información para la

calidad en salud, con esto se involucra a la implementación y Monitoreo de la seguridad del paciente como un componente importante e indispensable en la gestión de servicios de salud.

4.3.2 CONCEPTUALIZACION

4.3.2.1 EL EVENTO ADVERSO

La primera ley ética, y quizás la más antigua que cualquier sistema de salud debe tener como luz y faro la de “primero no hacer daño” (primum non nocere), frase atribuida a Hipócrates y que insta a los profesionales de la salud de mejorar la salud de los pacientes, no empeorarla con los errores.

El evento Adverso: Las definiciones de evento adverso giran alrededor de un concepto operativo; así por ejemplo un Evento Adverso (EA) es un daño no intencionado provocado por un acto médico más que por el proceso nosológico en sí. Según el Anexo Técnico No. 2 de la Clasificación Internacional de Seguridad del Paciente, define el evento adverso como todo incidente imprevisto e inesperado que surge como consecuencia de un tratamiento o por una complicación médica, no por la enfermedad de fondo, y que da lugar a una hospitalización prolongada, a una discapacidad en el momento del alta médica, o ambas cosas. Con ello se demarca la definición de evento adverso a aquella situación que genera daño al paciente, causado después de que éste ingresa a la institución de salud y está relacionado más con el cuidado proveído, o con ocasión de éste, que con la enfermedad que

sufría originalmente y por la cual requirió su internamiento a la unidad hospitalaria. Este tipo de incidentes constituye un resultado no deseado para el paciente, que puede ser o no consecuencia de un error, y el cual surge durante la atención clínica, causando lesiones físicas o psicológicas a un paciente, es decir, el Evento Adverso es el daño ocasionado al paciente a partir de la atención o intervención en salud y que no es producida intencionalmente [22].

“En cualquier escenario clínico donde haya un paciente se pueden presentar eventos adversos. Estos son un indicador significativo del resultado final de la atención y muestran, como ningún otro, cual es la calidad de atención en una institución de salud. Una explicación a que aún se presente un alto número de eventos adversos, a pesar de los esfuerzos realizados, está en la alta complejidad de la atención en salud. Durante la atención de un paciente, entre otros factores, sucede un cambio constante de las condiciones clínicas del paciente, de trabajadores de la salud a su alrededor, de la complejidad propia de cada procedimiento clínico o quirúrgico, de factores humanos relacionadas con la atención, de los equipos y tecnología a utilizar y de procesos de atención, etc, que en últimas llevan a errores y eventos adversos secundarios. Por ello, es común en las organizaciones reguladoras estales, tanto a nivel nacional como internacional, la percepción de que es necesario implementar practicas seguras, dentro de un contexto de una política de seguridad y un programa de seguridad del paciente, que lleven a reducir en el máximo posible el creciente número de eventos adversos que se presentan en la atención en salud de un

paciente”.[23]

4.3.2.2 LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

La Seguridad del Paciente es definida como el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias. Implica la evaluación permanente de los riesgos asociados a la atención en salud para diseñar e implantar las barreras de seguridad necesarias, con el objetivo de prevenir y reducir los riesgos, errores y daños que sufren los pacientes durante la prestación de la asistencia sanitaria. Una piedra angular de la disciplina es la mejora continua basada en el aprendizaje a partir de los errores y eventos adversos [23].

Partiendo del concepto de que los problemas de seguridad del paciente son inherentes a la atención en salud, alcanzar el propósito de establecer una atención segura, va más allá del establecimiento de normas; estas son solamente el marco de referencia. Es necesario el compromiso y la cooperación de los diferentes actores para sensibilizar, promover, concertar, y coordinar acciones que realmente alcancen logros efectivos.

4.3.2.3 LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

“Los fundamentos de la seguridad asistencial se asientan en dos líneas de pensamiento relacionadas: 1. La teoría del error de Reason: Asume que el ser

humano es falible, por lo que pese a los esfuerzos por evitarlos, los errores seguirán aconteciendo, por lo que es necesario que los procesos se rediseñen para hacerlos más resistentes a la producción de fallos menos proclives a la situaciones de riesgo y habilitar estrategias de detección e interceptación precoz de los errores y 2. La Cultura de Seguridad (CS): Cultura no punitiva en la que existe un compromiso de los individuos y organizaciones con la seguridad, y por tanto, con la aplicación de las mejores prácticas y estándares, y que cuenta con un clima de seguridad abierto y de confianza mutua en la que los errores son una fuente de aprendizaje, en lugar de ser utilizados para culpabilizar"[1].

"La consecución de una adecuada cultura se ha señalado como la primera de las recomendaciones para mejorar la seguridad del paciente. Según el informe publicado en 2003 por el National Quality Forum de EE. UU. reforzado en su reciente actualización, señala también la medición de la cultura de seguridad, la retroalimentación de los resultados y las intervenciones consecuentes, como algunos de los elementos necesarios para llevar a cabo dicha recomendación" [12].

Apoyando la anterior conceptualización, se ha sugerido que con el fin de mejorar la seguridad del paciente y reducir los eventos adversos, se requieren esfuerzos en tres áreas: 1 mejorar la medición y la retroalimentación para aumentar la detección de eventos adversos, y orientar las intervenciones que mejoren los sistemas y los procesos de atención; 2 herramientas para rediseñar la atención, y estrategias de cambio que le permitan a los médicos y a los equipos de apoyo identificar y prevenir

los eventos adversos; y 3 un liderazgo visible que apoye los esfuerzos de mejoramiento en la seguridad del paciente[24].

El tema no es ajeno en Colombia, En el documento “Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente” (10). de 2008 y vigente a la fecha, establece entre los principios orientadores de la política: 1. Enfoque de atención centrado en el usuario, 2. Cultura de Seguridad, 3. Integración con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. 4. Multicausalidad, 5. Validez, 6. Alianza con el paciente y su familia y 7. Alianza con el profesional de la salud, estos principios deben ser transversales y orientar todas las acciones a implementar en la gestión de servicios de salud. La Cultura de Seguridad como principio orientador debe ser contenida en la implementación de la Política de seguridad del paciente en las instituciones prestadores de servicios de salud.

4.4 BASES LEGALES

Decreto número 1011 DE 2006 (5): Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Circula Externa 012 (7): por la cual se hacen adiciones, modificaciones y eliminaciones a la **Circular 047 de 2007**, y se imparten instrucciones en lo relacionado con el Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud y el Sistema de Información para la Calidad.

Decreto número 904 de 2014 (8): Por el cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema Único de Acreditación en Salud.

Resolución 0256 de 2016 (9): Por la cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema de Información para la Calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud

Resolución 3100 de 2019 (6): Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud

4.5. DEFINICIONES BASICAS (24)

4.5.1. 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.

4.5.2 ATENCIÓN EN SALUD: Servicios recibidos por los individuos o las poblaciones para promover, mantener, monitorizar o restaurar la salud.

4.5.3 INDICIO DE ATENCIÓN INSEGURA: Un acontecimiento o una circunstancia que pueden alertar acerca del incremento del riesgo de ocurrencia de un incidente o evento adverso.

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

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

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

4.5.7 EVENTO ADVERSO PREVENIBLE: Resultado no deseado, no intencional, que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado.

4.5.8 EVENTO ADVERSO NO PREVENIBLE: Resultado no deseado, no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial.

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

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

4.5.11 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.

4.5.12 BARRERA DE SEGURIDAD: Una acción o circunstancia que reduce la probabilidad de presentación del incidente o evento adverso.

4.5.13 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.

4.5.14 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

4.5.15 CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE (17): Según el Diccionario de la Real Academia Española, la palabra cultura tiene dos definiciones: • Conjunto de conocimientos que permite a alguien desarrollar su juicio crítico. • Conjunto de modos

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

Scott-Cawiezell y colaboradores definieron una cultura justa de la seguridad como un entorno favorable al diálogo abierto con el fin de facilitar prácticas más seguras. En el ámbito académico, también se utiliza el término de seguridad psicológica (Tucker y colaboradores), el cual se define como una unidad de apoyo al trabajo en el que, los miembros pueden cuestionar las prácticas existentes, expresar sus preocupaciones o sus diferencias, y admitir los errores sin sufrir el ridículo o el castigo. Mas recientemente, Khatri y colaboradores afirman que “desde una perspectiva organizacional, una cultura de seguridad sólo se puede definir como la capacidad de una organización para identificar, informar e investigar los incidentes y tomar las medidas correctivas que mejoren el sistema de atención al paciente y reducir el riesgo de recurrencia”.

5. METODOLOGÍA

5.1 ENFOQUE Y DISEÑO

Es un estudio observacional, transversal, descriptivo y cuantitativo. Observacional: ya que el investigador observa, mide y analiza sin intervenir ni modificar las variables de estudio y cuyo fin es registrar los datos obtenidos sobre la cultura de seguridad del paciente; Transversal: en donde se aplicó un Instrumento validado para la evaluación de la Cultura de Seguridad del paciente en la Clínica Proinsalud S.A del Municipio de Pasto con una sola medición realizada en el segundo periodo de 2021; Descriptivo: porque se analizará y se especificará el contexto de una variable determinada (análisis univariado) y Cuantitativo puesto que se centra en obtener información a través de una Encuesta para recopilar los datos y posteriormente realizar un análisis con métodos estadísticos [25].

5.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

La población corresponde a funcionarios asistenciales de la Clínica Proinsalud S.A del Municipio de Pasto que hayan laborado más de seis meses continuos dentro de la Institución y que hayan recibido capacitación y proceso de inducción, que de una base de datos suministrada y después de realizar depuración de esta se obtiene un aproximado de 136 trabajadores asistenciales.

La muestra correspondió al subconjunto del Personal Asistencial de la Clínica

Proinsalud S.A del Municipio de Pasto - Nariño. Se aplicó fórmula de muestreo aleatorio simple, obteniendo la muestra de 101 funcionarios a quienes se les aplicó la encuesta de evaluación de la cultura de seguridad del paciente, con un nivel de confianza del 95%, que significa que el grado de certeza (o probabilidad) con el que se pretende realizar la estimación tiene un nivel de confianza efectivo y un margen de error del 5% que es un indicador de la fiabilidad del estudio y de la exactitud de los resultados.

5.3 PLAN DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Para la recolección de la información se realizaron los siguientes pasos:

- Se solicitó al área de Talento Humano de la Clínica Proinsalud la base de datos en archivo en Excel, de los funcionarios del área Asistencial por servicio donde labora.
- Se aplicó fórmula de muestreo aleatorio simple para seleccionar los funcionarios a encuestar obteniendo el dato del Personal Asistencial de la Institución a encuestar.
- Se realizó contacto con la líder de seguridad del paciente y por los medios de comunicación institucionales se informó y se convocó a los funcionarios para la participación en el diligenciamiento de la encuesta.
- La líder de seguridad del paciente remitió un oficio a cada coordinador de las áreas seleccionadas, informando sobre el objetivo del estudio, tiempo de oportunidad de respuesta y la forma de acceso a la encuesta línea con la herramienta LimeSurvey.

- Se aplicó la encuesta en línea mediante la herramienta LimeSurvey.

- Se realizó seguimiento permanente al avance del diligenciamiento de la encuesta, encontrando poca participación, por lo cual se solicitó segunda apertura en línea de la encuesta. Por parte de los investigadores se realizaron llamadas telefónicas a aproximadamente a 80 funcionarios que aún faltaban por contestar la encuesta; encontrando dificultades como: número de teléfono desactualizado, teléfonos apagados, llamadas no contestadas, personal que ya no trabaja en la clínica, números telefónicos que no corresponden, personal en vacaciones y otros no tenían acceso a la encuesta en línea.

- Con la totalidad de los resultados se realizó el análisis de la información obtenida y se presentó el informe.

5.4 INSTRUMENTOS

El Instrumento fue adaptado por solicitud de la Clínica Proinsalud S.A, teniendo en cuenta las experiencias de vigencias anteriores; a partir del elaborado por el Centro de Gestión Hospitalaria y el Ministerio de Salud donde se evalúan aspectos como : Sección A: Área de trabajo; Sección B: Su Jefe Inmediato; Sección C: Comunicación; Sección D: Frecuencia de Eventos adversos / errores reportados; Sección E: Grado de seguridad de paciente, Sección F: Su Institución; Sección G: Número de Eventos adversos / errores reportados; Sección H: Antecedentes; Sección I: Comentarios; Sección J: Atención segura. Antecedentes y Comentarios (26).

Teniendo en cuenta las secciones y los ítems de la encuesta, las respuestas están diseñadas para selección única. Las adaptaciones fueron realizadas al instrumento aplicado en la Clínica, los cuales consistieron en la eliminación de algunos tipos de respuesta. En las Secciones A,B y F las opciones de respuesta fueron: De acuerdo, En desacuerdo y Algunas veces. En las secciones C y D las opciones de respuesta fueron: La mayoría de las veces, Algunas veces y Nunca. En la Sección E la calificación está diseñada entre las opciones: Excelente, Muy bueno, Aceptable y Malo. La sección G, H e I tienen respuesta de calificación dependiendo de los antecedentes de experiencia del encuestado (26). La Sección J: con opciones de respuesta Si y No.

El instrumento se realizó a través una encuesta en la herramienta en línea LimeSurvey. Se articuló a la página Intranet institucional por lo que sólo los miembros que pertenecen a la organización tuvieron acceso a ella y pudieron participar de la encuesta.

Se anexa Instrumento para evaluación de la Cultura de Seguridad del paciente (Anexo 1).

5.5 PLAN DE ANÁLISIS DE INFORMACIÓN

De las bases de datos suministradas por la Clínica, se traslada la información a la herramienta del Macroproyecto de la Universidad Católica de Manizales, obteniendo los resultados a través de tablas y gráficas, a los cuales se les realizó el respectivo análisis univariado. Se realizó el análisis de todas las respuestas con el fin de

establecer el grado general de percepción en seguridad del paciente de cada uno de los participantes.

Referenciados en otros estudios, se realizó un análisis de frecuencias inicial por ítems. Para el análisis global por secciones las respuestas del cuestionario se recodificaron en tres categorías: 1) Negativa: en desacuerdo 2) Neutra: Algunas veces 3) Positiva: de acuerdo. Con esta codificación se calcularon las frecuencias relativas de cada categoría, tanto para cada uno de los ítems como para el indicador compuesto de cada dimensión. Estas estimaciones puntuales se acompañaron del correspondiente intervalo de confianza del 95% (IC95%) (14).

Se calcularon indicadores compuestos para cada una de las secciones de la escala mediante la fórmula: sumatoria Número de respuestas positivas en los ítems de una dimensión / Número de respuestas totales en los ítems de una dimensión (14).

Para clasificar un ítem o una sección se utilizó como base el promedio ponderado institucional logrado que corresponde a 75.4%, donde un ítem o una dimensión por debajo de este resultado se clasifica como “debilidad” y por encima de este porcentaje se considera como “fortaleza” para la Cultura de Seguridad del Paciente.

Para clasificar un ítem o una dimensión como “fortaleza” se empleó los siguientes criterios alternativos:

- ≥75,4% de respuestas positivas (de acuerdo) a preguntas formuladas en positivo.

- ≥75,4% de respuestas negativas (en desacuerdo) a preguntas formuladas en negativo.

  Para clasificar un ítem o una dimensión como “debilidad” se empleó los siguientes criterios alternativos:

- ≥75,4% de respuestas negativas (en desacuerdo) a preguntas formuladas en positivo.

- ≥75,4% de respuestas positivas (de acuerdo) a preguntas formuladas en negativo.

El análisis de fortalezas y debilidades se realizó para cada ítem y para las dimensiones en su conjunto.

El análisis de los datos se realiza partiendo del análisis general de cada sección, relacionándolo con los hallazgos por cada pregunta.

5.6 COMPONENTE ÉTICO

El equipo investigador presentó la documentación exigida por la Clínica Proinsalud para la ejecución de la investigación. La Clínica Proinsalud S.A no requiere el trámite ante el comité de ética de la institución de salud para la ejecución de la investigación.

La participación en la investigación no representa riesgos físicos, psicológicos, sociales, ni legales para los funcionarios de la Clínica Proinsalud, se garantizó la confidencialidad de la información, por lo tanto, solo se realizó el reporte de los resultados sin incluir ningún tipo de identificación de los participantes.

La información solo será conocida por las directivas de la Institución como producto de la investigación.

Ni a los investigadores, ni a la Universidad Católica de Manizales les corresponde generar acciones de carácter disciplinario como principio enmarcado dentro de la ética que como formadores en educación de carácter superior les corresponde. Los resultados del estudio fueron presentados por los estudiantes en términos de los objetivos planteados en el estudio, por lo tanto, no incluye ningún tipo de información adicional.

6. RESULTADOS Y DISCUSION

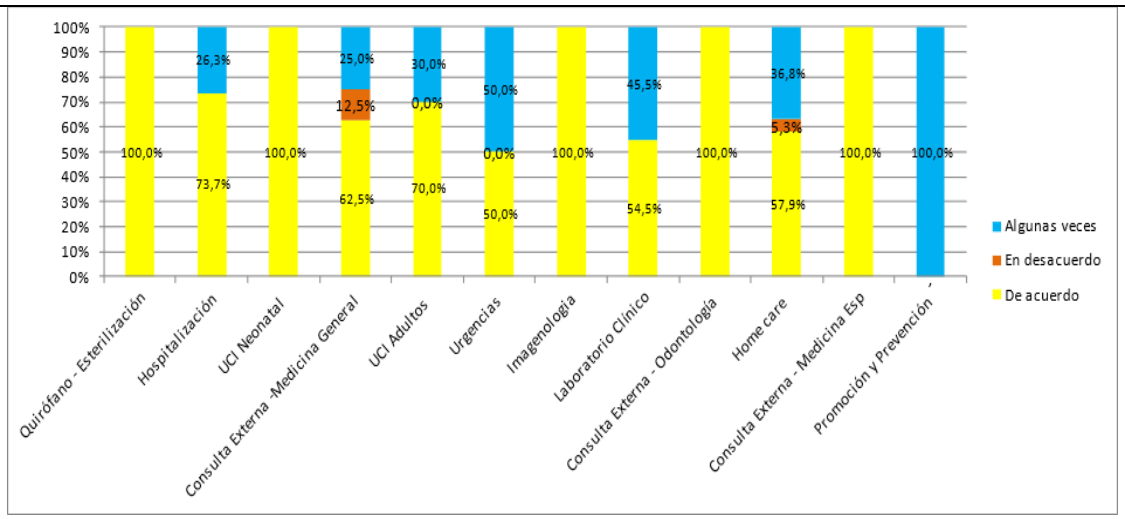
Sección A: Área de Trabajo

Tabla 2. Ponderado Sección A

PONDERADO CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE					
Sección	Preguntas positivas	Preguntas negativas	CantPos	CantNeg	PromPond
Sección A	63,9%	37,6%	8	5	53,8%

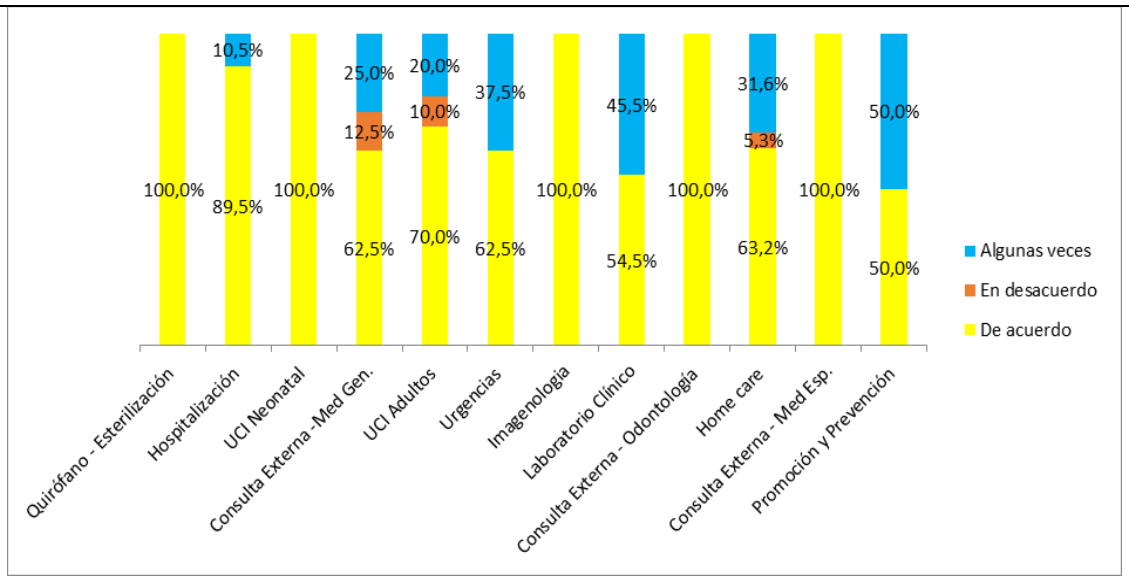
En la Sección A, las preguntas relacionadas con Trabajo en Equipo muestran un promedio ponderado de 53,8%., donde las variables que más aportan a este resultado con respuestas en la opción “De acuerdo” son: Realización de acciones para mejorar la seguridad del paciente con un 87.1%; Trato respetuoso con un 86.1%; Procedimientos y sistemas efectivos para prevenir errores con un 80%; Trabajo en equipo con 76.2% y Apoyo mutuo con un 70.3%. También aportan al promedio ponderado en relación con la Cultura de Seguridad del Paciente las variables relacionadas con: “El personal siente que sus errores son usados en su contra” y “Sólo por casualidad que no ocurren eventos adversos” con un 66.3% y 64.4% respectivamente, de los funcionarios que respondieron con opción “En Desacuerdo” para estas preguntas.

Gráfica 1. En esta unidad, la gente se apoya mutuamente.



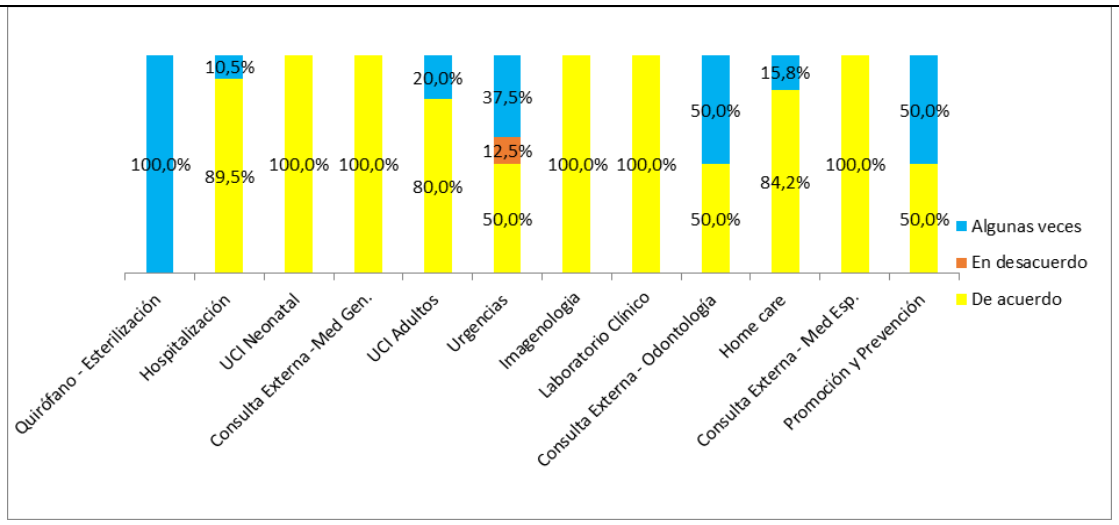
La gráfica N° 1 relacionada con la variable “En esta unidad, la gente se apoya mutuamente” aporta al promedio ponderado de medición de la cultura de seguridad del paciente un 70,3%, demuestra que la mayoría de los funcionarios de la Clínica Proinsalud S.A manifiestan estar de acuerdo con que en sus servicios “la gente se apoya mutuamente”. Los servicios que aportan un 100% en los resultados son: Quirófano, UCI Neonatal, Imagenología, Consulta externa Odontología y Consulta externa especializada. Servicios como Hospitalización, Consulta Externa Medicina General y UCI Adultos representan un 73.7%, 62.5% y 70% respectivamente. Otros servicios como Urgencias, Laboratorio Clínico, Home Care y Promoción y Prevención presentan una medición por debajo del 60%.

Grafica N°2 Cuando necesitamos terminar una gran cantidad de trabajo, lo hacemos en equipo



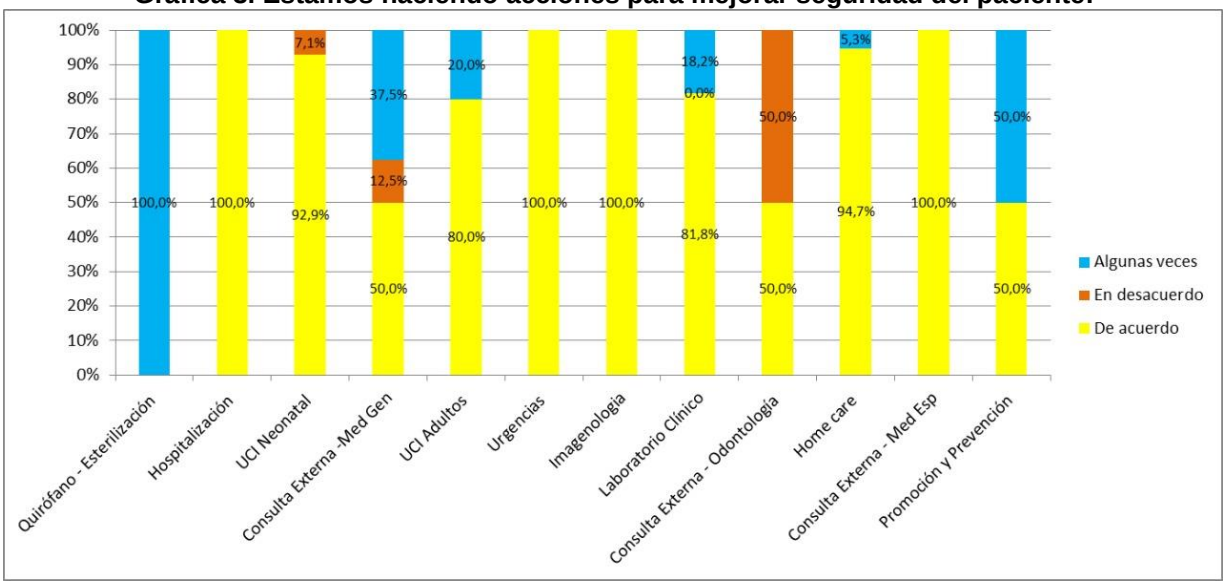
La gráfica N° 2 relacionada con la variable “Cuando necesitamos terminar una gran cantidad de trabajo, lo hacemos en equipo” que aporta al promedio ponderado de medición de la Cultura de Seguridad del Paciente un 76.2%, muestra que la mayoría de los funcionarios de la Clínica Proinsalud S.A manifiestan estar de acuerdo. Los servicios que aportan un 100% en los resultados son: Quirófano y Esterilización, UCI Neonatal, Imagenología, Consulta externa Odontología y Consulta Externa Especializada. Los servicios de Hospitalización, Consulta externa Medicina General, UCI Adultos, Urgencias y Home Care presentan una calificación mayor del 60% y menor del 100%. Otros servicios como Laboratorio Clínico, y Promoción y Prevención presentan una medición del 54.5% y 50% respectivamente.

Gráfica 2. En esta unidad, el personal se trata con respeto.



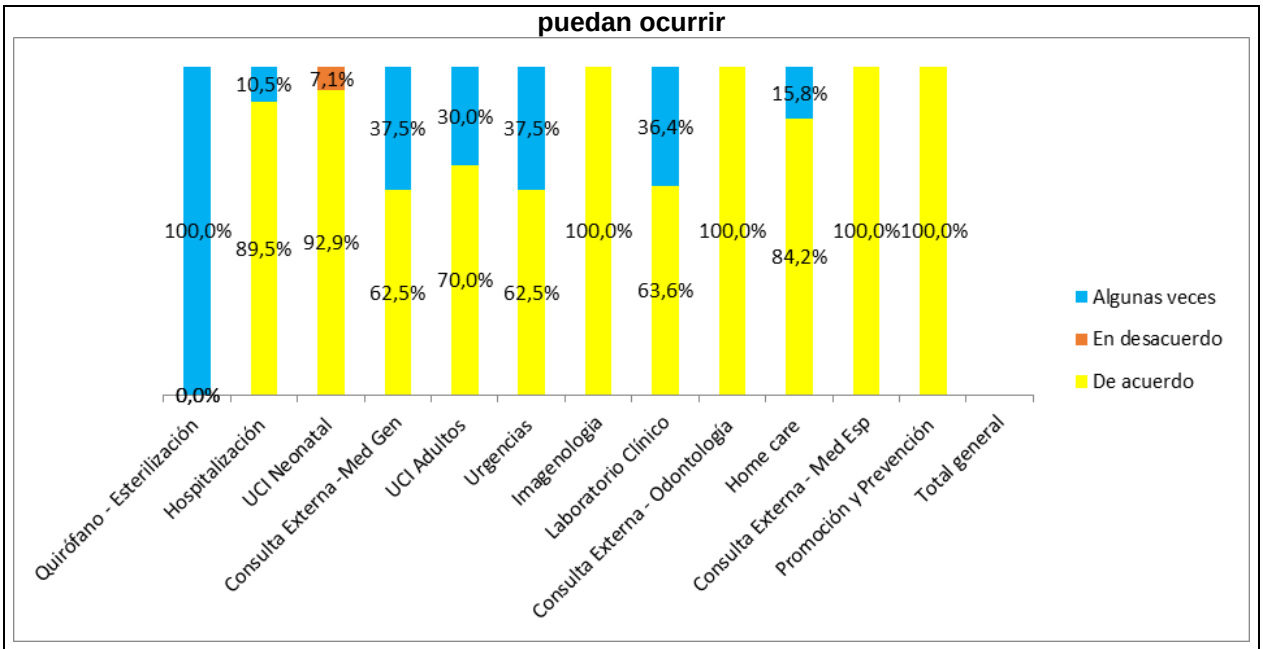
Según la gráfica N° 3 relacionada con la variable “En esta unidad, el personal se trata con respeto” con un 86.1% en la medición de la Cultura de Seguridad del Paciente, demuestra que los funcionarios perciben un trato respetuoso entre ellos. Servicios como UCI Neonatal, Consulta Externa Medicina General, Imagenología, Laboratorio Clínico y Consulta externa especializada arrojan un resultado del 100%. Servicios como Hospitalización, UCI Adultos y Home Care con un 89.5%, 84.2% y 80% respectivamente y otros servicios como Quirófano y Esterilización, Urgencias, Consulta Externa Odontología y Promoción y Prevención presentan una medición menor del 60%.

Gráfica 3. Estamos haciendo acciones para mejorar seguridad del paciente.



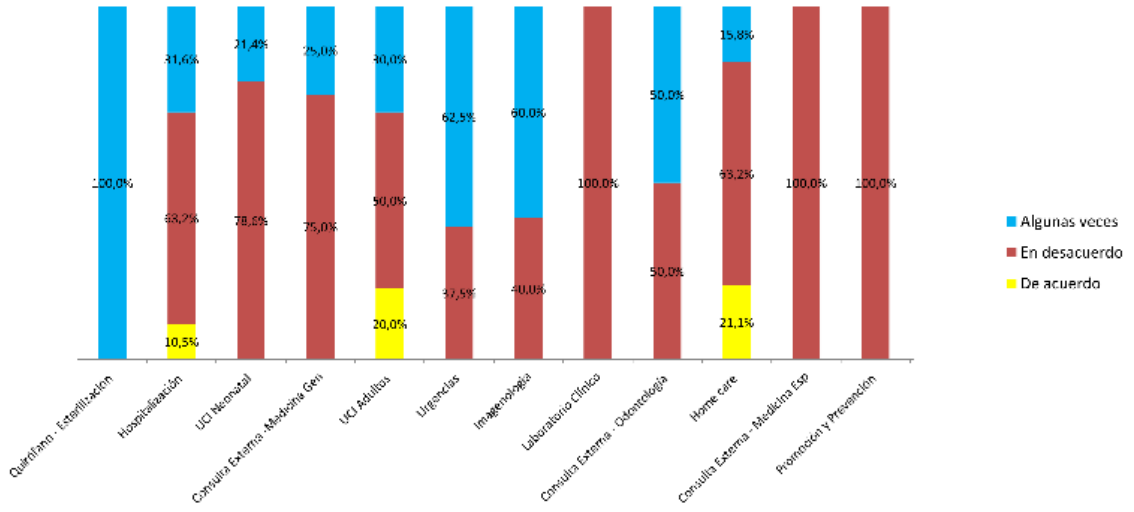
La gráfica N° 4 relacionada con la variable “Estamos haciendo acciones para mejorar seguridad del paciente” aporta al promedio ponderado de medición de la Cultura de Seguridad del Paciente un 87.1%, muestra que la mayoría de los funcionarios manifiestan estar de acuerdo. Los servicios que aportan un 100% en los resultados son: Hospitalización, Urgencias, Imagenología y Consulta externa especializada. Servicios como UCI Neonatal con 92.9%, UCI Adultos 80%, Laboratorio Clínico con 81.8% y Home care con un 94.7% y otros servicios como Quirófano y Esterilización, Consulta Externa Medicina General, Medicina Externa Odontología y Promoción y Prevención presentan una medición menor del 60%.

Gráfica 4. Nuestros procedimientos y sistemas son efectivos para la prevención de errores que



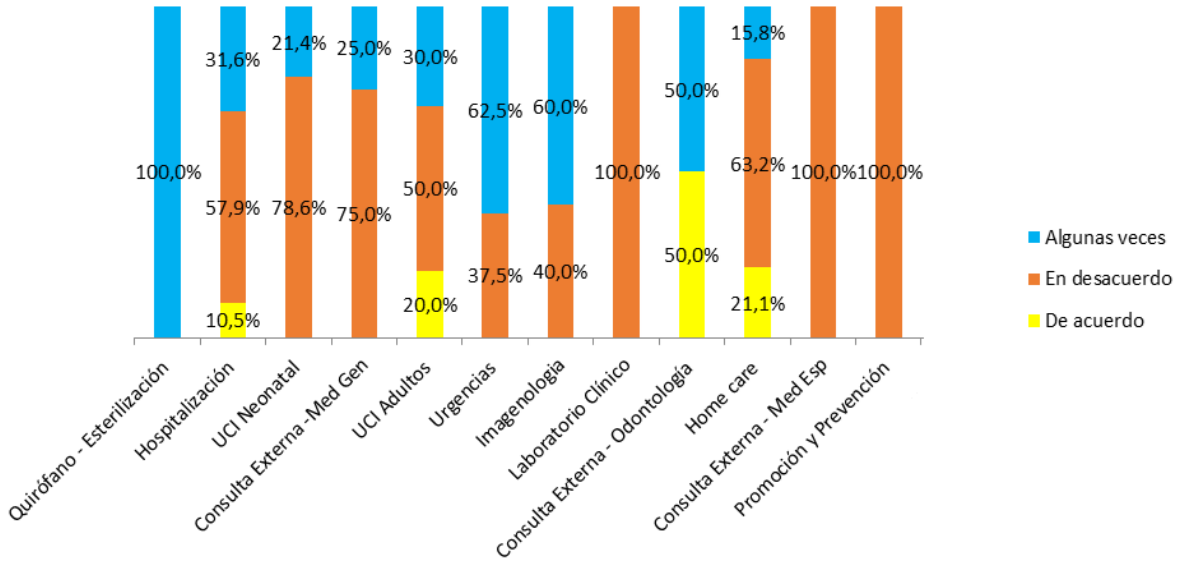
Según la gráfica N° 5 relacionada con la variable “Nuestros procedimientos y sistemas son efectivos para la prevención de errores que puedan ocurrir” aporta un 80.2% en la medición de la Cultura de Seguridad del Paciente y muestra que los funcionarios perciben que la organización cuenta con procedimientos y sistemas efectivos para prevenir errores. Los servicios que arrojan un resultado del 100% son Imagenología, Consulta Externa Odontología, Consulta externa especializada y Promoción y Prevención. Un servicio presenta un porcentaje menor del 60% y los servicios de Hospitalización, UCI Neonatal, Consulta Externa Medicina General, Laboratorio Clínico, UCI Adultos, Urgencias y Home care presentan un alcance mayor de 60% y menor del 100%.

Gráfica 5. El personal siente que sus errores son usados en su contra.



Según la gráfica N° 6 relacionada con la variable “El personal siente que sus errores son usados en su contra” aporta un 66.3% en la medición de la Cultura de Seguridad del Paciente y muestra que los funcionarios perciben que la organización no utiliza los errores de Seguridad del paciente en su contra los cuales respondieron con la opción “En Desacuerdo” para esta pregunta. Los servicios que arrojan un resultado del 100% son Laboratorio Clínico, Consulta Externa Odontología y Consulta externa especializada. Los servicios que presentan un resultado mayor de 60% y menor de 100% son: Hospitalización, UCI Neonatal, Consulta Externa Medicina General y Home Care. Otros servicios como Quirófano - Esterilización, UCI Adultos, Urgencias, Imagenología y Consulta Externa - Odontología presentan un alcance menor de 60 %.

Gráfica 6. Es sólo por casualidad que acá no ocurran errores más serios.



Según la gráfica N° 7 relacionada con la variable “Es sólo por casualidad que acá no ocurran errores más serios” aporta un 64.4% en la medición de la Cultura de Seguridad del Paciente y muestra que los funcionarios perciben que en la organización se trabaja en la prevención de fallas en la atención, los cuales respondieron con la opción “En Desacuerdo” para esta pregunta. Los servicios que arrojan un resultado del 100% son Laboratorio Clínico, Consulta externa especializada y Promoción y Prevención. Servicios como UCI Neonatal, Consulta Externa-Medicina General, Home Care, presentan un porcentaje de 78.6%, 75% y 63.2% respectivamente. Con menos de 60% encontramos los servicios de Quirófano – Esterilización, Hospitalización, UCI Adultos y Consulta Externa- Odontología.

DISCUSION SECCION A

En la Sección A, de la dimensión “Trabajo en Equipo” se encuentra que los funcionarios encuestados respondieron y perciben como fortaleza el trabajo en equipo, el trato respetuoso, las acciones de la organización en pro de la seguridad del paciente y los procedimientos y sistemas son efectivos para la prevención de errores que puedan ocurrir. Se encuentran oportunidades de mejora en cuanto al apoyo mutuo, la suficiencia de personal para realizar el trabajo, el manejo del error, trabajo de horas adicionales para el cuidado del paciente, uso de horas adicionales y de personal temporal para el cuidado del paciente y de que los empleados se preocupan de que los errores queden registrados en su hoja de vida.

Los aspectos anteriormente expuestos son mencionados en la Guía Técnica “Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente en La Atención en Salud”, del Ministerio de Salud, donde refiere que la política de seguridad del paciente debe estar basada en los siguientes lineamientos que sustentan su aparición. En el entorno de la atención en salud, las condiciones de trabajo, los riesgos y los pacientes cambian constantemente, lo cual favorece la aparición de eventos adversos: Los eventos adversos no son usualmente culpa de las personas. Las instituciones deben considerar la posibilidad de error humano y de fallas en los procesos, cuando los mismos son diseñados. Evitar los daños por error es responsabilidad de cada uno en su puesto de trabajo. Es mucho más fácil cambiar el diseño de los sistemas que el comportamiento rutinario de las personas (24).

Así mismo, en el estudio “El trabajo en equipo como fundamento en la seguridad del paciente” de Yuber Liliana Rodríguez-Rojas Ph.D, se menciona que se logró determinar que, para fomentar el trabajo en equipo, un ambiente laboral amigable y para la seguridad del paciente se necesita del aporte de conocimiento y a las habilidades blandas. Lo anterior, fomentará la prestación de los servicios de salud de forma humanizada y reducirá los errores y eventos que colocarán en riesgo la vida del paciente. Para ello, se requiere entender qué son y cuáles son las estrategias para alinear a los integrantes en un trabajo en equipo (27).

En el documento “Herramientas para promover la estrategia para la Seguridad del paciente en el SOGC “, del Ministerio de la Protección Social, se contextualiza que el tercer elemento para la estrategia institucional de seguridad del paciente es la respuesta organizacional no punitiva ante la presencia de eventos adversos o errores; que promueva la búsqueda activa de estos sin temor a las posibles represalias y castigos, ambiente que Reason denomina cultura justa. Por el contrario, un entorno punitivo promueve el ocultamiento y no facilita el análisis, por lo tanto, no se podrán identificar cuáles son las barreras de seguridad que deben implementarse. Generar un clima organizacional proactivo y no punitivo: en primer lugar, que, en la organización, la cultura se oriente hacia la seguridad del paciente más que al castigo y a la búsqueda de un individuo culpable (20).

Otros inconvenientes importantes que limitan, en muchas ocasiones, el desarrollo de líneas de la Seguridad del Paciente son la falta de personal y de equipamiento (o

equipos obsoletos). Es difícil mejorar esta seguridad mediante el esfuerzo activo de los profesionales cuando las necesidades básicas de estructura no están adecuadamente cubiertas. En ocasiones, convivimos entre la disponibilidad de la más alta tecnología y la carencia de algunas de estas necesidades básicas, según lo mencionado en el artículo de Liderazgo en la seguridad del paciente. P. Ruiz Lópeza, I. Carrasco Gonzálezb, Madrid, España (28).

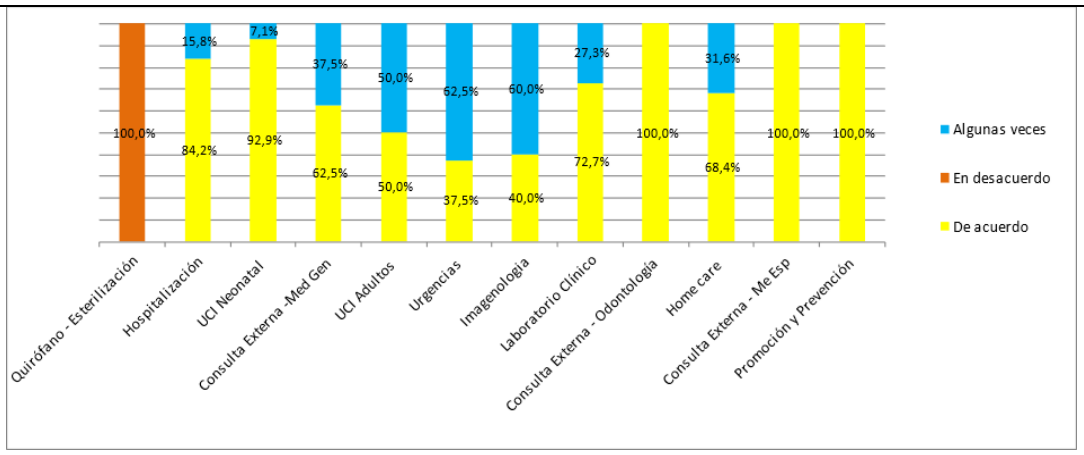
Sección B: Su jefe Inmediato

Tabla 3. Ponderado Sección B

PONDERADO CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE					
Sección	Preguntas positivas	Preguntas negativas	CantPos	CantNeg	PromPond
Sección B	75,7%	67,8%	2	2	71,8%

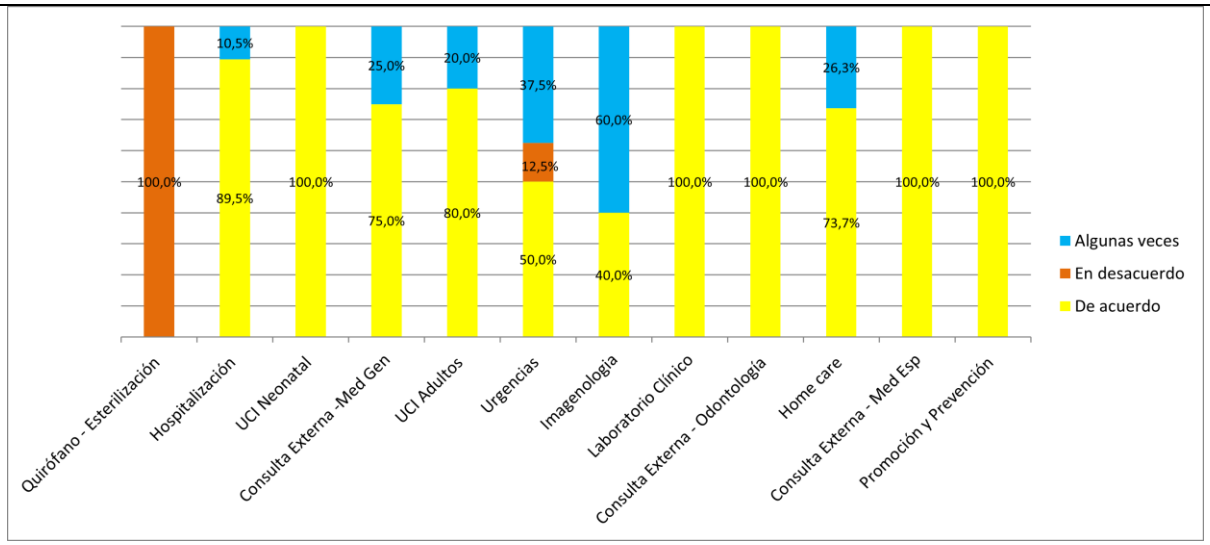
En la Sección B, las preguntas relacionadas con “Su Jefe Inmediato” muestran un promedio ponderado de 71,8%, de Medición de Cultura de la Seguridad del Paciente, donde las variables evaluadas aportan a este resultado con la mayoría de respuestas en la opción “De acuerdo” en las preguntas: “Mi jefe hace comentarios favorables cuando ve un trabajo hecho de acuerdo con los procedimientos establecidos para los pacientes” con un promedio ponderado de 70.3% y un 81.2% para la pregunta “Mi jefe acepta las sugerencias del personal para mejorar la seguridad de los pacientes”. Para la pregunta “Mi jefe no toma en cuenta los problemas de seguridad del paciente que se repiten una y otra vez” con un 82.2% la cual refleja el resultado con el mayor número de respuestas en la opción “En desacuerdo”.

Gráfica 7. Mi jefe hace comentarios favorables cuando ve un trabajo hecho de acuerdo con los procedimientos establecidos para la seguridad de los pacientes.



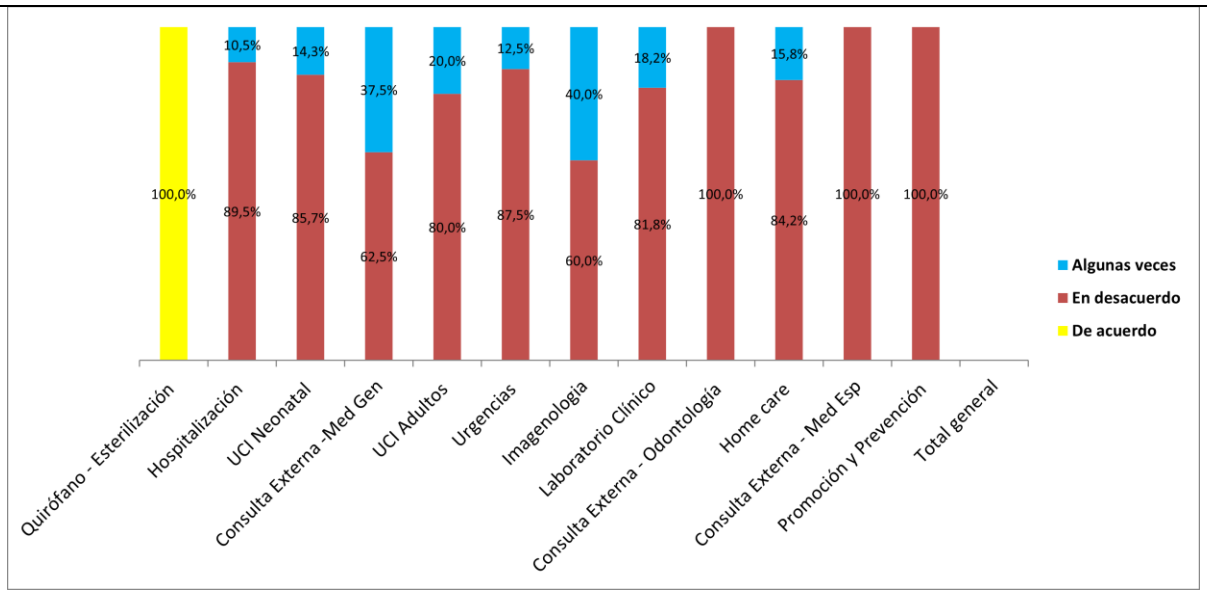
La gráfica N° 8 relacionada con la variable “Mi jefe hace comentarios favorables cuando ve un trabajo hecho de acuerdo con los procedimientos establecidos para la seguridad de los pacientes” aporta al promedio ponderado de medición de la cultura de seguridad del paciente un 70,3%, indicando que la mayoría de los funcionarios de la Clínica Proinsalud S.A manifiestan estar de acuerdo con que en sus servicios el jefe hace comentarios favorables sobre el trabajo realizado de acuerdo a los procedimientos establecidos. Los servicios que aportan un 100% en los resultados son: Consulta externa – Odontología, Consulta externa especializada y Promoción y Prevención. Servicios como Hospitalización, UCI Neonatal, Consulta Externa - Medicina General, Laboratorio Clínico y Home Care presentan un porcentaje entre mayor de 60% y menor del 100%. Otros servicios como Quirófano – Esterilización, Urgencias e Imagenología presentan un porcentaje menor del 60%.

Gráfica 8. Mi jefe acepta las sugerencias del personal para mejorar la seguridad de los pacientes.



Según la gráfica N° 9 relacionada con la variable “Mi jefe acepta las sugerencias del personal para mejorar la seguridad de los pacientes” aporta un 81.2% en la medición de la Cultura de Seguridad del Paciente y muestra que los funcionarios perciben que el jefe sí acepta sugerencias para mejorar la seguridad de los pacientes. Los servicios que arrojan un resultado del 100% son: UCI Neonatal, Laboratorio Clínico, Consulta Externa Odontología, Consulta externa especializada y Promoción y Prevención. El servicio de Quirófano-esterilización, imagenología y Urgencias presentan un porcentaje menor del 60%. Servicios como Hospitalización, Consulta Externa Medicina General, UCI Adultos y Home Care presentan un alcance entre 60% y menor del 100%.

Gráfica 9. Mi jefe no toma en cuenta los problemas de seguridad del paciente que se repiten una y otra vez



Según la gráfica N° 10 relacionada con la variable “Mi jefe no toma en cuenta los problemas de seguridad del paciente que se repiten una y otra vez” aporta un 82.2% en la medición de la Cultura de Seguridad del Paciente y muestra que los funcionarios perciben que la organización sí toma en cuenta los problemas de Seguridad del paciente manifestado en que los servicio de Consulta Externa – Odontología, Consulta externa especializada y Promoción y Prevención tienen un porcentaje del 100% manifestando Desacuerdo en la pregunta planteada. Servicios como Hospitalización, UCI Neonatal, Consulta Externa Medicina General, UCI Adultos, Urgencias, Imagenología Laboratorio Clínico y Home Care presenta un porcentaje mayor de 60% y menor de 100%. El servicio de Quirófano – Esterilización presenta un porcentaje menor del 60%.

Para la variable “Cuando la presión se incrementa, mi jefe requiere que trabajemos más rápido, aunque esto requiera saltar pasos importantes”, los funcionarios

responden que están en desacuerdo con un 53.5% y 31.7% para Algunas veces.

DISCUSION SECCION B

En la Sección B, de la dimensión “Su Jefe Inmediato”, se encuentra como fortaleza para la Cultura de Seguridad del paciente: Mi jefe acepta sugerencias para mejorar la seguridad de los pacientes y se toman en cuenta los problemas de seguridad del paciente que se repiten una y otra vez. Los resultados presentan oportunidades de mejora en cuanto a los comentarios favorables cuando se hace un trabajo hecho de acuerdo con los procedimientos establecidos y en que el jefe requiere saltar pasos importantes en el trabajo cuando la presión se incrementa.

En el artículo “Liderazgo eficaz y cultura de seguridad del paciente” de la revista APSF NEWSLETTER, reseña que los miembros del equipo que identifiquen condiciones peligrosas o que tengan buenas sugerencias para mejorar la seguridad deben ser reconocidos y recompensados. Mediante la evaluación proactiva de las fortalezas y las vulnerabilidades del sistema, los equipos de atención médica pueden supervisar el progreso y priorizar áreas para mejorar la cultura de seguridad (29).

Sección C: Comunicación

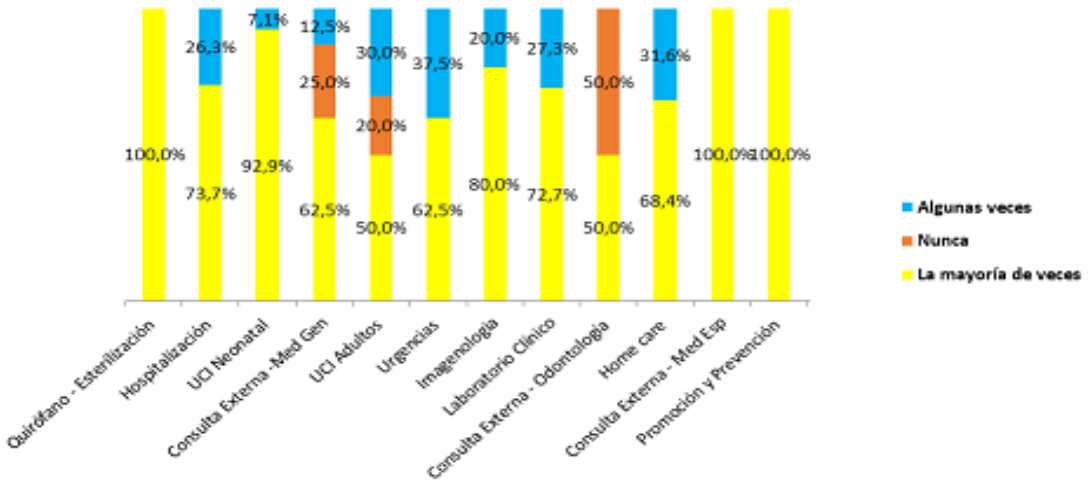
Tabla 4. Ponderado Sección C

PONDERADO CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE					
Sección	Preguntas positivas	Preguntas negativas	CantPos	CantNeg	PromPond
Sección C	93,3%	39,6%	5	1	84,3%

En la Sección C, las preguntas relacionadas con Comunicación muestran un promedio

ponderado de 84.3.% en la medición de la Cultura de Seguridad del Paciente, donde las variables que más aportan a este resultado con respuestas en la opción “La mayoría de veces” son: La Gerencia nos informa sobre los cambios realizados con un 72.3%, El personal habla libremente si ve algo que podría afectar negativamente el cuidado paciente con un 86.1%, Estamos informados sobre los errores que se cometen en esta área con un 76.2%, En este servicio, discutimos formas de prevenir errores para que no se vuelvan a cometer con un 75.2%.

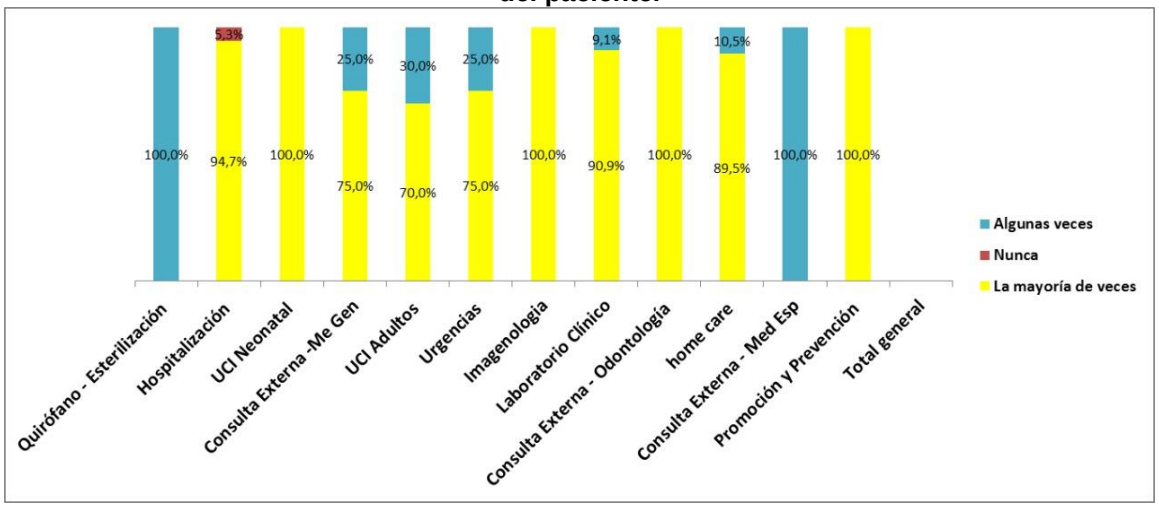
Gráfica 10.La Gerencia nos informa sobre los cambios realizados basados en lo aprendido de los reportes de eventos.



Con respecto a la variable “La Gerencia, nos informa sobre los cambios realizados basados en lo aprendido de los reportes de eventos” de la gráfica N° 11, podemos observar que aporta al promedio ponderado un 72,3% en la medición de la Cultura de Seguridad del Paciente, lo cual indica que la mayoría de los funcionarios de la Clínica

Proinsalud S.A están de acuerdo con que la Gerencia si informa los cambios que se realizan sobre lo aprendido de los reportes de eventos adversos. Los servicios que aportan un 100% en los resultados son: Quirófano – Esterilización, Consulta externa – especializada y Promoción y Prevención. Servicios como Hospitalización, UCI Neonatal, Consulta Externa - Medicina General, Urgencias, Imagenología, Laboratorio Clínico y Home Care presentan un porcentaje entre de 60% y menor del 100%. Otros servicios como UCI Adultos y Consulta externa – Odontología muestran un porcentaje menor del 60

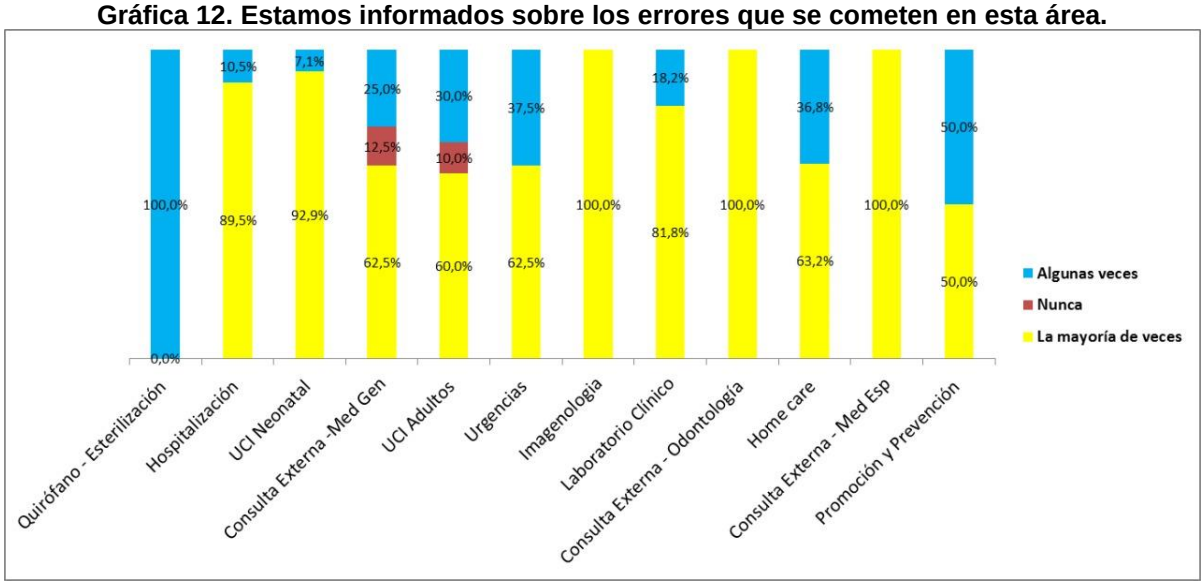
Gráfica 11. El personal habla libremente si ve algo que podría afectar negativamente el cuidado del paciente.



Según la gráfica N° 12 sobre la percepción que tienen los funcionarios relacionada al poder hablar libremente, cuando observa algo que afecte negativamente el cuidado del paciente, aporta un promedio ponderado de un % en la medición de la Cultura de Seguridad del Paciente. Servicios como UCI Neonatal, Imagenología, Consulta Externa Odontología y Promoción y Prevención arrojan un resultado del 100%. Con un

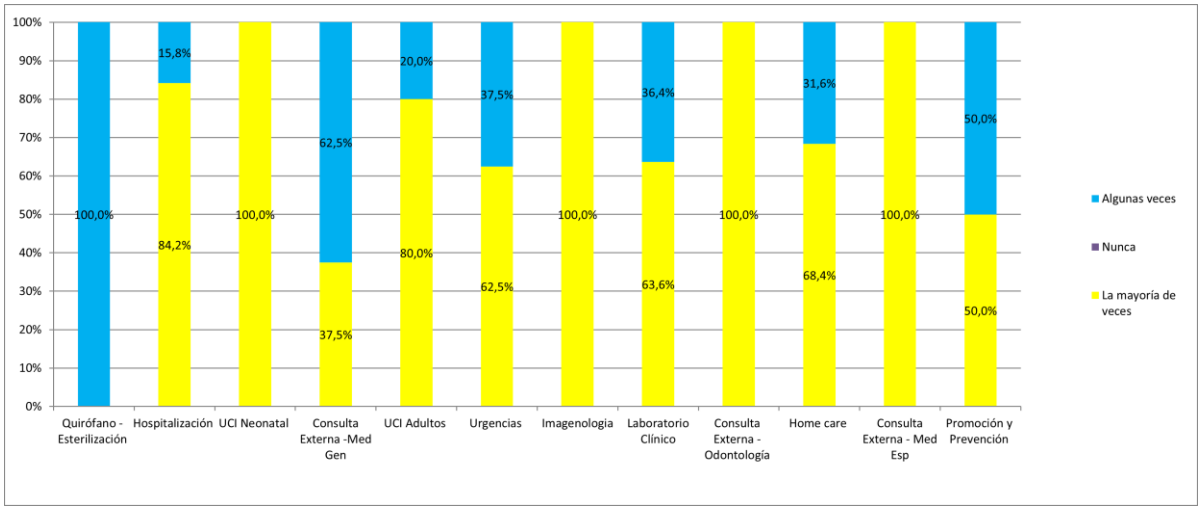
porcentaje mayor del 60% y menor del 100% tenemos los servicios de Hospitalización, Laboratorio Clínico, Home Care, Consulta Externa - Medicina General y UCI Adultos. Y servicios como Quirófano-esterilización y Consulta externa – Medicina especializada con un porcentaje menor al 60%.

Gráfica 12. Estamos informados sobre los errores que se cometen en esta área.



De acuerdo a la variable de la gráfica N° 13 los funcionarios refieren estar informados sobre los errores que se cometen en su área y se observa que aporta al promedio ponderado un 76.2%, lo que refleja una buena percepción de parte de ellos con respecto a esta variable. Servicios como Imagenología, Consulta externa – Odontología y Consulta externa – Medicina Especializada aportan un 100%; Con un porcentaje entre el 60% y menor al 100% los servicios de Hospitalización, UCI Neonatal, Consulta Externa - Medicina General, UCI Adultos, Urgencias, Laboratorio Clínico y Home Care y servicios como Quirófano – Esterilización y Promoción y Prevención con un porcentaje menor del 60%.

Gráfica 13. En este servicio, discutimos formas de prevenir errores para que no se vuelvan a cometer.



La gráfica N° 14 referente a la variable: “En este servicio, discutimos formas de prevenir errores para que no se vuelvan a cometer” con un promedio ponderado de 75.2% sobre ala medición de la Cultura de Seguridad del Paciente y muestra que los funcionarios tienen una percepción favorable respecto a esta variable. Los servicios como UCI Neonatal, Imagenología, Consulta externa-Medicina especializada y Consulta Externa–Odontología tienen un porcentaje del 100%, con un porcentaje entre 60% y menor de 100% los servicios de Hospitalización, UCI Adultos, Urgencias, Laboratorio Clínico y Home Care y con un alcance menor del 60% los servicios de Quirófano – Esterilización, Consulta Externa Medicina General y Promoción y Prevención.

Reflejan debilidad los interrogantes: “El personal se siente libre de cuestionar las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad”, se encuentra que el 19.8% respondieron “La mayoría de las veces”, el 54.5% “Algunas veces” y el 25.7% “Nunca”

y el interrogante “El personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo no parece estar correcto” con un 39.6% respondieron “Nunca” y el 60.4% respondieron entre “Algunas y La mayoría de veces”

DISCUSION SECCION C.

En esta sección se identificaron fortalezas en factores como: el personal habla libremente si ve algo que pueda afectar la seguridad del paciente y la información sobre los errores que se cometen en el área. Sin embargo, se encuentran como oportunidades de mejora en la información de la gerencia sobre los cambios realizados a partir de los reportes de los eventos adversos, la libertad del personal para cuestionar las decisiones o acciones de los superiores, sobre la discusión de formas de prevenir errores para que no se vuelvan a cometer y la posibilidad de hacer preguntas cuando algo no parece estar correcto.

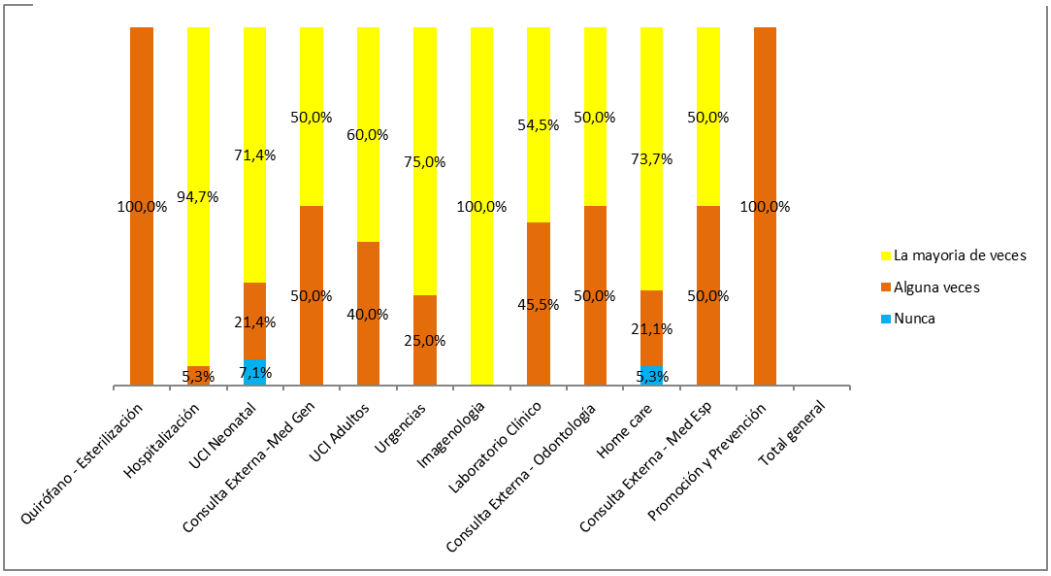
En el artículo “Liderazgo eficaz y cultura de seguridad del paciente” de la revista APSF NEWSLETTER, reseña que el liderazgo eficaz es necesario en la medicina para fomentar una cultura organizacional que promueva la seguridad del paciente. Si fomentan un entorno de seguridad psicológica que anime a otros a sentirse seguros de comunicar los problemas y expresar sus preocupaciones, los líderes pueden actuar con decisión y de manera oportuna para proteger a los pacientes y a los empleados. Los líderes que promueven un clima organizacional positivo contribuyen a una mayor satisfacción laboral de los empleados, a un menor desgaste profesional, a la reducción de los errores médicos y a la mejora general de la cultura de seguridad (29).

Sección D: Frecuencia de Eventos adversos / errores reportados

Tabla 5. Ponderado Sección D

PONDERADO CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE					
Sección	Preguntas positivas	Preguntas negativas	CantPos	CantNeg	PromPond
Sección D	97,7%		3		97,7%

Gráfica 14. ¿Cuándo se comete un error, pero es descubierto y corregido antes de afectar al paciente, que tan frecuentemente es reportado?



En la gráfica N° 15 con la pregunta ¿Cuándo se comete un error, pero es descubierto y corregido antes de afectar al paciente, que tan frecuentemente es reportado? Los servicios que presentan un resultado del 100% entre la percepción la mayoría de las veces y algunas veces son Quirófano-esterilización, Imagenología, Hospitalización, UCI Adultos, Urgencias Consulta Externa - Medicina General, Laboratorio Clínico, Consulta Externa Odontología, Consulta externa – Medicina especializada y Promoción y Prevención. Las dos variables adicionales de esta sección relacionadas con la frecuencia de reportes cuando se comete un error, pero no tiene el potencial de

dañar al paciente y la variable de la frecuencia de reporte de eventos que pudiesen dañar al paciente, pero no lo hace; presentan un comportamiento similar a la variable representada en la gráfica 15.

DISCUSION SECCION D

Esta sección muestra el promedio ponderado del 97.7% comportándose como fortaleza de la medición de la Cultura de Seguridad del Paciente.

La Guía Técnica “Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente en La Atención en Salud, muestra que el reporte institucional de incidentes y eventos adversos es una herramienta fundamental para el aprendizaje institucional y la prevención futura de nuevos eventos. Saber qué pasó, permitirá conocer las fallas institucionales y los errores humanos ocurridos para establecer acciones de mejora. Sin embargo, a pesar de este claro beneficio, múltiples publicaciones muestran que aproximadamente solo se reporta el 6% de los eventos adversos que en realidad suceden. El miedo a las represalias de orden laboral o jurídico que puedan tener, o a quedar en evidencia en público como aquellos que cometen los errores o simplemente no querer estar involucrado en tareas administrativas, figuran entre otras como las probables causas del no reporte de los profesionales de la salud, en especial de los médicos. Esto supone que, si no se reportan estos eventos con potencial de generar daño, no es posible instaurar barreras que evite que estos lleguen a materializarse en daños hacia los pacientes y deja un interrogante frente a si se reportan los eventos que sí logran generar daño a los pacientes (11).

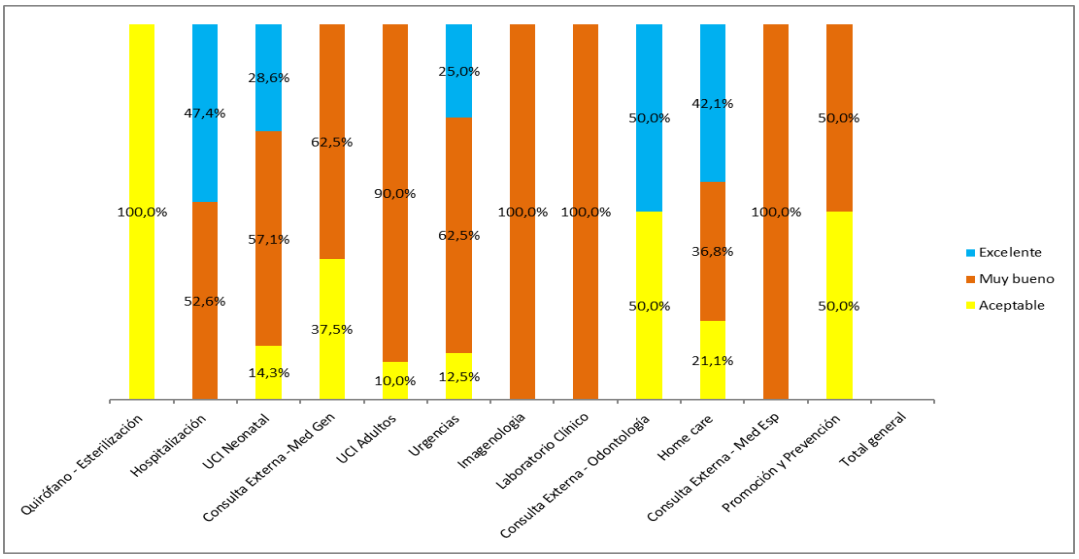
La literatura resalta que en el ámbito hospitalario existen múltiples razones que influyen en la omisión del reporte; entre ellas están: el temor de acciones disciplinarias, no querer que algo negativo pasara a los colaboradores implicados en el evento, la ocupación y falta de tiempo para reportarlo, el desconocimiento sobre los sucesos que se deben reportar, la falta de retroalimentación cuando se efectúa el reporte, no considerar importante reportarlo y no querer dejar expuesto el nombre de la persona implicada, entre otros. Todas ellas deben ser evaluadas e intervenidas para que se presenten con menos frecuencia y para que exista adherencia a las políticas de seguridad institucionales (30).

Sección E: Grado de seguridad de paciente

Tabla 6. Ponderado Sección E

Sección	Preguntas positivas	Preguntas negativas	CantPos	CantNeg	PromPond
Sección E	86,1%		1		86,1%

Gráfica 15. Por favor, asígnele a su área de trabajo un grado general en seguridad del paciente.



En la gráfica N° 16 podemos observar que la mayoría de los funcionarios de la Clínica poseen una alta percepción en relación al grado general en seguridad del paciente con una calificación de 86.1% entre muy bueno y excelente. Ningún funcionario califica en la opción malo en grado de seguridad del paciente.

DISCUSION SECCION E

Del estudio de Jaimes Valencia ML, Alvarado Alvarado AL, Mejía Arciniegas CN, López Galán AV. Correlación del grado de percepción y cultura de seguridad del paciente en una Institución de tercer nivel 2015-2019, la seguridad del paciente es considerada como un patrón integrado de comportamiento individual y organizacional, basado en creencias y valores compartidos que continuamente busca minimizar el daño al paciente, que resulta de la atención. La seguridad del paciente y el grado de seguridad percibido guardan correspondencia en la medida que en las instituciones realizan intervenciones en diferentes componentes entre ellos la notificación de eventos y

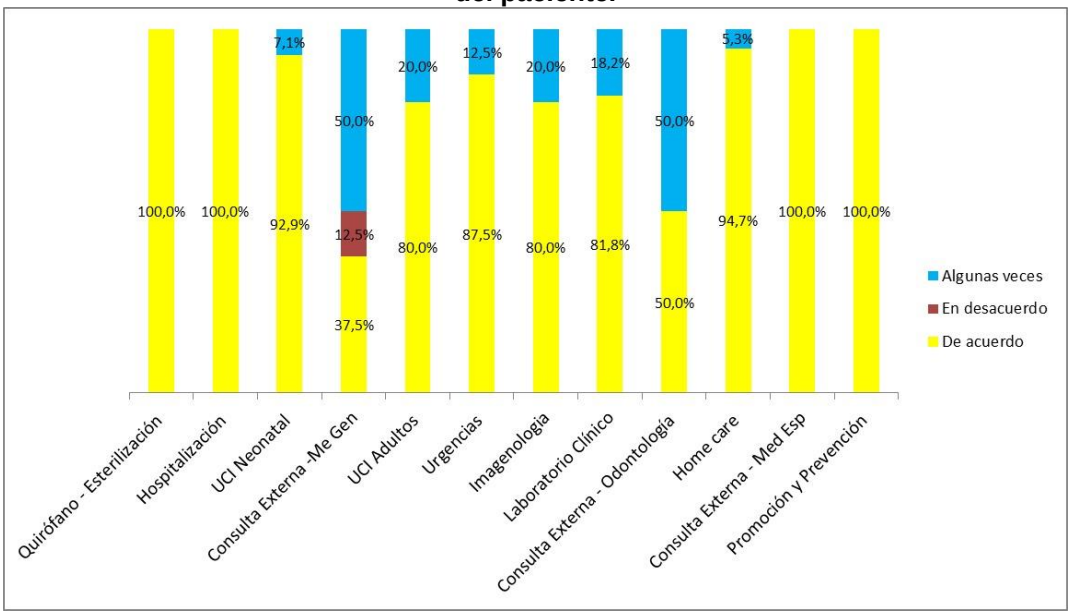
trabajo en equipo (31)

Sección F: Su Institución

Tabla 7. Ponderado Sección F

PONDERADO CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE					
Sección	Preguntas positivas	Preguntas negativas	CantPos	CantNeg	PromPond
Sección F	59,8%	55,4%	7	3	58,5%

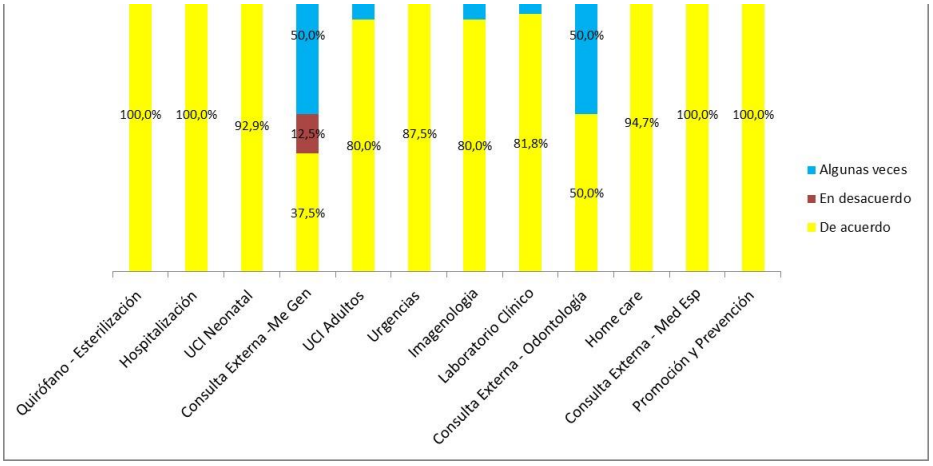
Gráfica 16. La Gerencia de la Institución propicia un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente.



En la gráfica N° 17 con la variable “La Gerencia de la Institución propicia un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente” aporta un promedio del 81.2%. Se presenta una percepción favorable con respuestas en “de acuerdo” del 100% en los servicios de Quirófano-esterilización, Hospitalización, Consulta externa – Medicina especializada y Promoción y Prevención. Los servicios como: UCI Neonatal, UCI Adultos, Urgencias, Imagenología, Laboratorio Clínico y Home Care, con un

porcentaje entre el 60% y menor al 100% y con menos del 60% los servicios de Consulta Externa - Medicina General y Consulta Externa Odontología.

Gráfica 17. Las medidas que toma la gerencia muestran que la seguridad del paciente es altamente prioritaria.



De acuerdo a la variable de la gráfica N° 18 los funcionarios refieren que las medidas que toma la gerencia muestran que la seguridad del paciente es altamente prioritaria y aporta al promedio ponderado un 86.1%. Hospitalización Los servicios que aportan un 100% en el resultado de esta variable son: Quirófano - Esterilización, Consulta externa – Medicina Especializada y Promoción y Prevención. y. Con un porcentaje entre el 60% y menor al 100% los servicios de UCI Neonatal, UCI Adultos Urgencias, Imagenología, Laboratorio Clínico y Home Care y los servicios con un porcentaje menor del 60% son: Consulta externa – Odontología y Consulta Externa - Medicina General.

DISCUSION SECCION F

En la sección F, el promedio ponderado es del 58.5% a la medición de la Cultura de

Seguridad del Paciente. Las preguntas relacionadas con “Su institución” la mayoría de los funcionarios perciben que la Gerencia propicia un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente donde el 81.2% manifiestan estar de acuerdo, esta medición tiene relación directa con la percepción de que las medidas que toma la Gerencia muestran que la seguridad del paciente es altamente prioritaria con una calificación en “de acuerdo” del 86.1%. A la pregunta si “La Gerencia se muestra interesada en la seguridad del paciente sólo después de que ocurre un incidente o evento adverso” el 59,4% manifiesta estar de acuerdo lo que se contrasta con las percepciones anteriores.

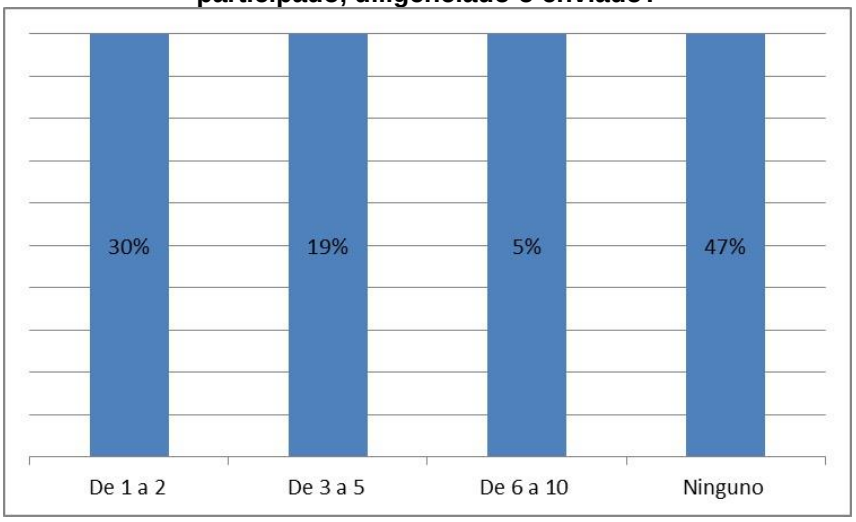
De los aspectos que se deben mejorar podemos mencionar la coordinación entre los servicios, la continuidad de atención en los pacientes, fortalecer estrategias de información entre los servicios y en los cambios de turno. Un 39.6% de respuestas en “de acuerdo” de los participantes afirmó que los servicios de esta institución no están bien coordinados entre sí, así mismo se obtuvo un 63.4% de respuestas para la pregunta ¿Hay buena cooperación entre los servicios de la institución que requieren realizar sus actividades conjuntamente? Estas requieren intervención para mejorar la perspectiva.

Según la Guía Técnica “Buenas Prácticas Para La Seguridad Del Paciente En La Atención En Salud”, del Ministerio de Salud, dentro de los ejes conductores del programa de Seguridad del Paciente se encuentra el Apoyo de la alta dirección siendo fundamental porque implica el involucramiento en la seguridad de la Junta directiva y

la Gerencia. Sin este apoyo, no se pueden iniciar las acciones que redundarán en el rediseño e implementación de los procesos y procedimientos institucionales. Como resultado de este apoyo, la seguridad es una prioridad gerencial, se convierte en un pre-requisito en el diseño de los procesos y se materializa en una política de seguridad del paciente, la Gerencia asigna un presupuesto económico para las actividades de seguridad, se conforma un equipo líder de seguridad, se da entrenamiento a los líderes en los aspectos de seguridad del paciente, se capacita continuamente a los colaboradores en las prácticas seguras recomendadas y se implementan las acciones de mejora (11).

Sección G: Número de Eventos adversos / errores reportados

Gráfica 18. En los pasados 12 meses, ¿En cuántos reportes de eventos adversos / errores he participado, diligenciado o enviado?



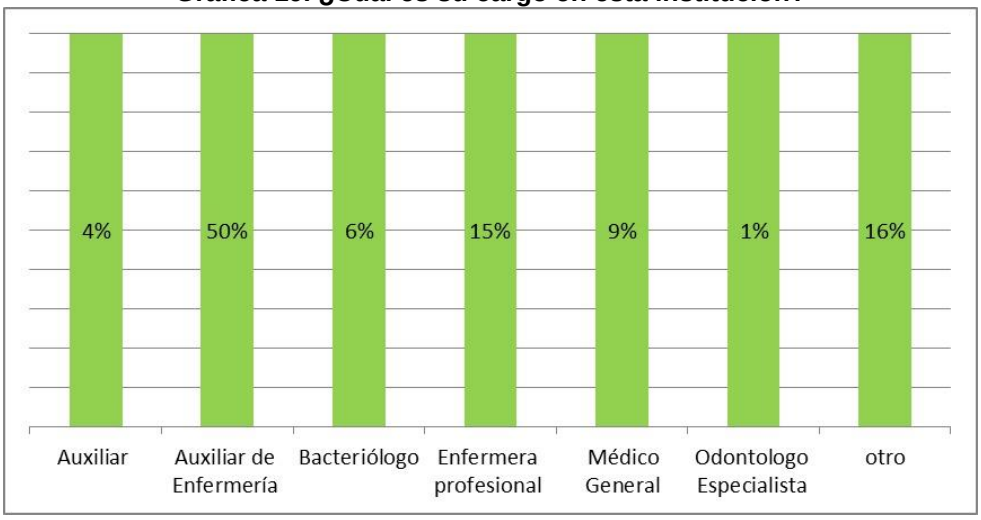
De la gráfica 19. Podemos observar que 53.5% han reportado algún evento adverso o errores de estos el 29.7% de los funcionarios han reportado de 1 a 2 el 18.8% de 3 a 5 y en menor proporción el 5% de 6 a 10.

DISCUSION SECCION G

El reporte de eventos adversos o errores se percibe como una debilidad, lo cual es consecuente con que un 67.4% de los empleados se preocupan porque los errores queden registrados en su hoja de vida, sin embargo, en contraste, cabe resaltar que solo un 34.6% percibe que sus errores son usados en su contra. La literatura resalta que, en el ámbito hospitalario, múltiples razones influyen en la omisión del reporte; entre ellas están el temor a acciones disciplinarias, la ocupación y falta de tiempo, el desconocimiento sobre los sucesos que se deben reportar, la falta de retroalimentación cuando se efectúa el reporte, entre otros. Todas ellas deben ser evaluadas e intervenidas para que se presenten con menos frecuencia y para que exista adherencia a las políticas de seguridad institucionales (30).

Sección H: Antecedentes.

Gráfica 19. ¿Cuál es su cargo en esta institución?

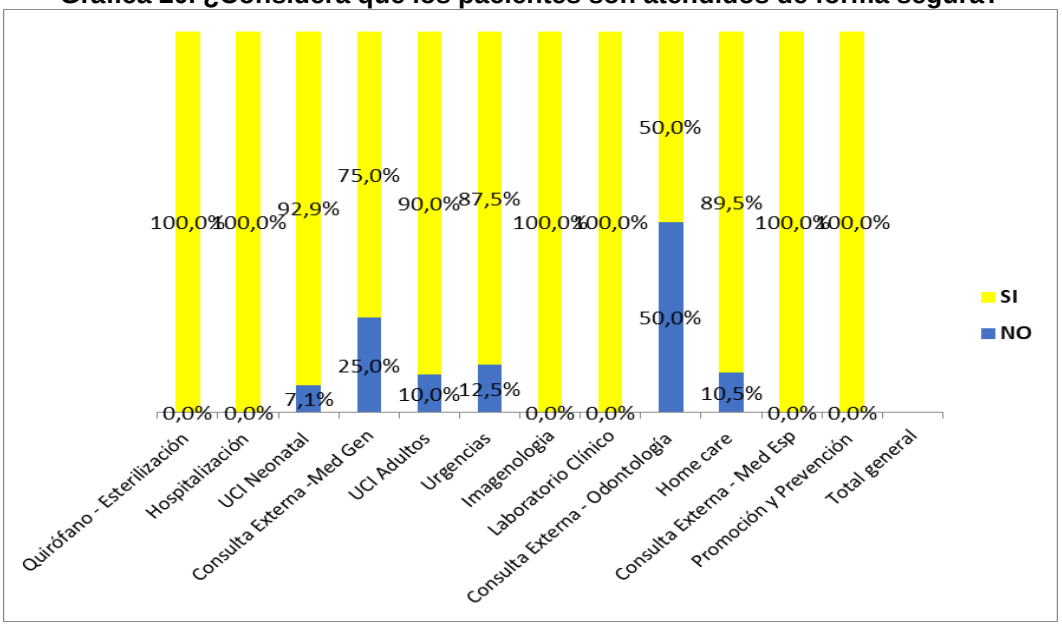


De la gráfica 20 podemos evidenciar que entre los funcionarios que respondieron la

encuesta el 65% correponde al personal entre Profesionales y Auxiliares de enfermería y un 16% que correponde a Otros (Home Care, UCI Adultos, UCI Neonatal e Imagenología). En menor proporción, Médicos Generale y Bacteriólogos con un 9% y 6% respectivamente. El personal tiene interacción directa con el paciente y su vinculación con la Clinica es mediante contrato a término fijo.

Sección J: Atención segura

Gráfica 20. ¿Considera que los pacientes son atendidos de forma segura?



En la gráfica N° 21 podemos observar que la mayoría de los funcionarios encuestados de la Clínica Proinsalud consideran que los pacientes son atendidos de forma segura, con un porcentaje del 92.1% para la respuesta SI, mientras que el 7.9% consideran que los pacientes No son atendidos de forma segura. Esto tiene relación con la percepción del grado de seguridad del paciente donde el 86.1% perciben el grado de seguridad del paciente entre execlente y muy bueno.

Cuando hablamos de la percepción de una atención segura y la relación directa que tiene con el grado de seguridad del paciente, inferimos la precepcion de cultura de seguirdad del paciente de los colaboradores. La cultura de seguridad es una de las dos líneas de pensamiento de Los fundamentos de la seguridad asistencial: La cultura de seguridad (CS): Cultura no punitiva en la que existe un compromiso de los individuos y organizaciones con la seguridad, y por tanto, con la aplicación de las mejores prácticas y estándares, y que cuenta con un clima de seguridad abierto y de confianza mutua en la que los errores son una fuente de aprendizaje, en el lugar de ser utilizado para culpabilizar. (1)

7. CONCLUSIONES

- En la presente investigación participaron 101 funcionarios del área asistencial la Clínica Proinsalud S.A pertenecientes a los servicios de Quirófano-esterilización, Imagenología, Hospitalización, UCI Adultos, Urgencias, Consulta Externa - Medicina General, Laboratorio Clínico, Consulta Externa-Odontología, Consulta externa – Medicina especializada, Promoción y Prevención, UCI Neonatal y Home Care. Las profesiones de los funcionarios encuestados fueron Enfermeras Profesionales, Auxiliares de enfermería de diferentes áreas, Médicos Generales, Especialistas, Odontologos, Bacteriologos y Otros. Referente al tiempo que llevan trabajando en la Institución, alrededor del 90% corresponde a más de un año.

- En este estudio la percepción general de Cultura de Seguridad del Paciente correspondse al 75.4%; las dimensiones que cumplen con el criterio de ser consideradas como fortalezas para la Cultura de Seguridad del paciente son la Comunicación, la Frecuencia de eventos adversos y/o errores reportados y el grado de seguridad del paciente. Las dimensiones que son consideradas oportunidades de mejora son los realcionadas con el área de trabajo, su jefe inmediato y su institución.

- La percepción que tiene el personal que labora en la Clinica Proinsalud respecto al grado de seguridad del paciente y la atención segura es muy bueno; sin embargo es necesario implementar las oportunidades de mejora identificadas y mantener las estrategias para potenciar las fortalezas encontradas. Según la literatura, con el

análisis de la cultura organizacional de un determinado servicio, es posible identificar cómo es la institución, lo que pretende ser y lo que su gestión es capaz de realizar con sus fuerzas y debilidades para lograr la calidad y desarrollar una cultura centrada en la seguridad del paciente. (32)

- Para fomentar el trabajo en equipo, un ambiente laboral amigable y para la seguridad del paciente se necesita del aporte de conocimiento y las habilidades blandas.

- El Número de eventos adversos/errores reportados es la sección que los colaboradores perciben como la mayor fortaleza en la medición de la percepción de la cultura de seguridad del paciente. La Guía Técnica "Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente en La Atención en Salud, muestra que el reporte institucional de incidentes y eventos adversos es una herramienta fundamental para el aprendizaje institucional y la prevención futura de nuevos eventos.

- La sección de Comunicación fue identificada como fortaleza, siendo un factor muy importante en las instituciones ya que permite generar oportunidades de mejoramiento dentro de un servicio y forrmulación de estrategias de trabajo en equipo. La teoría muestra que la comunicación, puede prevenir problemas de transferencia de datos o de tergiversación de información hasta mejorar la reputación de un centro hospitalario o dar seguridad y tranquilidad a los pacientes y profesionales sanitarios. Cada acción comunicativa debe ser estratégica y debe ir encaminada no solo a mejorar las relaciones sino también a generar entornos de seguridad y confianza (33).

- Se pretende que con el plan de mejora de la Clínica Proinsalud respecto a los resultados de Cultura de Seguridad del paciente, tenga impacto a nivel organizacional, cultural, y de satisfacción.

8. RECOMENDACIONES

Con base en los resultados obtenidos en la presente investigación, se recomienda a la Clínica Proinsalud S.A de Pasto:

- Fortalecer estrategias para el mejoramiento del trabajo en equipo, priorizando el apoyo mutuo entre los colaboradores de cada servicio en pro de la seguridad del paciente.
- Revisar la suficiencia de personal en las áreas para el desarrollo del trabajo en condiciones rutinarias y en aumento de cantidad de trabajo acorde a la capacidad instalada y la demanda de servicios de la instituución bajo los criterios de seguridad del paciente.
- Capacitar a los jefes o coordinadores de áreas en cuanto al desarrollo de habilidades blandas con el fin de evitar las acciones punitivas ante los errores y señalamientos individuales. Generar comentarios favorables al personal cuando se realiza un trabajo de acuerdo a los procedimientos establecidos.
- Fortalecer aspectos relacionados con la comunicación de la seguridad del paciente, Feed-Back y comunicación sobre errores estrategias de comunicación efectiva entre las áreas y servicios de la institución.
- Fortalecer estrategias de intervención para el mejoramiento de la coordinación entre servicios, la continuidad de la atención aún cuando los pacientes se

transfieran de servicio y en los cambios de turno del personal.

- Se sugiere fortalecer el registro continuo de eventos y/o incidentes adversos mediante un sistema o Software disponible para todos los profesionales implicados en el reporte y que proporcione una manera rápida, oportuna y confidencial para su reporte.

- Se sugiere fortalecer las acciones que propician un ambiente laboral que promueven la seguridad del paciente y con esto incrementar el nivel de cultura de seguridad, en la Clínica Proinsalud S.A de Pasto.

- Se sugiere implementar jornadas de sensibilización al personal priorizando el trabajo en equipo y el apoyo mutuo entre los colaboradores de cada servicio.

9. BIBLIOGRAFÍA

1. Cristián Rocco AG. SEGURIDAD DEL PACIENTE Y CULTURA DE SEGURIDAD. Revista Médica Las Condes. Octubre de 2017; 785–95.

2. Jesús María Aranaz Andrés.Carlos Aibar Remón. Estudio IBEAS Prevalencia de efectos adver-sos en hospitales de Latinoamérica [Internet]. https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/Bibl

3. OMS-OPS DM-C. RESULTADOS DEL ESTUDIO - AMBEAS- OPS/OMS Eventos adversos en pa-cientes que acuden a los servicios de atención ambulatoria en Latinoaméri-ca.https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Resultados%2520Estudio%2520AMBEAS%2520%2520COLOMBIA.pdf+&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=co . 2012.

4. Camacho-Rodríguez De. Medición de la cultura de seguridad del paciente en profesionales de salud de atención primaria. Hacia la Promoción de la Salud [Internet]. 2020;25:141–53. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0121-75772020000100141&script=sci_abstract&tlng=es

5. Decreto número 1011 DE 2006 (23) : Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

6. Resolución 3100 de 2019: Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de

inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud.

7. Circular Externa 012: por la cual se hacen adiciones, modificaciones y eliminaciones a la Circular 047 de 2007, y se imparten instrucciones en lo relacionado con el Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud y el Sistema de Información para la Calidad.

8. Decreto número 904 de 2014: Por el cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema Único de Acreditación en Salud.

9. Resolución 0256 de 2016: Por la cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema de Información para la Calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud.

10. De la Salud y Protección social. M. LINEAMIENTOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA REPÚBLICA DE COLOMBIA. Diseño e Impresión Buenos y Creat.

11. La Protección Social M de S y VERSIÓN 2.0 DE LA GUÍA TÉCNICA, BUENAS PRÁCTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN SALUD Y PAQUETES INTRUCCIONALES, EXPEDIDA POR EL MINISTERIO DE SALUD. https://acreditacionensalud.org.co/noticias/version-2-0-de-la-guia-tecnica-buenas-practicas-para-la-seguridad-del-paciente-en-la-atencion-en-salud-y-paquetes-intruccionales-expedida-por-el-ministerio-de-salud; 2015.

12. Seguridad del paciente. (2019, September). Obtenido de https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety.

13. Del Paciente Clínica Proinsalud S.A Pasto Nariño. CS. Identificar, Reportar y Gestionar el evento adverso en el contexto del sistema de desempeño institucional. Comité de Seguridad del Paciente.14/01/2021.Obtenido a través de correo electrónico: seguridadpaciente@proinsalud.co

14. Mario Mella Labordea, M. Teresa Gea Velázquezb, Jesús M. Aranaz Andrésc, Gemma Ramos Fornerd, Antonio F. Compañ Rosiquea. Análisis de la cultura de seguridad del paciente en un hospital universitario. Gaceta Sanitaria Sociedad española de Salud Publica [Internet]. 2020 Oct;34:500–13. Obtenido de : https://www.gacetasanitaria.org/es-analisis-cultura-seguridad-del-paciente-articulo-S0213911118302395.

15. Rafael Raso-Rasoa, Joaquín Uris-Selles, Andreu Nolasco-Bonmatí, Guillermo Grau-Jorneta Rosa Revert-Gandia, Rebeca Jiménez-Carreño,Ruth M. Sánchez-Soriano, Carlos I. Chamorro-Fernández , Elvira Marco-Francés , José V. Albero-Martínez. Análisis de la Cultura de Seguridad en una Unidad de Cardiología gestionada por procesos 2017. Archivos de Cardiologia de Mexico. 2018 Sep;88:190–6.

16. Ladenheim R, Macchiavello D, Milberg M. Inclusión de la seguridad del paciente en la carrera de Medicina: descripción de la experiencia y percepción de los estudiantes. Revista de calidad asistencial [Internet]. 2017;32:316–21. Obtenido de: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6196254

17.TeresaGiménez-JúlvezaIgnacioHernández-GarcíabCarlosAibar-RemónbIsabelGutiérrez-CíacMercedesFebrel-Bordejéd. Cultura de la seguridad del paciente en directivos y gestores de un servicio de salud. Gaceta Sanitaria [Internet]. 2017 Oct;31:423–6. Available from: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911117300687.

18. Carlos Aibar - RemónabIgnacioBarrasa-VillaraJavierMoliner-LahozabIsabelGutiérrez-CíaaLauraAibar-VilláncBlancaObón-AzuaraaRosaMareca-DoñateaDavidRíos-Faurea. (2019). Circulando hacia la seguridad del paciente: realidad y deseo. GACETA SANITARIA , 33243–248. doi: https: //www.sciencedirect.com/science/article/pii/S021391111730314X? via = ihub.

19. María Pilar Astier-Peña, María Luisa Torijano-Casalengua, Guadalupe Olivera-Cañada. (2016). Prioridades en seguridad del paciente en Atención Primaria. Atención Primaria, 48, 3–1. Retrieved from https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-prioridades-seguridad-del-paciente-atencion-S0212656715002474

20. Herramientas para promover la estrategia de seguridad del paciente en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. (2007, diciembre). Obtenido de https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/1/Herramientas%20para%20la%20Seguridad%20del%20Paciente.pdf.

21. La Protección Social, M. de SY (2088, junio). LINEAMIENTOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA

REPÚBLICA DE COLOMBIA. Obtenido de https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/CalidadAtenci%C3%B3nEnSalud.

22. OMS-OPS COMITE NACIONAL DE RABITRAJE MEDICO. BOLETIN CONAMED OPS [Internet]. http://www.conamed.gob.mx/gobmx/boletin/pdf/boletin3/eventos_adversos.pdf.2015 [citado el 6 de junio de 2021]. Disponible en: www.conamed.gob.

23. SEGURIDAD DEL PACIENTE. (2009, August). CONSULTOR SALUD. Obtenido de https://consultorsalud.com/seguridad-del-paciente/

24. SEGURIDAD DEL PACIENTE Y LA ATENCIÓN SEGURA. (2015). Obtenido de https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia-buenas-practicas-seguridad-paciente.pdf.

25. DISEÑO TIPOS DE ESTUDIO [Internet]. https://www.uv.es/invsalud/invsalud/disenyo-tipo-estudio.htm. [Citado el 6 de mayo de 2021]. Disponible en: https://www.uv.es

26. de España G. CUESTIONARIO SOBRE SEGURIDAD DE LOS PACIENTES [Internet]. https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/CuestionarioSeguridadPacientes1.pdf. 2005 [citado el 6 de mayo de 2021]. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es

27. Yuber Liliana Rodríguez-Rojas Ph.D. Benilda Patricia Rangel Alvarez. EL TRABAJO EN EQUIPO COMO FUNDAMENTO EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE [Internet].

https://repository.unimilitar.edu.co/bitstream/handle/10654/21513/RangelAlvarezBenildaPatricia2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y. 2019 [citado el 12 de mayo de 2021]. Disponible en: https://repository.unimilitar.edu.co

28. Carrasco Gonzálezb PRL, editor. Liderazgo en la seguridad del paciente [Internet]. Vols. 25. Núm. 2. páginas 55-57. DOI: 10.1016 / j.cali.2009.11.001 Acceso a texto completo; 2010. Disponible en: https://www.elsevier.es/

29. Liderazgo eficaz y cultura de seguridad del paciente. Brooke Albright-Trainer, MD; Rakhi Dayal, MD; Aalok Agarwala, MD: MBA y Erin. Disponible en: https://www.apsf.org/es/article/liderazgo-eficaz-y-cultura-de-seguridad-del-paciente/

30. Vincent C, Stanhope N, Crowley-Murphy M. Razones para no informar incidentes adversos: un estudio empírico. J Eval Clin Pract. 1999; 5 (1): 13–21.

31. Jaimes Valencia ML, Alvarado Alvarado AL, Mejía Arciniegas CN, López Galán AV. Correlación del grado de percepción y cultura de seguridad del paciente en una Institución de tercer nivel 2015-2019 [Internet]. Revista Cuidarte; 2021. Disponible en: https://revistas.udes.edu.co/cuidarte/article/view/1092.

32. Camargo Tobias G, Queiroz Bezerra AL, de Camargo Silva Ana Elisa Bauer SBNC y., editores. Cultura de la seguridad del paciente en la atención sanitaria: un estudio bibliométrico [Internet]. Vol. 13. Scielo; 2014. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412014000100017.

33. Valencia CL. La Comunicación, Base de la Humanización en Salud + Infografía [Internet]. Comunideas.com. 2018 [citado el 8 de diciembre de 2021]. Disponible en:

https://comunideas.com/comunicacion-pacientes-salud/