

**ACTITUDES Y COMPORTAMIENTOS SOBRE CULTURA DE SEGURIDAD DEL
PACIENTE DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE LA CLÍNICA DEL NORTE,
ANTIOQUIA 2015**

CORPORACIÓN UNIVERSITARIA ADVENTISTA



Facultad de Ciencias de la Salud

Maria Eugenia Garcia Palacio
Laura Victoria Londoño Puerta
Esteban Marín Correa
Sirley Tatiana Restrepo Mejía

Medellín, Colombia

2016

PÁGINA DE ACEPTACIÓN



CORPORACIÓN UNIVERSITARIA ADVENTISTA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

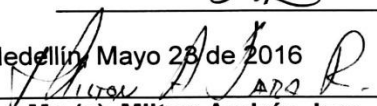
CENTRO DE INVESTIGACIONES

NOTA DE ACEPTACIÓN

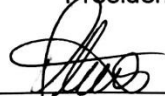
Los suscritos miembros de la comisión Asesora del Proyecto de Grado: "Actitudes y Comportamientos sobre la Cultura de Seguridad del Paciente, del Personal de Enfermería de la Clínica del Norte, Antioquia 2015", elaborado por los estudiantes: María Eugenia García Palacio, Laura Victoria Londoño Puerta, Esteban Marín Correa y Sirley Tatiana Restrepo Mejía, del programa de Enfermería, nos permitimos conceptuar que éste cumple con los criterios teóricos, metodológicos y de redacción exigidos por la Dirección de Investigación y por lo tanto se declara como:

Aprobado - Sobresaliente

Medellín, Mayo 28 de 2016


Mg (c). Milton Andrés Jara
Presidente


Enf. Cielo Martínez Reyes
Secretaria


Mg (c). Olga Liliana Mejía
Vocal


María Eugenia García Palacio
Estudiante


Esteban Marín Correa
Estudiante


Sirley Tatiana Restrepo Mejía
Estudiante


Laura Victoria Londoño Puerta
Estudiante

Personería Jurídica según Resolución del Ministerio de Educación No. 8529 del 6 de junio de 1983 / NIT 860.403.751-3

Cra. 84 No. 33AA-1 PBX. 250 83 28 Fax. 250 79 48 Medellín <http://www.unac.edu.co>

TABLA DE CONTENIDO

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	23
2. OBJETIVOS.....	26
2.1 OBJETIVO GENERAL.....	26
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	26
3. VIABILIDAD Y FACTIBILIDAD	27
4. ALCANCE	27
5. DELIMITACIÓN.....	27
6. LIMITACIÓN	27
7. MARCO TEORICO	29
7.1 MARCO CONCEPTUAL	29
7.2 Medidas de mejora.....	31
7.3 Trabajo en equipo y colaboración.....	31
8. MARCO REFERENCIAL	34
8.1 IMPACTO DE LOS EVENTOS ADVERSOS	34
9. MARCO INSTITUCIONAL	42
9.1 CORPORACIÓN UNIVERSITARIA ADVENTISTA.....	42
9.2 FUNDACIÓN CLÍNICA DEL NORTE.....	43
10. MARCO LEGAL	46
11. MARCO DISCIPLINAR	50
12. MARCO TEORICO	53
12.1 ROL DEL ENFERMERO EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.....	55
12.2 CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	57
13. METODOLÓGIA	63

13.1 POBLACIÓN.....	63
13.2 ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN	63
13.3 TIPO DE INVESTIGACIÓN	63
13.4 DEFINICIÓN DE LA MUESTRA.....	64
13.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	65
131.1 Criterios de inclusión.....	65
131.2 Criterios de exclusión	65
131.3 Definición y medición de variables	65
13.6 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES (ANEXO 5)	68
13.7 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	68
13.8 ANALISIS DE CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO	70
13.9 ESTRATEGÍA DE ANALISIS DE DATOS.....	71
13.10 FORMA DE PRESENTACIÓN DE LOS DATOS.....	73
13.11 ASPECTOS ÉTICOS	73
14. CRONOGRAMA (ANEXO 6)	¡Error! Marcador no definido.
14.1 ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	74
14.2 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, LABORALES Y ANÁLISIS DE ACTITUDES Y COMPORTAMIENTOS QUE TIENE EL PERSONAL DE ENFERMERÍA SOBRE EL NIVEL DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.....	74
15. FRECUENCIA EN LA NOTIFICACIÓN DE LOS EVENTOS ADVERSOS Y ANÁLISIS DE ACTITUDES Y COMPORTAMIENTOS QUE TIENE EL PERSONAL DE ENFERMERÍA SOBRE LA FRANQUEZA EN LA COMUNICACIÓN, LA RESPUESTA NO PUNITIVA A LOS ERRORES Y LA RETROALIMENTACIÓN QUE SE HACE SOBRE LOS MISMOS	81
15.1 FRANQUEZA EN LA COMUNICACIÓN	85
15.2 RESPUESTA NO PUNITIVA A LOS ERRORES	88

15.3	RETROALIMENTACIÓN Y COMUNICACIÓN SOBRE LOS ERRORES	90
15.4	ACTITUDES Y COMPORTAMIENTOS DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA RESPECTO A LA CARGA LABORAL, APOYO Y ACCIONES DE LOS JEFES Y DE LA GERENCIA EN LA GESTIÓN DE LOS EVENTOS ADVERSOS.	93
15.5	ACTITUDES Y COMPORTAMIENTOS SOBRE EL TRABAJO EN EQUIPO Y LOS PROBLEMAS EN CAMBIOS DE TURNO Y TRANSICIONES ENTRE SERVICIOS O UNIDADES	110
15.6	ADHERENCIA DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN CUANTO A LAS ACCIONES DE SEGURIDAD DE LOS MEDICAMENTOS	122
16.	DISCUSIÓN.....	131
16.1.	DIMENSIONES CONSIDERADAS COMO FORTALEZAS.....	134
16.2.	DIMENSIONES CON TENDENCIA A SER CONSIDERADAS COMO FORTALEZAS	135
16.3.	DIMENSIONES NEUTRAS.....	138
16.4.	DIMENSIONES CON TENDENCIA A OPORTUNIDAD DE MEJORA	138
17.	CONCLUSIONES	141
18.	RECOMENDACIONES	143
19.	BIBLIOGRAFÍA.....	145
20.	ANEXOS.....	157

INDICE DE TABLAS

Tabla 1 Distribución del personal de enfermería en los diferentes servicios	64
Tabla 2 Cálculo de muestra por cada área de la Institución	64
Tabla 3 Fiabilidad de las dimensiones contenidas en el cuestionario	71
Tabla 4 Categoría de respuestas	72
Tabla 5 Cargo de los encuestados.....	74
Tabla 6 Servicio de la institución donde laboran los encuestados	77
Tabla 7 Incidentes de seguridad notificados por escrito durante el último año por enfermeros y auxiliares de enfermería.....	82
Tabla 8 Frecuencia de eventos notificados.....	85
Tabla 9 Franqueza en la comunicación	87
Tabla 10 Respuesta no punitiva a los errores	90
Tabla 11 Retroalimentación y comunicación sobre los errores.....	92
Tabla 12 Dotación del personal.....	95
Tabla 13 Apoyo y acciones de los jefes y de la gerencia en la gestión de los EA	98
Tabla 14 Actitudes y comportamientos sobre Expectativas y acciones de la dirección que favorecen la seguridad	102
Tabla 15 Aprendizaje organizacional.....	105
Tabla 16 Trabajo en equipo entre las unidades	117

INDICE DE GRÁFICOS

grafica 1	Tiempo en años de desempeño del personal de enfermería en su profesión. Enfermeras.....	75
grafica 2	Tiempo en años de desempeño del personal de enfermería en su profesión.....	75
grafica 3	Tiempo en años laborando en la institución. Enfermeras.....	76
grafica 4	Tiempo en años laborado en la institución. Auxiliares de enfermería	76
grafica 5	Tiempo en años laborando en el servicio actual. Enfermeras	78
grafica 6	Tiempo en años laborado en el servicio actual. Auxiliares de enfermería.....	78
grafica 7	Horas semanales que trabaja el personal de enfermería en la institución. Enfermeras.....	79
grafica 8	Horas semanales que trabaja el personal de enfermería en la institución. Auxiliares de enfermería	79
grafica 9	Contacto directo del personal de enfermería con el paciente	80
grafica 10	Grado de seguridad del paciente percibido por el personal en su servicio. Enfermeras.....	80
grafica 11	Grado de seguridad del paciente percibido por el personal en su servicio. Auxiliares de enfermería	81
grafica 12	Incidentes de seguridad notificados por escrito durante el último año	82
grafica 13	Notificación de errores que no llegan al paciente	83
grafica 14	Notificación de los errores que no ocasionan lesión o consecuencias a los pacientes	84
grafica 15	Notificación de los errores que no ocasionan lesión o consecuencias a los pacientes	84
grafica 16	Cuestionamiento ante las decisiones de sus superiores.....	86
grafica 17	Temor a hacer preguntas sobre lo que parece que se ha hecho de forma incorrecta	87
grafica 18	Actitud del compañero o superior frente a un error	88
grafica 19	Ante un error se busca un culpable y no la causa.....	89
grafica 20	El personal expresa temor ante el registro de un error en su hoja de vida	89
grafica 21	Acciones de los jefes ante la notificación de incidentes.....	90
grafica 22	Información sobre los errores en la unidad.....	91
grafica 23	Discusión que se da en la unidad para evitar la ocurrencia de un error.....	92
grafica 24	Personal suficiente para afrontar la carga laboral.....	93
grafica 25	Calidad de la atención al paciente en jornadas agotadoras.....	94
grafica 26	Calidad en la atención al paciente cuando se cuenta con personal temporal o en entrenamiento	94
grafica 27	Trabajo bajo presión para realizar demasiadas tareas.....	95
grafica 28	Actitudes y comportamientos sobre clima laboral facilitado por la gerencia o dirección de la institución para favorecer la seguridad del paciente	96

grafica 29 La seguridad del paciente como prioridad de la gerencia/dirección	97
grafica 30 Interés de la gerencia/dirección en los eventos adversos solo posterior a su ocurrencia	97
grafica 31 Actitud del superior cuando el personal de enfermería evita riesgos en la seguridad del paciente	99
grafica 32 El superior tiene en cuenta las sugerencias del personal en cuanto a seguridad del paciente	100
grafica 33 Mayor exigencia del superior o jefe cuando aumenta la presión del trabajo poniendo en riesgo la seguridad del paciente	101
grafica 34 El superior o jefe pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente	102
grafica 35 Actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente	103
grafica 36 Medidas que se toman frente a las fallas en la atención al paciente.....	104
grafica 37 Evaluación de los cambios para mejorar la seguridad del paciente	105
grafica 38 Los pocos errores que se presentan son consecuencia del azar.....	106
grafica 39 Seguridad del paciente al aumentar el ritmo del trabajo	107
grafica 40 Presencia de problemas relacionados con la seguridad del paciente en la unidad	107
grafica 41 Eficacia de procedimientos y medios que evitan errores en la asistencia	108
grafica 42 Percepción de seguridad	109
grafica 43 Actitudes y comportamientos sobre el apoyo entre el personal	110
grafica 44 Actitudes y comportamientos sobre la Colaboración entre el equipo al incrementarse la carga laboral	111
grafica 45 Actitudes y comportamientos sobre el respeto entre el personal	111
grafica 46 Ayuda entre compañeros con sobrecarga laboral	112
grafica 47 Trabajo en equipo en la unidad	113
grafica 48 Coordinación entre las unidades/servicios	114
grafica 49 Cooperación entre los servicios que trabajan conjuntamente.....	115
grafica 50 Actitudes y comportamientos sobre el trabajar con personal de otra unidad ...	116
grafica 51 Actitudes y comportamientos sobre la coordinación entre los servicios que brindan atención a los pacientes	117
grafica 52 Manejo de la información del paciente al ser trasladado de servicio.....	118
grafica 53 Actitudes y comportamientos sobre la pérdida de información en los cambios de turnos	119
grafica 54 Actitudes y comportamientos sobre los Problemas de información entre los servicios.....	120
grafica 55 Actitudes y comportamientos sobre la Presencia de problemas durante los cambios de turno.....	121
grafica 56 Problemas en los cambios de turno y transiciones entre servicios.....	122

grafica 57 Verificación de órdenes verbales.....	123
grafica 58 Análisis y registro de información en la historia clínica de memoria	124
grafica 59 Registro en la historia clínica correspondiente a órdenes verbales	125
grafica 60 Verificación de medicamentos antes de una nueva prescripción	126
grafica 61 Comunicación clara de los cambios del paciente	126
grafica 62 Comunicación de información que afecte al paciente	127
grafica 63 Firma del consentimiento informado por parte del paciente	128
grafica 64 Preferencias en los pacientes terminales	128
grafica 65 Manejo de órdenes verbales en tratamientos con quimioterapia.....	129
grafica 66 Manejo de medicamentos servicio/Unidad	130

INDICE DE ABREVIATURAS

Entidades Prestadoras de Salud (EPS)
Eventos adversos (EA)
Errores de medicación (EM)
Corporación Universitaria Adventista de Colombia (UNAC)
Ministerio De Protección Social (MPS)
Organización Mundial de la Salud (OMS)
Agency for Health Care Research and Quality (AHRQ)
Unidad de Cuidados Especiales (UCE)
Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)
Infecciones asociadas al cuidado de la salud (IACS)
Estados Unidos (EEUU)
Institución prestadora de servicios de salud (IPS)

AGRADECIMIENTOS

Los autores de la investigación dan sus agradecimientos a:

Cielo Rebeca Martínez Reyes. Enfermera. Docente de la Universidad Adventista de Colombia. Especialista en Gerencia de Proyectos y Gerencia de la Calidad y Auditoría en Salud. Magister en Gestión de la Calidad de Servicios de Salud.

Milton Andrés Jara. Coordinador de Investigación de la Corporación Universitaria Adventista.

Alejandro Berrio. Enfermero. Director de Enfermería y Presidente del Comité de Ética de la Fundación Clínica del Norte.

Directivos y personal de enfermería de la Fundación Clínica del Norte.

DEDICATORIA

A Dios, quién nos guió en todo momento por el buen camino, dándonos la fortaleza para seguir adelante y no desfallecer cuando se presentaron grandes dificultades, enseñándonos que las adversidades hay que encararlas con dignidad y humildad.

A nuestras familias por enseñarnos los valores y principios que formaron nuestro carácter, porque de ellos obtuvimos la tenacidad y compromiso para cumplir cada objetivo propuesto en la vida. También por la comprensión que tuvieron con nosotros en esos momentos en los cuales estuvimos ausentes y en los que necesitamos una palabra de aliento.

También dedicamos el trabajo a todos los compañeros ya que gracias a la amistad, compañerismo y apoyo moral aportaron un alto porcentaje para llevar a cabo esta investigación y culminar con éxito nuestros estudios.

RESUMEN DE PROYECTO DE GRADO

CORPORACIÓN UNIVERSITARIA ADVENTISTA

Facultad: Salud
Programa: Enfermería

ACTITUDES Y COMPORTAMIENTOS SOBRE CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE LA CLÍNICA DEL NORTE, ANTIOQUIA 2015

María Eugenia García Palacio

Laura Victoria Londoño Puerta

Esteban Marín Correa

Sirley Tatiana Restrepo Mejía

Sigla del título académico y nombre de los asesores:

ENF. Cielo Rebeca Martínez Reyes

Fecha de terminación del proyecto: 23 de Mayo de 2016

Problema o necesidad

Un evento adverso define como las lesiones o complicaciones involuntarias que ocurren durante la atención en salud, las cuales se relacionan directamente con la calidad en la atención, cuyos lineamientos se rigen por la Política de Seguridad del Paciente establecida por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

La seguridad del paciente es un problema de salud pública de gran preocupación en el ámbito sanitario, es así que desde el año 1999 el Instituto de Medicina de Estados Unidos

(EE.UU) en su informe “Errar es de humanos: construyendo un sistema más seguro de salud estimó la mortalidad por errores clínicos prevenibles entre 44.000 y 98.000 muertes de pacientes en hospitales por año, cuyos costos oscilan entre 17 a 29 millones de dólares anualmente. Así mismo, un estudio realizado en Brasil reportó que el 8% de los pacientes sufrieron al menos uno o más eventos adversos durante la estancia hospitalaria y que al menos el 67% de los mismos pudieron haberse evitado. En lo que respecta a Latinoamérica, según los resultados del Estudio Iberoamericano de Eventos Adversos (IBEAS) realizado en 58 hospitales de la región, se encontró que aproximadamente el 60% de los eventos adversos eran evitable.

Ahora bien, este tipo de eventos pueden ser mitigados si existe una cultura de seguridad la cual es definida como una estrategia institucional que busca salvaguardar el bienestar de los pacientes, cuenta con el compromiso de todo el personal y la jefatura. En ésta, todos los involucrados asumen la responsabilidad de la seguridad del paciente y su familia, el personal se siente seguro al comunicar instancias que comprometen el cuidado de un paciente o la ocurrencia de situaciones adversas. Es por ello que, crear o fortalecer la cultura de seguridad del paciente al interior de las entidades es una necesidad que debe estar inmersa en su ADN. Al respecto, se hace pertinente realizar estudios que permitan evaluar el estado de las instituciones al respecto, y a su vez orienten a las directrices institucionales sobre las medidas para el mejoramiento continuo. De acuerdo con ello, la investigación en cuestión propone realizar un análisis de las actitudes y comportamientos sobre la cultura de seguridad del paciente que tiene el personal de enfermería de la Fundación Clínica del Norte (Antioquia).

Método

Se realizó un estudio de tipo descriptivo evaluativo de corte transversal, utilizando un muestreo aleatorio estratificado con el fin de garantizar representatividad de todos los servicios de la institución, obteniéndose como muestra el 65% del personal de enfermería de la institución (132 colaboradores). Se estableció como criterios de inclusión que fuese

personal perteneciente al área de enfermería, con vinculación contractual con la empresa y participación voluntaria en la investigación.

Para analizar actitudes y comportamientos sobre cultura de seguridad del paciente del personal, se aplicó una encuesta diseñada inicialmente por AHRQ de los Estados Unidos, adaptada al español por el Hospital *Survey on Patient Safety* de Madrid, y recomendada por el Ministerio de salud de Colombia, como parte del proceso de autoevaluación institucional, como estrategia para identificar las fortalezas y oportunidades de mejora que permitan fortalecer la política de seguridad del paciente y con ello mejorar la calidad del cuidado de enfermería a través del cambio.

Las dimensiones que contemplan dicha encuesta tienen una fiabilidad desde el punto estadístico determinada por el Alpha de Cronbach; éstas son: frecuencia de eventos notificados, percepción de seguridad, expectativas y acciones de la dirección/ supervisión de la Unidad/ Servicio que favorecen la seguridad, aprendizaje organizacional/mejora continua, trabajo en equipo en la Unidad/Servicio, franqueza en la comunicación, retroalimentación y comunicación sobre errores, respuesta no punitiva a los errores, dotación de personal, apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente, trabajo en equipo entre unidades y problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/ unidades, además se anexaron dos dimensiones relacionadas con aspectos sociodemográficos y adherencia al manejo seguro de medicamentos.

Los datos fueron incorporados en el programa estadístico SPSS versión 2009, que permitió aplicar pruebas de significación estadística, para analizar la relación entre la frecuencia de respuestas positivas, neutras o negativas, y los factores socio-laborales, así como por tamaño de los estratos seleccionados.

Para mayor claridad y fácil entendimiento, la información resultante se presenta gráficamente, utilizando para ello diagramas de barras y pastel con su respectivo análisis y discusión el cual se desarrolló por medio del programa Microsoft office Excel 2010. De cada variable, conformada en algunos casos por tres y en otros por cuatro preguntas, se presenta el comportamiento haciendo un análisis estadístico básico, utilizando como medidas de tendencia la distribución de frecuencias, frecuencia relativa y frecuencia

porcentual de cada uno de estos interrogantes, y al final se hizo una sumatoria de todos los aspectos constitutivos de cada dimensión.

Resultados

En la investigación realizada, se encontró que, el 22.7% de los participantes corresponde a enfermeros y 77.3% a auxiliares de enfermería. Además, 93.2% de los encuestados mantiene contacto directo con el paciente. Analizando el tiempo que llevan los participantes ejerciendo su profesión u oficio, en este estudio, 86.7% de los enfermeros y 79.4% de los auxiliares de enfermería tienen menos de seis años. Así mismo, 66.7% de los enfermeros lleva menos de un año trabajando en la Clínica junto con el 34.3% de los auxiliares; y 93.3% de enfermeros y 92.2% de los auxiliares lleva menos de tres años en su servicio.

Los servicios en los cuales se desempeñan las personas que hicieron parte de este estudio son: salas de hospitalización general, ortopedia, oncología y quirúrgicas con un porcentaje de 46.1%, siendo éste el grupo donde hay mayor número de encuestados. Seguido de las unidades de cuidado crítico con un porcentaje de 19.7%, posteriormente cirugía con 15.2%, luego urgencias con 11.4% y los servicios de menor aporte fueron cardiología invasiva, consulta externa y neumología, cada uno con 0.8%.

Por otro lado, se pudo hallar en el presente estudio que un porcentaje considerable del personal participante (33.3% de enfermeros y 55.9% de auxiliares de enfermería), laboran más de 48 horas semanales.

Reflexionando sobre la calificación que dan los encuestados al nivel de seguridad en su servicio, llama la atención que hay puntuaciones muy bajas (menores de 6 puntos) en un porcentaje pequeño de los encuestados (6.6% de los enfermeros y 5.8% de los auxiliares), sin embargo, 70.1% de los enfermeros y 84.4% de los auxiliares de enfermería, dieron una calificación entre 8 y 10 respectivamente.

La dimensión que logró consolidarse de manera contundente como una fortaleza fue el aprendizaje organizacional/mejora continua, por cuanto obtuvo un 87.8% de comentarios favorables.

Dentro de las dimensiones con tendencia a fortaleza, se encuentran el manejo seguro de medicamentos, tema en el cual en términos globales se obtuvo un 71% de opiniones favorables. Así mismo, la dimensión frecuencia de eventos adversos notificados, al obtener un 64.9% de respuestas positivas y un 6.8% de respuestas negativas; también, la variable retroalimentación y comunicación sobre los errores tiene tendencia a ser fortaleza porque las respuestas positivas fueron de 65.1%.

Una cuarta variable con tendencia a ser considerada como una fortaleza, es el apoyo y acciones de los jefes y de la gerencia en la gestión de los eventos adversos, por cuanto el porcentaje de respuestas afirmativas fue de 71,4%, a pesar del comportamiento de la variable, se encuentra en ella un ítem que clasifica contundentemente como una fortaleza para la institución al obtenerse un 80,2% de respuestas positivas al interrogante (la gerencia muestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades).

Al analizar la dimensión del Trabajo en equipo en la unidad/servicio, ésta también tiende a ser una fortaleza ya que su resultado es de 71.9% de encuestados a favor. Una última dimensión con éste comportamiento se refiere a las expectativas y acciones de la dirección/supervisión de la unidad/servicio que favorecen la seguridad al obtener un resultado de 64,4% de respuestas afirmativas.

De otra parte, el estudio arroja que, el 50% de los participantes mostraron una tendencia neutra en el variable cambio de turno y transiciones entre servicios.

Respecto a las dimensiones con tendencia a oportunidad de mejora, la variable percepción de seguridad del paciente se encuentra en éste grupo, por cuanto las personas encuestadas afirman que la seguridad del paciente es de 57.5%. Igual clasificación tiene la variable franqueza en la comunicación, por cuanto el resultado de respuestas positivas solo alcanzó un porcentaje de 42,4%. Así mismo la respuesta no punitiva a los errores, debido a que se reporta un 38.3% de resultados negativos en la organización y la dimensión dotación de personal con un 33.5% de respuestas negativas a la afirmación. Al igual que la variable trabajo en equipo entre unidades, puesto que el personal de enfermería la califica con 48.7% de respuestas positivas.

Conclusiones

Finalmente, tras haber analizado los aspectos relacionados con la cultura de seguridad del paciente en el personal de enfermería de la Fundación Clínica del Norte, se pudieron inferir las siguientes conclusiones:

- La mayor parte del equipo de enfermería da una muy buena calificación a la Clínica en cuanto al grado de seguridad del paciente en su servicio la cual perciben: 70.1% de los enfermeros lo evalúan entre 8 y 9; y 84.4% de los auxiliares de enfermería lo califica entre 8 y 10.
- La única dimensión que logró consolidarse de manera contundente como una fortaleza fue el aprendizaje organizacional/mejora continua, con un 87.8% de opiniones favorables.
- Las variables con tendencia a oportunidades de mejora fueron franqueza en la comunicación, respuesta no punitiva a los errores, dotación de personal y trabajo en equipo entre unidades.
- La variable trabajo en equipo en la unidad/servicio, tuvo una valoración favorable, con tendencia a fortaleza, mientras que el trabajo en equipo entre unidades/servicio se inclinó hacia las oportunidades de mejora, comportamiento que indica una falencia en la integración entre los diferentes servicios.

INTRODUCCIÓN

La atención de enfermería tiene como finalidad ayudar a las personas a recuperar su salud en el menor tiempo posible, pero los avances tecnológicos y las complejas interacciones entre los diferentes actores implican un riesgo para los pacientes. Lo anterior exige el aseguramiento de la calidad en la atención en salud basada en la prevención y el mejoramiento continuo.

En ese sentido, el cuidado de enfermería trata entre otras cosas, de detectar situaciones de riesgo para la salud tan pronto como se presenten y establecer las medidas necesarias para prevenir eventos futuros. Es por ello que, para gestionar la calidad del cuidado de enfermería es indispensable implementar estrategias como: prácticas centradas en el paciente, mejoramiento continuo con la participación y liderazgo del equipo directivo y de todo el equipo de trabajo; identificación de procesos críticos y superar las barreras existentes; toma de decisiones basadas en evidencias e información científica; lo cual se refleja necesariamente en el aseguramiento de la seguridad del paciente.

De otra parte, en el año 1999 el Instituto de Medicina de Estados Unidos (EE.UU) en su informe “Errar es de humanos: construyendo un sistema más seguro de salud estimó la mortalidad por errores clínicos prevenibles entre 44.000 y 98.000 muertes de pacientes en hospitales por año, cuyos costos oscilan entre 17 a 29 millones de dólares anualmente”(1).

Así, la Organización Mundial de la Salud (OMS), en su Informe Mundial de la Salud del año 2001 establece que: “Las intervenciones de atención de salud se realizan con el propósito de beneficiar al paciente pero también pueden causarles daño. La combinación compleja de procesos, tecnología e interacciones humanas, que constituyen el sistema moderno de prestación de atención de salud, pueden aportar beneficios importantes. Sin embargo, también conlleva un riesgo inevitable de que ocurran eventos adversos”(2) , lo

que por supuesto aplica al campo de la enfermería, más si se tiene en cuenta que es el equipo que se encuentra en contacto directo con el paciente.

En lo que respecta a Latinoamérica, según los resultados del Estudio Iberoamericano de Eventos Adversos (IBEAS) realizado en 58 hospitales de la región, se encontró que aproximadamente el 60% de los eventos adversos era evitable y las tres primeras causas, fueron: 1) infecciones intrahospitalarias: infección de vías urinarias, flebitis, bacteremia asociada a dispositivos intravasculares y neumonía; 2) eventos relacionados con procedimientos diagnósticos y terapéuticos: biopsias, punciones, drenajes, transfusiones sanguíneas y otros; y 3) está relacionada con los cuidados como: úlceras por presión, caídas y consecuencias de la inmovilización de los pacientes(3).

Desde la perspectiva de atención en salud, la seguridad del paciente tiene implícito el cumplimiento estricto de un conjunto de normas, procedimientos, instrumentos y métodos basados en evidencias científicas con la finalidad de minimizar el riesgo de daño sobre agregado y de eventos adversos; e incluye medidas que garanticen las buenas prácticas diagnósticas, terapéuticas y de cuidados de enfermería seguros, así como de adaptaciones en el medio ambiente, la organización y el funcionamiento institucional, incluyendo la dotación, competencias y sostenimiento del personal.

Por todo ello se hace necesario realizar estudios en las instituciones prestadoras de servicios en salud (IPS) que orienten a las directrices sobre el estado en el cual se encuentra la seguridad del paciente, siendo el punto de partida el análisis de actitudes y comportamientos sobre cultura de seguridad que tienen sus colaboradores y en especial aquellos que por el tipo de trabajo que desempeñan, tienen contacto directo con estos, como lo es el personal de enfermería; esto permitirá conocer los factores asociados con los eventos adversos, el grado de percepción de seguridad del paciente, determinar la frecuencia de notificación de eventos adversos, evaluar el apoyo y las acciones de la gerencia para la gestión de los eventos adversos, valorar la percepción del personal sobre el

trabajo en equipo y los problemas potenciales y determinar la adherencia del personal de enfermería en cuanto a las acciones de seguridad de medicamentos.

JUSTIFICACIÓN

Se conoce como “seguridad del paciente a la reducción de daño innecesario asociado a la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable(4), en la cual la lesión es derivada a partir de procedimientos o medidas aplicadas por el personal de salud durante la prestación del servicio y no debido a una enfermedad o lesión propia del paciente.

Si bien es cierto que llevar a cero este indicador representa un reto grande para todas las instituciones prestadoras de salud (IPS) en el mundo entero, es un tema que preocupa a las organizaciones nacionales e internacionales, toda vez que constituye una afectación en los pacientes, familias, entidades de salud y comunidad en general; es por ello, que mejorar e implementar medidas que brinden reducción de los índices de afectación y aumenten los

estándares de calidad de los servicios de salud es una prioridad de las instituciones de salud de Antioquia.

Con relación a lo anterior, los eventos adversos son incidentes relacionados con la seguridad del paciente que podrían haberle ocasionado un daño innecesario; y pueden originarse en su mayoría por el personal asistencial, como consecuencia de procedimientos, decisiones administrativas o falta de conocimientos académicos, por lo cual es imposible evitar completamente el daño al paciente, pues son acciones humanas que conllevan al error.

Algunos de los eventos adversos prevalentes descritos en el estudio IBEAS son: “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 eventos adversos identificados”(3). Así mismo, “73.3% de los eventos adversos estaban relacionados con la medicación, 8.6% con la prescripción, 8.6% con fallos en la comunicación, 7.9% relacionados con otros motivos y un 2.6% sin determinar”(3).

Ahora bien, este tipo de eventos pueden ser mitigados si existe una cultura de seguridad la cual es definida como una estrategia institucional que busca salvaguardar el bienestar de los pacientes, cuenta con el compromiso de todo el personal y la jefatura. En ésta, todos los involucrados asumen la responsabilidad de la seguridad del paciente y su familia, el personal se siente seguro al comunicar instancias que comprometen el cuidado de un paciente o la ocurrencia de situaciones adversas.

Es por ello que, crear o fortalecer la cultura de seguridad del paciente al interior de las entidades es una necesidad que debe estar inmersa en su ADN. No obstante es una iniciativa que debe adelantarse a pasos agigantados por ser un asunto de interés general en el área de la salud, es importante analizar, diseñar e implementar procedimientos seguros

para el mejoramiento de las prácticas clínicas que mitiguen los errores que se generan a diario en las entidades prestadoras de salud.

Desde el ámbito propio de la enfermería, para llegar a diseñar, crear y fortalecer la cultura de seguridad, se debe propiciar primero el fortalecimiento de la relación enfermera-paciente, la cual es un vínculo que se establece entre dos o más seres humanos que han determinado en mutuo acuerdo e interdependencia.

La enfermera, provee cuidados, administra tratamientos y proporciona confort, tranquilidad y comprensión, escucha atentamente las vicisitudes, inquietudes, emociones del enfermo y de sus familiares sobre el problema de salud y de aquellas problemáticas que están alrededor de ella; por otro lado, el enfermo y familia intentan colocar el problema de salud y humanidad bajo el cuidado del profesional, en busca de mejores soluciones y alivio de su malestar, que espera ser escuchado, comprendido u orientado.(5)

Por ello, una institución donde haya cultura de seguridad se caracteriza entre otras cosas por trabajar con el personal de enfermería para establecer mecanismos que permitan garantizar el cuidado integral del paciente, además de tener hábitos de trabajo seguro en cada integrante del equipo. Una cultura bien definida permite aumentar la calidad en la prestación del servicio y el grado de satisfacción del paciente, además reduce los costos operacionales, la incidencia de casos y la definición de planes de mejoramiento.

Para lograr este grado de calidad en el cuidado, se hace necesario que la institución evalúe y diagnostique de manera adecuada las actitudes y comportamientos sobre cultura de seguridad del paciente en el personal de enfermería que se maneja en su interior, con todos los aspectos que ello implica: Frecuencia de eventos notificados, percepción de seguridad, acciones de la dirección con respecto al tema, aprendizaje organizacional, trabajo en equipo, comunicación, retroalimentación, respuesta no punitiva a los errores, dotación de personal y apoyo de la gerencia en la seguridad del paciente.

Por consiguiente, la presente investigación estuvo encaminada analizar actitudes y comportamientos sobre cultura de seguridad del paciente durante el año 2015, en el

personal de enfermería de la Institución Fundación Clínica del Norte, de alta complejidad, que tiene convenio de docencia y servicio con la Corporación Universitaria Adventista de Colombia (UNAC), para lo cual se necesitaron esfuerzos considerables dirigidos a fortalecer la capacidad de investigación. Con los resultados obtenidos se podrán articular estrategias encaminadas a mejorar la cultura de seguridad del paciente y con ello la calidad del cuidado de enfermería institucional.

Dado lo anterior, fue necesario realizar un estudio que evaluara tales aspectos en la institución, con el propósito de tener un diagnóstico real y confiable del nivel de cultura de seguridad del paciente y con base en ello tomar decisiones institucionales que permitan mejorar la calidad del cuidado de enfermería, lo cual redundará en la calidad de la atención en salud, exigencia que no es solo para el cumplimiento de la ley, sino que debe ser parte de la ética profesional de quienes laboran en este ámbito.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Un evento adverso “es el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño, pueden ser prevenibles y no prevenibles”(6). También se define como las “lesiones o complicaciones involuntarias que ocurren durante la atención en salud”(7), las cuales se relacionan directamente con la calidad en la atención, cuyos lineamientos se rigen por la Política de Seguridad del Paciente establecida por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Un estudio realizado en Brasil reportó que “el 8% de los pacientes sufrieron al menos uno o más eventos adversos durante la estancia hospitalaria y que al menos el 67% de los mismos pudieron haberse evitado”(8). De igual manera resalta la importancia de cumplir con los lineamientos de notificación completa y oportuna de los mismos.

En consecuencia, los eventos adversos son considerados un problema de salud pública en el que participan todos los funcionarios de las Instituciones de salud, incluidos el profesional de enfermería cuya contribución es fundamental por cuanto su misión es propender por el cuidado de las personas que acuden a las instituciones, por lo que requiere desarrollar competencias que lo califiquen como una persona apta para brindar el cuidado a las personas, aplicando los principios de beneficencia y no maleficencia.

Keroulay y Enirtes publicaron entre Julio y Septiembre de 2011, el estudio tiempo de internación y la ocurrencia de eventos adversos por medicamentos: una cuestión de la enfermería; en éste se expone, “la probabilidad de supervivencia libre de eventos adversos por medicamentos en 30, 60 y 100 días fue del 96%, 93% y 73% respectivamente y los que representan condiciones marcadoras que describen el desempeño de los servicios de salud. La detección de eventos adversos en los hospitales hace que sea posible conocer los errores que ocurren en el sistema de medicación, así como aplicar estrategias para reducirlos”(10).

Al abordar el tema desde el ámbito propio de enfermería, los cuidados deben brindarse dentro de la línea de aseguramiento de la calidad, la cual tiene impreso aspectos técnicos y científicos entre los que se destaca la seguridad, pero a su vez en el ejercicio del cuidado pueden surgir situaciones de peligro por el contacto directo con el paciente que facilitan la ocurrencia de un evento adverso en los cuales se destacan: caídas, flebitis, úlceras por presión, infecciones por catéteres venosos y vesicales e innumerables relacionados con la preparación y aplicación de medicamentos.

Al respecto, se puede afirmar que para lograr un cuidado de enfermería con calidad, se requiere fortalecer las políticas de seguridad del paciente, no sólo en el rol de enfermería, sino en la atención en salud de toda la organización y para ello resulta muy útil valorar la cultura de seguridad existente en las instituciones.

De acuerdo con el Ministerio De Protección Social de Colombia (MPS), la seguridad del paciente es:

El conjunto de de sufrir un evento adverso en el proceso de atención en salud o de mitigar sus elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas, que propende por minimizar el riesgo consecuencias.....Al hablar de cultura de seguridad del paciente se entiende esta 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 reduzcan el riesgo de recurrencia(11).

En la cual forma un papel relevante la notificación de los eventos adversos, el instrumento de recolección de la información y el adecuado registro de la misma; son aportes indispensables para el análisis de la situación de seguridad en la atención al paciente.

En cuanto a ello, Tigre Et al, en su estudio descriptivo análisis de la comunicación de eventos adversos en la perspectiva de enfermeros asistenciales, encontró que:

Hay reporte de eventos adversos en el servicio pero con subregistro de casos y análisis inadecuados; los enfermeros no fueron unánimes en identificar los documentos para el registro de eventos y prevalece la cultura punitiva en situaciones que generan eventos adversos, como señalan los informes de prácticas de amonestación y castigo de los profesionales. En conclusión, es necesario fomentar la comunicación adecuada de eventos adversos en el servicio, teniendo en cuenta que el registro es esencial en el proceso de comunicación organizacional, ya que es fuente principal de datos para el análisis de eventos adversos y garantiza seguridad del paciente.(12)

Lo cual es reforzado en el estudio brasilero los eventos adversos y la seguridad en la atención de enfermería, en el cual se “destaca la importancia de los instrumentos para la notificación de los eventos adversos en las instituciones. Sin embargo, el temor al castigo de los profesionales estimula el subregistro de los hechos”(13).

Así mismo, Marques Et al en su estudio reportó que:

La motivación fue revelada a través de seis categorías: todo tipo de ocurrencia debe ser notificado; la notificación como sistema de auxilio a la gestión de la atención; la cultura de punición en transición; el enfermero como responsable por la notificación voluntaria; compartir problemas con la administración superior y alcanzar calidad en el proceso de trabajo. Al notificar el evento adverso, los profesionales perciben una relación colaborativa con la institución y confían que les serán conferidos soporte administrativo y seguridad profesional, condiciones que les estimulan a continuar notificando. Además, permite al equipo de enfermería compartir responsabilidades con la administración superior y estimula acciones correctivas. (14)

Es por ello que, buscando garantizar, medir e identificar el estado de la cultura de seguridad del paciente en las instituciones, se han diseñado instrumentos que ofrecen invaluable resultados que permiten a cada organización emprender acciones correctivas o preventivas que buscan salvaguardar en todo momento la seguridad del paciente.

Por lo anterior resulta pertinente preguntarse: ¿Cuáles son las actitudes y comportamientos sobre sobre la cultura de seguridad del paciente en el personal de enfermería de la Fundación Clínica del Norte, institución de alta complejidad de atención, que tiene convenio docencia servicio con la UNAC.

3.1 OBJETIVOS

3.2 OBJETIVO GENERAL

Analizar actitudes y comportamientos sobre cultura de seguridad del paciente en el personal de enfermería de la Fundación Clínica del Norte, durante año 2015.

3.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir los factores sociodemográficos y laborales del equipo de enfermería y las actitudes y comportamientos que se tiene sobre el nivel de seguridad en la institución.
- Determinar la frecuencia con la que se notifican los eventos adversos, teniendo en cuenta la percepción sobre la franqueza en la comunicación, la respuesta no punitiva a los errores y la retroalimentación que se hace sobre los mismos.
- Evaluar las actitudes y comportamientos del personal de enfermería con respecto a la carga laboral, apoyo y las acciones de los jefes y de la gerencia en la gestión de los eventos adversos.
- Valorar actitudes y comportamientos sobre del personal de enfermería en lo que tiene que ver con el trabajo en equipo y los problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios o unidades.
- Establecer la adherencia del personal de enfermería en cuanto a las acciones de seguridad de medicamentos.

3.4 VIABILIDAD Y FACTIBILIDAD

El presente trabajo de investigación contó con la participación de cuatro estudiantes del programa de Enfermería encargados de realizar la investigación en la institución de tercer y cuarto nivel de atención, Fundación Clínica del Norte, con la cual la UNAC tiene convenio de docencia asistencial. Además contó con el aval del comité de ética y del Comité de investigación de la Universidad.

3.5 ALCANCE

Dado el tipo de estudio llevado a cabo, su alcance es la descripción de los fenómenos observados en torno a lo que percibe el equipo de enfermería en tona a la cultra de seguridad, por lo tanto no se establecen análisis de causalidad.

3.6 DELIMITACIÓN

Espacio físico-geográfico: está determinado en la institución de salud de alta complejidad de atención, Fundación Clínica del Norte la cual está ubicada en el área metropolitana de la ciudad de Medellín en el departamento de Antioquia y en el personal de enfermería que allí labora.

Duración: se realizó en un periodo de 12 meses, teniendo en cuenta que la presencia en la institución se extendió por un periodo de un mes a partir del momento en que se recibió el aval de la misma.

Costos: la Universidad asumió los costos referentes a las asesorías del docente y las impresiones del instrumento de recolección de la información.

3.7 LIMITACIÓN

Estaba planeada la participación de todas las instituciones de III y IV nivel de atención en salud, es decir: Clínica del Norte, Clinica Medellin, Hospital Pablo Tobón Uribe e IPS

Universitaria León XIII. La investigación fue aprobada por los Comités de Investigación de la Fundación Clínica del Norte y Clínica Medellín; no obstante, esta última tuvo que ser excluida porque no se logró que el total de las personas que hacían parte de la muestra, diligenciaran el instrumento.

La metodología del trabajo, incluía una actividad educativa sobre cultura de seguridad, como estrategia para reunir al personal implicado y así diligenciar el instrumento, en presencia de los investigadores. Sin embargo este encuentro no fue posible, dada la dificultad de reunir al personal, razón por la cual el Coordinador de Enfermería de la institución, se encargó de entregar las encuestas a su personal y posteriormente entregarla a los investigadores.

De las 134 encuestas diligenciadas, se excluyeron dos por estar incompletas.

En cuanto al aspecto de la financiación, este estudio participó en una convocatoria interna promovida por el departamento de investigación de la UNAC y fue aprobado para su financiación, pero finalmente los recursos económicos nunca fueron desembolsados, ante lo cual la Decanatura de la Facultad de Ciencias de la Salud, apoyó con la reproducción de las encuestas y los estudiantes y docente, asumieron los demás gastos generados como fueron: traslados a las instituciones y misceláneos.

2. MARCO TEORICO

3.8 MARCO CONCEPTUAL

Casi error. “Categoría mal definida, próxima a la de incidente, que incluye sucesos como los siguientes: Caso en el que el accidente ha sido evitado por poco; Cualquier situación en la que una sucesión continuada de efectos fue detenida evitando la aparición de potenciales consecuencias”(16).

Cultura de seguridad del paciente. La cultura de seguridad del paciente es un lineamiento fundamental que influye en la calidad de la atención, y se ha constituido progresivamente en un asunto de interés general en el área de la salud. La cultura de seguridad del paciente “está relacionada con las creencias y actitudes que asumen las personas en su práctica para garantizar que no experimentará daño innecesario o potencial asociado a la atención en salud”(17).

Daño asociado a la atención en salud. Es “el daño que deriva de los planes o medidas adoptados durante la prestación de atención sanitaria o que se asocia a ellos, no el que se debe a una enfermedad o lesión subyacente”(18).

Detección. “Acción o circunstancia que permite descubrir un incidente. Por ejemplo, un incidente puede detectarse por un cambio en la situación del paciente o mediante un monitor, una alarma, una auditoría, un examen o una evaluación de riesgos”. Los mecanismos de detección pueden estar incorporados al sistema como barreras oficiales o establecerse de forma no estructurada”(19).

Error. “Es el hecho de no llevar a cabo una acción prevista según se pretendía o de aplicar un plan incorrecto. Los errores pueden manifestarse al hacer algo erróneo (error de

comisión) o al no hacer lo correcto (error por omisión), ya sea en la fase de planificación o en la de ejecución”(18).

Evento adverso o incidente con daños. “Resultado de una falla en el proceso de atención en salud no intencional, no relacionado con la enfermedad que produce un efecto no deseado”(20).

Incidente sin daños. “Es aquel en el que un evento “alcanza al paciente, pero no le causa ningún daño apreciable”(21). Por ejemplo, se infunde una unidad de sangre a paciente equivocado, pero no era incompatible y el paciente no presenta ninguna reacción.

Flebitis. La flebitis definida como “la presencia de al menos dos de los siguientes signos o síntomas al examen del sitio de inserción del catéter: enrojecimiento, hinchazón, cordón venoso palpable, sensibilidad o dolor”(22).

Caídas. “Acontecimientos involuntarios que hacen perder el equilibrio y dar con el cuerpo en tierra u otra superficie firme que lo detenga”(23).

Úlceras por presión. “Definidas como aquellas lesiones localizadas en la piel o tejidos subyacentes por lo general sobre prominencias óseas como resultado de la presión”(13).

Medidas adoptadas para reducir el riesgo. “Se concentran en disposiciones para evitar que se repita el mismo incidente. Puede ir dirigidas al paciente, al personal de salud, a la organización y a los agentes o equipos terapéuticos”(4).

3.9 MEDIDAS DE MEJORA

“Alteración de una circunstancia para mejorar o compensar cualquier daño derivado de un incidente. Las medidas de mejora pretenden el restablecimiento tanto de la situación derivada al paciente como de las repercusiones sobre la organización por ejemplo, la fijación de una fractura tras una caída, hidratación tras náuseas y vómitos producidos por un fármaco, una buena gestión de la comunicación tras una catástrofe con gran repercusión pública”(21).

Riesgo. “Es la probabilidad de que se produzca un incidente”(4).

Seguridad del paciente. “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”(24).

3.10 TRABAJO EN EQUIPO Y COLABORACIÓN.

Combinación exitosa de los talentos y habilidades de cada miembro del equipo, y sirven como método de control y contrapeso. Al fomentar el pensamiento individual, y evaluar las decisiones y acciones de cada miembro del equipo, se evita el enfoque jerárquico que muchas veces obstaculiza una toma de decisiones adecuada. El cuidado de cada paciente implica la participación de profesionales y técnicos de diversas especialidades, lo que puede desencadenar incumplimientos o lagunas en la entrega de atención. Un fuerte énfasis en la colaboración y el trabajo en equipo minimizan estos riesgos. (25)

Infecciones asociadas al cuidado de la salud (IACS). Infección contraída durante la estancia en el hospital, que no se había manifestado ni estaba en periodo de incubación en el momento del ingreso del paciente.(26)

Frecuencia de eventos notificados: “Periodicidad con la cual se reportan la ocurrencia de eventos adversos, a través de los mecanismos establecidos por cada institución de salud”(28).

Percepción de seguridad: “Es la apreciación o idea que cada profesional o trabajador de la salud tiene acerca de la aplicación de la política de seguridad del paciente al interior de cada institución”(28).

Expectativas y acciones de la dirección/ supervisión de la Unidad/ Servicio que favorecen la seguridad: “Perspectivas o lo que se espera que la gerencia y las diferentes coordinaciones hagan con respecto al tema de la seguridad del paciente”(28).

Aprendizaje organizacional/mejora continua: “Percepción que tiene el equipo de salud sobre los avances en el tema de la seguridad del paciente, teniendo como base el aprender de los errores”(28).

Franqueza en la comunicación: “Veracidad y libertad con la que se tratan las situaciones de eventos adversos y la gestión que se lleva a cabo”(28) .

Retroalimentación y comunicación sobre errores: “Apertura en la información sobre los eventos adversos que ocurren y participación del personal en el planteamiento de las soluciones para evitar que vuelvan a ocurrir”(28).

Respuesta no punitiva a los errores: “Opinión del personal sobre la actitud que se asume con respecto a quien comete los errores que ponen en riesgo la seguridad del paciente”(28).

Dotación de personal: “Apreciación sobre la suficiencia del recurso humano con respecto a la carga laboral y el volumen de pacientes que se atienden y su relación con las acciones de seguridad del paciente”(28).

Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente: “Respaldo que se percibe de la gerencia hacia los servicios con respecto a las acciones de seguridad del paciente que se desarrollan en las instituciones de salud”(28).

Trabajo en equipo entre unidades: “Opinión que tienen las personas sobre el grado de armonía, apoyo, responsabilidad, creatividad, voluntad, organización y cooperación con la

que se realizan las labores en busca de minimizar los riesgos a los que se enfrenta el paciente en las instituciones de salud”(28).

Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/ unidades: “Dificultades o inconvenientes que se observan en cuanto a la continuidad de la atención cuando hay cambios de turno o traslados de pacientes de un servicio a otro”(28).

3.11 MARCO REFERENCIAL

3.12 IMPACTO DE LOS EVENTOS ADVERSOS

La seguridad del paciente es un tema de preocupación de todas aquellas instituciones que intervienen o prestan servicios de salud, a tal punto que ocupa un lugar prioritario en las políticas de Salud Pública, debido al gran impacto en la morbimortalidad en las personas y la relación directa con la calidad de la prestación de los servicios de salud.

En este sentido, dentro de la jerarquía de las necesidades que establece Abraham Maslow, la necesidad de seguridad ocupa el segundo lugar en su escala, posterior a las necesidades fisiológicas, dado que una vez satisfechas éstas, los seres humanos buscan sentirse seguros en su entorno y durante todas las etapas de la vida, lo que conlleva a desarrollar sentimientos de preocupación permanente. Como afirma Villareal, “son necesidades de seguridad la dependencia, protección, estabilidad, ausencia de miedo, ansiedad o caos, necesidad de una estructura, unos límites, un orden, una ley, entre otras. Todas ellas apuntando a la evitación o neutralización de situaciones de peligro”(29).

Por ello, si la seguridad es una necesidad primordial para una persona sana, cuánto más lo es para quienes su salud se encuentra diezmada por enfermedades y que por ello deben someterse a intervenciones que ponen en riesgo su integridad.

Así, la seguridad del paciente ha sido un tema de interés para las organizaciones sanitarias de todo el mundo y ha tomado mayor fuerza en la última década. Sin embargo no es un tema nuevo, por el contrario, ha sido de análisis desde tiempo remoto. De hecho, hay estudios en 1.911 de Codman en los cuales se utiliza el concepto de iatrogenia (resultado no esperado por la evolución natural de la enfermedad). Así mismo, en la década de 1.950 y 1.960 diferentes estudios abordan el problema pero no se le dio la importancia que el tema supone. No obstante, en 1955 Barr en sus estudios “vio en los eventos adversos el precio a pagar por los modernos métodos diagnósticos y terapia”(3).

Es así como los EA toman una dimensión mundial incorporándose a agendas políticas y al debate público desde 1.999 con la publicación del libro *Toerris Human: building a saferhealthsystem* en el cual se destaca que “los errores médicos causan entre 44.000 y

98.000 defunciones por año en los hospitales de EE.UU, proporción mayor que la ocurrida por los accidentes de automóvil, el cáncer de mama o el SIDA”(30).

Por su parte el Grupo de Trabajo sobre la Calidad de la Atención Hospitalaria en Europa en el año 2.000, estimó que “uno de cada 10 pacientes de los hospitales europeos sufre daños que se pueden evitar y EA ocasionados por los cuidados recibidos”(2). En este mismo informe se reporta que “la situación para los países en desarrollo y en los países con economía en transición merece una atención particular”(2)

Existen informes como *An Organization with a Memory* del Departamentos de salud Británico del año 2.000, en los cuales se presenta un “reporte de eventos adversos en cerca del 10% de las hospitalizaciones o alrededor de 850.000 casos al año, y su relación con la calidad en la prestación del servicio”(2).

De igual manera en el informe *The First National Report on Patient Safety and Quality in Health Care* de 2.001 se concluye que “la seguridad es un elemento esencial en la calidad de la atención en salud y sin ella se ve afectada de forma negativa la efectividad y la satisfacción de los pacientes”(31).

Al respecto, el mal estado de la infraestructura y del equipo, la irregularidad de los suministros y la calidad de los medicamentos, las deficiencias en la gestión de desechos, la lucha contra las infecciones, una actuación deficiente del personal por falta de motivación o carencia de conocimientos técnicos y la grave escasez de recursos para financiar los costos de funcionamiento esenciales de los servicios de salud, hacen que la probabilidad de que se produzcan eventos adversos sea mucho más alta que en las naciones industrializadas.

Otro estudio del año 2006 revela que “los eventos adversos eran la sexta causa muerte en Estados Unidos (EEUU), por encima de la diabetes, la influenza, la neumonía, la enfermedad renal y el Alzheimer y que la longitud de la estadía hospitalaria y la mortalidad,

por EA asociados a error, contribuyeron a 32.591 muertes por año y a \$US 9.3 billones”(32).

A pesar de los esfuerzos de las directrices de las Instituciones prestadoras de salud por conservar la integridad de las personas que atienden, se presentan cada día más y en proporciones elevadas eventos que ponen en riesgo la seguridad del paciente, muchos de ellos prevenibles;

La mayoría están asociados con transfusiones inapropiadas dado que entre un 5% y un 15% aproximadamente, de las infecciones por VIH en países en desarrollo se deben a transfusiones de sangre contaminada. Un estudio de la OMS mostró que 60 países no estaban en condiciones de analizar sistemáticamente toda la sangre donada para detectar la presencia de agentes infecciosos de transmisión sanguínea, entre ellos el VIH.

Otros frecuentes son los daños en cirugía, por cuanto los datos procedentes de países desarrollados indican que los EA registrados en el quirófano representan al menos un 50% del total de los EA registrados entre pacientes quirúrgicos. Así mismo, la administración inadecuada de medicamentos, pues las investigaciones indican que en los servicios de atención de casos agudos entre un 7% y un 10% de los pacientes experimenta algún EA relacionado con los medicamentos. De ellos, aproximadamente un 28% a un 56% son prevenibles. En algunos países las hospitalizaciones debidas a reacciones medicamentosas adversas pueden ascender a más de un 10% del total de las hospitalizaciones.(33)

Es así como los eventos adversos por estas causas aumentan la estancia hospitalaria, siendo mayor de acuerdo a la severidad del evento. Estudios como el realizado en España por Pinilla Et al (2003), demuestra que “un error de medicación aumenta la estancia hospitalaria del paciente en 6,9 días. Si este incremento de la estancia hospitalaria se ajusta a la gravedad del error, la cifra aumenta hasta 10,3 días”.

Otros eventos adversos relacionados con el cuidado directo de enfermería son: caídas, flebitis, úlceras por presión, fallas en la identificación del paciente, infecciones asociadas al catéter venoso central y el catéter vesical entre otros.

En cuanto a eventos adversos como caídas, úlceras por presión y flebitis, estudios como Eventos adversos derivados del cuidado de enfermería: flebitis, úlceras por presión y

caídas, realizado en un hospital de Bucaramanga (2010), reporta que “se presentaron 23 eventos por cada 100 pacientes, 10 flebitis por cada 100 pacientes, 12 úlceras por presión por cada 100 pacientes y una caída por cada 100 pacientes seguidos”(7).

Para abordar el tema relacionado con las úlceras por presión, entendidas “como la presencia de una lesión en la piel y/o el tejido subyacente por lo general sobre una prominencia ósea, como resultado de la presión”(7) o “la presión en combinación con las fuerzas de cizalla y que en ocasiones, también pueden aparecer sobre tejidos blandos sometidos a presión externa por diferentes materiales o dispositivos clínicos”(34).

Al respecto, se trae a colación el Tercer Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras por Presión (2009), España, en el que hay reporte “de 1.596 pacientes con estas lesiones, de los cuales 1.344(84.2%) son pacientes mayores de 65 años, 324 (24.1%) provienen de centros de atención primaria, 474 (40.6%) de hospitales y 546 (35.3%) de centros sociosanitarios”(35). Otra investigación similar mostró que, “la prevalencia de úlceras por presión en Suecia, oscila entre el 16,6% en hospitales y el 14,5 en hogares de ancianos”(36)..

Otro tema de gran importancia es el relacionado con los EA causados por caídas las cuales define la OMS como “acontecimientos involuntarios que hacen perder el equilibrio y dar con el cuerpo en tierra u otra superficie que lo deteng y las estadísticas reportan que anualmente mueren en todo el mundo unas 424.000 personas por esta causa y más de 80% de esas muertes se registran en países de bajos y medianos ingresos; de hecho, los mayores de 65 años son quienes sufren caídas mortales”(23).

De otro lado la ocurrencia de EA tiene repercusiones no solo en la calidad de la prestación de los servicios también presenta un gran impacto en el ámbito financiero, “en EE:UU el sistema de Salud Norteamericano, informó en el año 2000, que los costos directos relacionados con EA prevenibles fueron estimados en 20 billones de dólares y desde ese entonces esta cifra va en aumento a pesar de las políticas implementadas”(37). De acuerdo con Allué et al (2014) “en los hospitales españoles en el periodo del 2.008 – 2.010 de 245.320 pacientes hospitalizados el 6.8% sufrieron un EA lo que representa un costo incremental total de 88.268.906 euros”(38).

Pero las consecuencias de los EA son de mayor gravedad cuando están relacionadas con el estado de salud del paciente. Al respecto, el estudio OMS- IBEAS, Hacia una atención hospitalaria más segura (estudio Iberoamericano de eventos adversos-Red Pionera de Seguridad del Paciente), en el que participaron los países de México, Costa Rica, Colombia, Perú y Argentina reportan que “el 10% de los pacientes que ingresan en un día habían sufrido daño producido por los cuidados sanitarios, lo que quiere decir que uno de cada diez pacientes padecieron las consecuencias de un incidente en la prestación del servicio”(39).

En el ámbito nacional se puede citar un trabajo realizado por Gaitán Et al en tres instituciones hospitalarias, en el que se encontró una “incidencia de EA de 4,6% durante la hospitalización, de los cuales se consideró que el 61% eran evitables y se produjo discapacidad permanente en 1,3% de los pacientes. La mortalidad asociada al EA fue de 6,4% y se incrementó la hospitalización como consecuencia del mismo, para un total de 1.072 días”(40).

Otro estudio realizado en clínicas y hospitales del departamento de Antioquia y el eje cafetero, en el que se incluyeron “21.219 pacientes, determinó que el 6,8 % de ellos, presentó un EA y los factores asociados a su ocurrencia fueron: edad mayor de 45 años, tratamiento quirúrgico, estancia en Unidad De Cuidados Especiales (UCE) – Unidad De Cuidados Intensivos (UCI) y hospitalización general igual o superior a cinco días”(40).

Por todo lo anterior, 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 OMS en la 55 Asamblea Mundial de la Salud celebrada en Ginebra en el año 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”(4)

Posteriormente, en Octubre del año 2.004 la OMS, lanzó oficialmente la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente con el fin de lograr mejoras importantes para los pacientes de países ricos y pobres, desarrollados y en desarrollo, en todos los rincones del mundo. Luego en el informe del año 2.008 se establece que es necesario “promover esfuerzos mundiales encaminados a mejorar la seguridad de la atención de los pacientes de todos los Estados Miembros de la OMS”(33), toda vez que a escala mundial, cada año, decenas de millones de pacientes sufren lesiones discapacitantes o mueren como consecuencia de prácticas médicas o atención insegura.

Uno de los mayores desafíos consiste en fortalecer la capacidad de investigación para abordar mejor las cuestiones de mayor repercusión para la reducción del problema, puesto que otra de las afectaciones aparte de las pérdidas humanas está relacionada con la economía mundial debido a que las cifras hasta ahora reveladas son abrumadoras. “La atención insegura genera gastos médicos y de hospitalización, las infecciones asociadas al cuidado de la salud (IACS), pérdida de ingresos, discapacidad y pleitos que en algunos países cuestan entre US\$ 6000 millones y US\$ 29 000 millones por año”(33).

Las pérdidas económicas asociadas a los EA repercuten de manera significativa en la economía de las Instituciones. En este contexto, el informe ENEAS publicado en febrero de 2.006 y realizado en Hospitales Españoles reporta que un “63,3% del total de EA, precisó la realización de nuevos procedimientos (por ejemplo, pruebas de radiodiagnóstico) y en un 69,9% tratamientos adicionales (por ejemplo: medicación, rehabilitación o cirugía)”(41). Por tanto, los eventos adversos ocasionan un mayor gasto sanitario, como consecuencia de los ingresos hospitalarios directamente relacionados con éstos, más días de estancia, así como pruebas y tratamientos que se podrían haber evitado en casi la mitad de los casos.

En este mismo estudio se concluye que (41) las tres causas relacionadas con los EA en los hospitales españoles son, por orden de importancia, los relacionados con la medicación, las IACS y los relacionados con problemas técnicos durante la realización de un

procedimiento. Concretamente, en relación a estos últimos, el estudio revela que el 25,04% de todos los eventos adversos detectados tiene el origen en un problema durante la realización de un procedimiento.

En cuanto a los costos asociados a problemas relacionados con intervenciones quirúrgicas:

En 2003 Zhan y Miller publicaron un estudio con una muestra de 7 millones y medio de pacientes dados de alta en el año 2000 en los hospitales de EEUU. Con el resultado de que todos los EA que se pueden relacionar con un procedimiento quirúrgico aumentan significativamente el precio, la estancia hospitalaria y la mortalidad, a excepción de las complicaciones por anestesia, que únicamente aumentan significativamente el precio y el trauma obstétrico por cesárea, que aumenta el precio y la estancia hospitalaria, pero no la mortalidad.(42)

Para el caso de IACS, definida por la OMS como la infección contraída durante la estancia en el hospital, que no se había manifestado ni estaba en periodo de incubación en el momento del ingreso del paciente, es preciso señalar que éstas constituyen uno de los problemas más costosos a los que se enfrentan las organizaciones de salud. Se ha estimado que en EEUU, el costo anual atribuido a las infecciones nosocomiales se situó en 6.500 millones de dólares en 2004.

El principal factor que contribuye al incremento del coste relacionado con la IACS es la prolongación de la estancia del paciente en el hospital (OMS, 2003). Los costes aumentan también debido al mayor uso de medicamentos, el aislamiento y el mayor uso de pruebas de laboratorio y otras pruebas diagnósticas.

Por otra parte en Colombia un estudio realizado en Bogotá, en el año 2.007, en el cual se hace un análisis de los costos relacionados con la presencia de EA; se destaca que en “283 casos (63,2 %) se generaron costos adicionales asociados a la presentación de eventos adversos a medicamentos. Los costos totales atribuibles a eventos prevenibles oscilaron entre \$ 33´620,346 (US\$ 16.687) y \$ 37´754,855 pesos (US\$ 18.739). Se encontró que 58,5

de los costos asociados a estancia hospitalaria adicional, 45,2 % correspondientes a interconsultas y 37,5 % asociados a pruebas diagnósticas”(43).

Así mismo durante el Tercer Simposio Internacional de Seguridad del Paciente - prácticas clínicas sin errores el Doctor José Joaquín Mira, especialista español en seguridad del paciente afirma que: “un paciente en cuidados intensivos, con una estancia promedio de 3 días, los costos por atención puede ascender a los 10 millones de pesos. Por un EA como una IACS la estancia puede triplicarse y los costos multiplicarse por 10.(44)”

3.13 MARCO INSTITUCIONAL

3.14 CORPORACIÓN UNIVERSITARIA ADVENTISTA

La presente investigación se enmarca dentro de la filosofía institucional de la UNAC:

Fue creada el 18 de julio de 1981 con el objetivo de impartir la educación post-secundaria en la modalidad universitaria. La UNAC recibió la personería Jurídica No. 8529 el 6 de junio de 1983, expedida por el Ministerio de Educación Nacional.

Sin embargo en el año de 1937 inició labores en Medellín primeramente como el Colegio Industrial Coloveno, con el fin de atender las necesidades educativas de la Iglesia Adventista del Séptimo Día. La tarea comprendía todos los niveles y buscaba preparar profesionalmente a pastores, administradores, maestros y músicos. Al comenzar el año de 1950 se adoptó el nombre “Instituto Colombo–Venezolano” y continuó trabajando en los niveles de educación primaria, secundaria y terciaria.

De esta manera actualmente en el proceso de su desarrollo académico la UNAC ha organizado cinco facultades desde las cuales se ofrecen los programas de pregrado: Facultad de Educación, Facultad de Teología, Facultad de Salud, Facultad de Ciencias Administrativas y Contables, Facultad de Ingenierías; y una División de Investigaciones que es la encargada de liderar los programas de posgrado que ofrece la Institución.(45)

La UNAC tiene como misión “reconocer a Dios como Creador, Redentor y Sustentador del hombre y del universo; y en armonía con los principios filosóficos y educativos inspirados por el Espíritu Santo, evidenciados en la naturaleza, ejemplificados por Jesucristo expuestos en las Sagradas Escrituras y tal como los profesa la iglesia Adventista del séptimo Día”(46).

La Institución declara como su misión propiciar y fomentar una significativa relación del hombre con Dios por medio del trabajo en las diferentes disciplinas del conocimiento. En consecuencia, la Corporación se define como una institución universitaria sin ánimo de lucro que desarrolla su labor educativa enmarcada en el servicio a Dios, la comunidad adventista y la sociedad en general.

El trabajo del conocimiento se fundamenta en tres pilares: la formación integral, la cultura investigativa y la excelencia en el servicio, en el que el hombre es el agente principal del

proceso educativo que persigue el desarrollo armónico de los aspectos físicos, mentales sociales y espirituales. La misión se desarrollará en procura de los altos niveles de calidad educativa, a través de un personal calificado con un profundo sentido de compromiso, apoyado en el uso óptimo de los recursos físicos, financieros y tecnológicos.

Su visión contempla que: la UNAC “será una universidad completamente accesible a la Iglesia Adventista del Séptimo Día en particular, y a la comunidad en general, con el propósito de preparar ciudadanos para este mundo y para la eternidad”(46).

2.8 FUNDACIÓN CLÍNICA DEL NORTE

La Fundación Clínica del Norte:

Fue creada el 11 de mayo de 2011, es una entidad sin ánimo de lucro que nace como respuesta a la evidente necesidad de ofertar servicios de salud a la población creciente del Departamento de Antioquia y en particular a la del Municipio de Bello y poblaciones circundantes. Sus asociados son empresas y profesionales de reconocida trayectoria del sector salud que conocen la responsabilidad social, ellos concretan a través de esta fundación su vocación de servicio y el dejar obras para la posteridad que tengan vocación humanista. El slogan de la Fundación Clínica del Norte “Gente Para la Vida” tiene un profundo significado desde la perspectiva de cada uno de sus grupos de interés, uno de ellos, la Asamblea de Asociados de la Fundación que tienen una indeclinable vocación de servicio y una férrea convicción de la imperiosa necesidad de emprender obras de beneficio social que mejoren las condiciones de vida de la población colombiana.(47)

Así mismo, los miembros de la Junta Directiva actúan con responsabilidad por la buena marcha de la Clínica para responder a las necesidades de atención en salud de la gente que acude a ella.

El Gerente de la Fundación Clínica del Norte y el equipo de colaboradores, son movidos por el amor al trabajo, entendiendo este como la máxima expresión de consideración por el prójimo cuando se hace con dedicación, entrega y búsqueda permanente de la perfección.

La gente que acude a la Clínica se envolverá en un ambiente de respeto, calidez en el servicio y consideración, teniendo al paciente y a su familia como eje central y primordial del deber ser.

Todos, absolutamente todos en la Clínica del Norte son gente dispuesta a servir, recibir con buena actitud, ofrecer con amor y a facilitarnos entre todos la vida, somos gente dispuesta, somos “Gente Para la Vida”.

La Clínica del Norte dentro de su planeación estratégica presenta(48):

Misión: Somos una Institución prestadora de servicios de salud de alta complejidad con recursos humanos, físicos y tecnológicos del más alto nivel, brindando una atención humana y segura como base del modelo de atención, comprometidos con la formación del talento humano, generando rentabilidad social y económica.

Visión: En el 2018 seremos una Institución líder en la prestación de servicios de salud de alta complejidad a nivel nacional, con centros especializados en trauma y cardiocerebrovascular.

Valores

Vida: Valor supremo que recibimos para cuidar y en la medida de lo posible conservar.

Lealtad: Nos comprometemos a armonizar nuestro pensar, sentir y actuar para generar confianza y seguridad en nuestro ambiente laboral, siendo íntegros con nosotros mismos y con la organización.

Honestidad: Como seres humanos nos enmarcamos dentro de un equilibrio moral y legal.

Compromiso: Nos entregamos en cuerpo y alma con nuestra misión y visión empresarial.

Respeto: Reconocemos y aceptamos el otro; como ser humano y criatura de Dios.

Responsabilidad: Somos líderes comprometidos con cada uno de nuestros procesos y conscientes del aporte que realizamos al propósito común.

Política de responsabilidad social

En la Fundación Clínica del Norte nos comprometemos a atender de forma segura a nuestros pacientes, usuarios y público en general. Además a brindar espacios de crecimiento personal al colaborador y su grupo familiar. Por otro lado, nuestra relación con los proveedores está dentro del más estricto marco ético y legal, aportando al mejor estar de

la comunidad inmediata, mediata y nacional, haciendo causa común con los defensores del planeta.

Política de calidad

Estamos comprometidos con la excelencia en la gestión clínica y administrativa para garantizar la satisfacción de los usuarios y colaboradores, cumpliendo el marco legal vigente y apoyándonos en la mejora continua de los procesos y el logro de los objetivos de calidad.

2.9 MARCO LEGAL

LEY 100 DE 1993: Por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral en Colombia y se dictan otras disposiciones, define la seguridad social como

El sistema de seguridad social integral es el conjunto de instituciones, normas y procedimientos, que disponen las personas y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado, y que la sociedad desarrollan para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica, de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad.(49)

Esta ley tiene como fin garantizar prestaciones económicas, de salud y ampliación de coberturas para toda la población, teniendo como principios fundamentales la Eficiencia, Universalidad, Solidaridad, Integralidad, Unidad y Participación; a través de mecanismos de control que garanticen la calidad en la atención oportuna, personalizada, humanizada, integral, continua, cumpliendo con los estándares aceptados en procedimientos y práctica profesional. A su vez se detallan normas de calidad y satisfacción al usuario, otorgando así al usuario la capacidad de opinar e influir sobre el sistema de salud y de escoger a partir de la calidad y costos, dejando a un lado ser un sujeto pasivo en la prestación de servicios.

LEY 1122 DE 2007: la finalidad de esta es “realizar ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud enfocándose como prioridad la cobertura, acceso y en el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios, además del fortalecimiento en los programas de salud pública y de las funciones de inspección, vigilancia y control y la organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud”(56).

Los cambios dados están encaminados al mejoramiento de la prestación de los servicios de salud que se encuentran con debilidades en la ley 100 y que buscan garantizar la prestación de los servicios con calidad a través de una medición con indicadores de gestión demostrando la oportunidad en la prestación de los servicios, reduciendo las complicaciones en los estados de salud de los usuarios las cuales pudieron ser prevenidas y

que aumentaron los costos en los servicios de salud por efecto de eventos adversos o insuficiencia en la calidad de la atención.

LEY 1438 DE 2011: “Esta ley tiene como objeto el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través de un modelo de prestación del servicio público en salud que en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud permita la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable”(58).

La investigación se apoya en la anterior por cuanto el centro y objetivo de su modificación lleva a que se brinden servicios de salud incluyente, equitativa y con mayor calidad, ejercido por la vigilancia a los prestadores del servicio para garantizar que la atención disminuya los eventos adversos presentados y aumente la satisfacción de los usuarios.

LA LEY 266 DE 1996: Reglamenta la profesión de enfermería en Colombia, los principios de la práctica profesional y se reglamenta el ejercicio de la profesión(50)

En el artículo 2 promulga los principios generales de la práctica profesional donde se contempla que la calidad está orientada al cuidado de enfermería para prestar una ayuda eficiente y efectiva a la persona, familia y comunidad, la cual se verá reflejada en la satisfacción del usuario que recibe la atención de enfermería y a su vez por el personal que presta el servicio.

De manera puntual en el párrafo del capítulo II se establece que en caso de evidenciar una situación que deteriore o afecte la calidad de los servicios de enfermería, se debe “informar por escrito a las instancias de enfermería y de control de la Institución y exigirá el cambio de ellas, para evitar que esta situación se convierta en condición permanente”
Artículo 3, Ley 266 de 1996

LEY 1164 2007: “Establece las condiciones relacionadas con los procesos de planeación, formación, vigilancia y control del ejercicio, desempeño y ética del Talento Humano del área de la salud, mediante la articulación de los diferentes actores que intervienen en estos procesos”(57).

La formación y el desempeño del talento humano en salud también es parte fundamental en la atención con calidad, por ello, debe caracterizarse por lograr los mayores beneficios posibles en la atención, con disponibilidad de recursos para ampliar sus conocimientos y así brindar servicios con menores riesgos para los usuarios.

DECRETO 1011 DE 2006: “Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud”(53).

Normas, requisitos y procedimientos que los Prestadores de servicios de salud independientes, las instituciones y los servicios de traslado de pacientes, están en la obligación de cumplir, para brindar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación del servicio.

Además, señala que las IPS deben implementar procesos de auditoría, con criterios, indicadores y estándares que les permita precisar los parámetros de calidad.

Por tal motivo se debe adoptar este decreto en dicha investigación porque contiene postulados básicos que propenden que la atención en salud debe estar inclinada a la prestación del servicio con calidad, manteniendo mecanismos como la auditoria que midan los niveles de dicha atención, y así se puedan observar los balances entre los beneficios, riesgos y costos de la atención, logrando la satisfacción de los usuarios, sin olvidar la humanización en la atención, teniendo en cuenta los derechos y deberes de los pacientes llevando así a reducir los riesgos que amenazan la vida o la salud de los usuarios.

Además en su artículo 3 que la atención está dada por un conjunto de elementos, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicas probadas que llevan a minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en los procesos de atención de salud resumida en seguridad.

RESOLUCIÓN 1446 DE 2006: “Define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoreo del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud”(55), además define como obligatorio hacer la monitoreo de indicadores

de calidad y vigilar el comportamiento de los eventos adversos definidos voluntariamente por la institución.

Dando cumplimiento a ésta resolución, las instituciones contarán con herramientas que les ayuden a medir el nivel de la calidad en la atención, así mismo tomar medidas que los conduzcan a encontrar brechas, corregir deficiencias y lograr los resultados que esperan conduciendo al logro del mejoramiento en las condiciones de salud de los usuarios.

RESOLUCIÓN 1043 DE 2006:

Establece las condiciones que deben cumplir los prestadores de servicios de salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y dicta otras disposiciones. Además, dispone que los Prestadores de Servicios de Salud y todos aquellos establecimientos que presten servicios de salud, sea este o no su objeto social, deberán cumplir con los estándares básicos de estructura, capacidad tecnológica y científica para su entrada y así permanecer en el Sistema Único de Habilitación.(52)

Por tal motivo es de suma importancia que cada institución cumpla con los estándares básicos para la prestación de los servicios y que a su vez sean suficientes y necesarios para reducir los riesgos que amenazan la salud y la vida de los usuarios.

RESOLUCIÓN 2003 DE 2014: “Sistema único de habilitación. Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud”(59), así como adoptar el manual de inscripción de prestadores y habilitación de servicios de salud que hace parte integral de la presente resolución.

Se da utilidad a esta resolución ya que es importante que las entidades prestadoras del servicio de salud tengan sus servicios habilitados, así mismo debe ser responsable y dar cumplimiento estricto a cada uno de los parámetros establecidos en esta resolución, además deben hacer una autoevaluación periódica en sus servicios para garantizar una atención con calidad y así reducir la posibilidad de cometer errores que repercutan en la permanencia de la salud de los pacientes.

CIRCULAR 30 DE 2006: Establece(54) los indicadores de calidad e instituciones para generar reportes en temas de oportunidad, accesibilidad, continuidad, pertinencia y seguridad en la prestadoras de Servicios de Salud a través de un formato para registro de información, esta debe ser reportada a la Superintendencia Nacional de Salud, por el representante legal de las Entidades Promotoras de Salud con la periodicidad definida en el documento.

Las auditorias en las instituciones son de suma importancia dado que el reporte puede llevar a precisar los parámetros en la calidad esperada y deseada en los procesos definidos que conllevarán a realizar mejoras para brindar atención en salud con altos estándares de calidad.

CÓDIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO: La Jornada Ordinaria Máxima de Trabajo(60), corresponde a 8 horas diarias, 48 horas semanales, independientemente de sector de la producción. Anteriormente la duración máxima de la jornada de trabajo para los vigilantes y trabajadores de actividades discontinuas o intermitentes, era de 12 horas, jornada que fue reducida a 8 horas, de conformidad con lo establecido en la Ley 6ª de 1981, equiparándola a la jornada de trabajo de que trata el artículo 161 del Código Sustantivo del Trabajo.

Lo anterior, permite analizar los resultados obtenidos en la investigación relacionados con la cantidad de horas semanales laboradas, lo cual está relacionado con el desgaste físico y emocional en el personal y a su vez pone en riesgo la seguridad del paciente.

2.10 MARCO DISCIPLINAR

El presente estudio para el análisis de la información, se apoya en la filosofía de Patricia Benner, denominada de principiante a experto, para el análisis de los resultados que tuvieron que ver con el desempeño del personal de enfermería y su relación con la seguridad del paciente.

Esta teórica nació en Agosto de 1942 en la ciudad de Hampton (Virginia, EEUU). Licenciada en Enfermería de la Universidad *Pasadena College* en el año 1964, Magister en enfermería medicoquirúrgica de la escuela de enfermería de San Francisco de la Universidad de California (1970); Doctora en estrés, afrontamiento y salud de la Universidad de Berkeley, California (1982). Posee una amplia experiencia en cuidados medicoquirúrgicos, cuidado crítico y cuidado de salud domiciliaria; además en investigación. Profesora del Departamento de Enfermería Fisiológica de la Universidad de California (San Francisco. 1989). Autora de publicaciones de gran valor en el desarrollo de la formación de la enfermera(o) como: *From Novice to Expert: Excellence and Power in Clinical Nursing Practice* (1984), *The primacy of Caring: Stress and Coping Health and Illness* (Brenner & Wrubel, 1989), *Expertise in Nursing Practice: Caring Clinical Judgement, and Ethics* (Benner, Tanner y Chesla 1996) y *Clinical Wisdom in Critical Care: A Thinking-in-Action Approach* (Benner, Hooper, Kyriakidis & Stannard; obras por quienes recibió el premio al mejor libro del año del *American Journal of Nursing* en los años 1984, 1989, 1996 y 1999. (61)

Dentro de su metaparadigma, Benner define la enfermería como “una relación de cuidado, una conexión que facilita el cuidado y el interés y, como la práctica del cuidado, cuya ciencia sigue una moral y una ética del cuidado y la responsabilidad”(61). Así mismo, afirma que “la persona es un ser autointerpretativo, es decir, va definiéndose con las experiencias vitales, con una comprensión fácil y no reflexiva del mundo; además dice que, es un participante en significados comunes”(61). Otro concepto que aborda es el de la salud, en cuanto a ello asiente que “es lo que puede valorarse, mientras que el bienestar es la experiencia humana de la salud o el conjunto. Estar sano y estar enfermo se entienden como diferentes modos de encontrarse en el mundo”(61). Entre tanto, hace referencia al significado de situación (entorno) como, “la interacción, la interpretación y el entendimiento de la situación unidos a la persona”(61).

Benner estudió la práctica de la enfermería clínica para descubrir y describir el conocimiento que sustentaba la práctica enfermera. Adopta el modelo de los hermanos

Dreyfus para describir los niveles de adquisición y desarrollo de habilidades de la enfermera(o); referente a ello, clasifica los niveles de experticia del profesional en cinco categorías:

Principiante, en este nivel se ubican las enfermeras que no tienen experiencia y las expertas que se enfrentan por primera vez a un área o situación desconocida, además presentan dificultades para diferenciar los aspectos relevantes y no relevantes de una circunstancia. Principiante avanzada, las enfermeras tienen mayor experiencia permitiéndoles tener mayor dominio de las situaciones a las que se enfrentan, siguen normas y se orientan por las tareas que deben desarrollar; se sienten muy responsables del cuidado del paciente, sin embargo requieren mucho del apoyo de enfermeras expertas y no muestran interés por conocer las necesidades y respuestas del paciente. Componente, en esta categoría la enfermera imita las acciones de otros en situaciones reales, posee la capacidad de planificar y prever a partir de hechos presentes, así mismo es coherente, es mayor el nivel de eficiencia pero centra su atención en la gestión del tiempo y organización de sus tareas en vez de centrarse en planear el tiempo satisfaciendo las necesidades del paciente. Eficiente, la persona percibe de manera integral las situaciones al reconocer sus principales aspectos ya que tiene mayor dominio de su intuición, posee una considerable seguridad de sus conocimientos y destrezas y se relaciona más con el paciente y su familia. Experto, el profesional de enfermería demuestra dominio clínico y dirige su práctica teniendo en cuenta los recursos, asimila el saber práctico, tiene una visión general y una previsión de lo inesperado, conoce las preocupaciones y las necesidades reales del paciente.(61)

La filosofía que plantea Benner ampara la investigación por cuanto en ella se aborda la experiencia laboral de los participantes en la profesión u oficio (años de desempeño en la profesión u oficio, tiempo de laboral en la Institución y en el servicio actual), la cual puede ser un factor favorable y desfavorable en la seguridad del paciente. El aspecto favorable está relacionado con la perfección que adquieren las enfermeras en el cuidado, además con la aceptación y acoplamiento frente a los cambios y nuevas directrices institucionales; es decir la experiencia que se adquiere en el desarrollo de la profesión perfecciona el arte de cuidar y por ende aumenta la seguridad en la prestación de cuidado en salud. Sin embargo, la carencia de experiencia puede afectar la seguridad del paciente por la falta de conocimientos, habilidades y destrezas. Para el caso significa que a menor experiencia, mayor riesgo de ocurrencia de EA. No obstante, cuando se adquiere mayor experiencia el personal se siente con mayor confianza y omite partes de los procesos, actuando como líderes negativos para la política de seguridad del paciente en una institución.

2.11 MARCO TEORICO

La atención en salud es un acto realizado por personas y para personas, es por esto que cada actividad que se realiza tiene un riesgo inherente que depende de problemas en las prácticas, productos, procedimientos y sistemas; Un EA se origina de una serie de sucesos que ocurren sin que exista un único responsable, resultado de la interacción entre las personas, la tecnología y los procesos. Este acontecimiento se puede presentar en las etapas de prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad y a su vez está asociado a problemas de comunicación, equipos y sistemas.

La seguridad en los servicios de salud fue una realidad poco o nada discutida hasta comienzos de los años noventa, época para la que Brennan y Leape, dos investigadores estadounidenses, publicaron en el *The New England Journal of Medicine*, una de las más celebres revistas del mundo científico, los resultados de su revisión de treinta mil historias clínicas escogidas al azar.

Estos autores encontraron que hay una cantidad importante de lesiones ocasionadas a pacientes por la atención médica y que muchas de estas son producto de atención subestándar y concluyeron diciendo que "Hay una cantidad sustancial de daño a los pacientes de un tratamiento médico, y muchas lesiones son el resultado de la atención deficiente"(62).

Ahora bien,

La atención en salud es la más peligrosa de todas estas actividades: los vuelos aéreos planificados, los ferrocarriles europeos y las plantas nucleares se enmarcan dentro de las actividades clasificadas como ultra seguras, es decir, causantes de menos de una muerte por cada 100.000 personas expuestas; la manufactura química, los vuelos charter y el conducir son actividades de riesgo regulado, mientras que el salto bungee, el montañismo y la atención en salud son peligrosas, ésta última con el mayor número de vidas perdidas por año. (63)

Es así como, en la actualidad en las instituciones de salud se presentan diferentes tipos de EA, lo cuales pueden definirse como errores provocados por las condiciones del lugar de trabajo: presión de tiempos, falta de personal, equipo inadecuado, comunicación inefectiva,

entre otros, a su vez ellas pueden evidenciar debilidades en las barreras de defensa: indicadores, procedimientos, deficiencias en el diseño y la construcción de procesos.

Así mismo los EA de mayor frecuencia como por ejemplo son: las caídas, flebitis, úlceras por presión, infecciones por catéteres venosos y vesicales e innumerables relacionados con la preparación y aplicación de medicamentos, además los relacionados con el uso de medicamentos, tanto a nivel ambulatorio como hospitalario y los servicios donde más frecuentemente se presentan son las aéreas hospitalarias de mayor tecnología: cirugía vascular, cardíaca o neurocirugía, servicios de urgencias, salas de cuidados intensivos y salas de cirugía.

Por otra parte, cuando un EA se presenta, lo importante no es buscar al culpable sino buscar el cómo y por qué las barreras fallaron, el concepto de error humano es un término difícil de asimilar. En lugar de caer en el error de forma poco crítica centrándose en el error humano y la búsqueda de las personas culpables, una visión holística del proceso trata de identificar los factores que contribuyen a un rendimiento deficiente y encontrar maneras de detectar los problemas que podrían resultar en el daño al paciente.

Para prevenir este tipo de errores, las instituciones que prestan servicios de salud, deben contar con barreras y sistemas que mitiguen y erradiquen la ocurrencia de daño, y a su vez deben contar con sistemas que permitan el reporte y la publicación de estos eventos para poder prevenir futuras apariciones.

2.12 ROL DEL ENFERMERO EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

La enfermería es una profesión cuyas raíces radican en las ciencias humanas, con objetivo de brindar cuidados a personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos, en todos los contextos; su intervención no sólo es en el campo de la curación de la enfermedad, si no que a su vez actúa en el ámbito de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. El propósito del enfermero es proporcionar una

atención integral e individualizada, con calidad y libre de riesgos. Por ser una profesión relacionada directamente con las ciencias humanas, la misión social está dirigida a la responsabilidad que se adquiere y a implementar estrategias que fortalezcan el desarrollo de la disciplina para perfeccionar el papel y posicionar de esta manera la profesión en el mercado.

De acuerdo con lo anterior, la responsabilidad social de la profesión se rige por unas directrices las cuales son:

- Demostrar un compromiso personal y profesional en el acto del cuidado
- Estar capacitado para desempeñar la profesión
- Administrar cuidados seguros y continuos
- Respetar los derechos básicos de los individuos
- Cumplir el papel de abogacía
- Aplicar acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación
- Evitar riesgos o secuelas
- Brindar atención de calidad
- Colaborar en las funciones de liderazgo dentro de un sistema cambiante de atención de salud. (64)

Todas ellas permiten al profesional hacer una reflexión permanente de la forma en la cual se debe ejercer la profesión, para priorizar en la seguridad del paciente y así brindar unos cuidados con calidad. A su vez la seguridad del paciente conlleva a la responsabilidad legal, moral y ética en el ejercicio con resultados evidentes en impactos positivos sobre la mortalidad, morbilidad, secuelas y complicaciones.

Otro de los aspectos que tiene relación con la responsabilidad que el profesional debe asumir en la prestación del servicio, es la supervisión y seguimiento periódico de los diferentes procesos administrativos en los cuales se debe tener en cuenta que la seguridad es transversal a todo el cuidado de enfermería por tanto, es deber del profesional conocer y difundir la política de seguridad del paciente establecida por la OMS, de igual manera las estrategias para su cumplimiento y de la cual hacen parte la cultura de seguridad del paciente, en la que juega un papel importante la percepción de los integrantes del grupo frente a este tema, ya que según estudios “realizados con enfermeras, señalan que el

95,2% de ellos sugieren considerar la seguridad del paciente actualmente como un tema de gran importancia en la asistencia y un componente fundamental en el cuidado con calidad”(17).

Por otra parte “Singer et al. Y Hellings et al, mencionan la necesidad de implementar estrategias de educación en el campo de seguridad del paciente y específicamente en el reporte oportuno de EA”(17) ya que estos permiten la identificación del problema y la búsqueda de soluciones para evitar que se presenten y en tal caso mitigar los daños.

A pesar de la importancia que este tema supone, en el estudio: Estado del arte del seguimiento a EA, se evidenció que los EA no son reportados y el “33% de los encuestados relatan que cuando existe una equivocación y ésta no afecta al paciente, éste no es reportado; en otro estudio se obtuvo que los profesionales de la salud, siendo las personas más importantes en el proceso, no reportan oportunamente, por temor a acciones punitivas en su contra”(17).

2.13 CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Uno de los principales aspectos que debe trabajar las instituciones para garantizar la calidad de la atención en salud en términos de seguridad de paciente es fortalecer la cultura de seguridad, definida 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 reduzcan el riesgo de recurrencia”(65).

“También se le conoce como un ambiente de despliegue de las acciones de seguridad del paciente, las cuales deben darse en un entorno de confidencialidad y de confianza entre los pacientes, los profesionales y la comunidad”(6). En otras palabras, “es la capacidad de reconocer los errores, por lo que se involucra la conciencia de que estos deben ser reportados para que el análisis posterior redunde en mejorar las cosas”(17).

Es así como,

Una cultura de seguridad es aquella que integra la máxima hipocrática básica de no causar daño en la misma fibra de la identidad de la organización, que la incorpora a sus

normas y funcionamiento, y la sitúa como misión prioritaria fundamental. Dicha misión se define mediante principios corporativos formales y se pone en conocimiento de sus miembros en forma de principios rectores que gobiernan el trabajo de la organización y se aplican a sus prácticas diarias. Una cultura de seguridad es la que nace del esfuerzo colectivo de una institución para encaminar la totalidad de los elementos culturales hacia los objetivos de seguridad, incluidos los de sus miembros, sistemas y actividades laborales.(66)

La preocupación por la seguridad del paciente se crea a partir de la documentación de la incidencia en los EA, su frecuencia y severidad, que impactan de una manera negativa en la calidad de la atención en salud.

Ahora bien, la cultura sobre seguridad del paciente en las Instituciones de Salud se perfila como uno de los requisitos esenciales para gestionar el riesgo inherente a las prácticas de atención, con el aprendizaje de los errores y el rediseño de los procesos para evitar que vuelvan a producirse, por tanto, identificar el nivel de esta cultura será esencial para mejorar la calidad en la atención o si la percepción es baja indicaría que hay que incrementar las acciones institucionales para mejorarla.

Recientemente se reportó que los EA son la primera causa de morbilidad global en algunos países en vía de desarrollo. La explicación al fenómeno de aparición de EA en la atención en salud por su alta complejidad, traducida en una gran cantidad de factores que intervienen y que cambian constantemente; algunos de los cuales no son de posible control por las personas que atienden al paciente. Se puede hablar que, entre las más importantes, la complejidad propia de cada procedimiento clínico o quirúrgico, el diseño del proceso de atención actual o futuro al cual el paciente será sometido, las condiciones humanas relacionadas con la atención como lo son el conocimiento y las habilidades individuales de quienes entran en contacto directo con los pacientes, su concentración, su estado de ánimo, el estado actual de los equipos y la tecnología a utilizar, la efectividad en que las personas que atienden al paciente se comunican entre sí y trabajan en equipo, entre otros. Sin control por parte de los profesionales de la salud están las condiciones clínicas del paciente y la complejidad de su enfermedad. Estos cambios constantes que suceden en la atención en salud le dan a la misma, las características de ser un sistema adaptativo, complejo, con innumerables variables que controlar, que favorecen la aparición de errores y EA secundarios.(32)

Así, el *National Quality Forum* de EEUU en su documento *Safe Practices for Better Health Care*, proporciona base inmejorable para evaluar en las instituciones de salud aspectos

relacionados con las buenas prácticas de la seguridad del paciente, presentadas en cinco grupos que contemplan 30 aspectos. Dentro de estos grupos se encuentran: Cultura de seguridad; adecuar la capacidad del servicio a las necesidades del paciente; adecuada transferencia de información y una clara comunicación; mejorar seguridad en situaciones específicas; y mejorar seguridad en el uso de medicamentos.

Con respecto a la cultura de seguridad, ésta a su vez se encuentra conformada por 12 aspectos:

- Frecuencia de eventos notificados
 - Percepción de seguridad
 - Expectativas y acciones de la dirección/ supervisión de la Unidad/ Servicio que favorecen la seguridad
 - Aprendizaje organizacional/mejora continua
 - Trabajo en equipo en la Unidad/Servicio
 - Franqueza en la comunicación
 - Retroalimentación y comunicación sobre errores
 - Respuesta no punitiva a los errores
 - Dotación de personal
 - Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente
 - Trabajo en equipo entre unidades
 - Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/ unidades
- (67)

Este grupo de aspectos que conforman la cultura de seguridad fue tomado como referente por la *Agency for Health Care Research and Quality (AHRQ)* de los EE.UU, que diseñó una encuesta dirigida al personal de salud, con el ánimo de evaluar dicho aspecto en las instituciones. Posteriormente fue adaptada al español por versión española del *Hospital Survey on Patient Safety*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005.

Existe una versión adaptada por la Dirección General de Difusión e Investigación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico de México (DGDI-CONAMED) y de esta

forma ha sido utilizada en investigaciones, como la realizada en el Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca, la cual mostró resultados importantes como que el 58.1% del personal encuestado refiere nunca haber notificado o reportado incidentes, y el 41% percibe que son bajas las condiciones de seguridad en el hospital. El 60.5% considera que es nulo el aprendizaje organizacional, lo cual estaría indicando que no existe retroalimentación para mejorar la seguridad del paciente; el 66.9% se encuentra de acuerdo en la existencia del trabajo en equipo dentro del servicio o unidad; 45.2% refiere nunca encontrarse en libertad para expresar, cuestionar o preguntar sobre los aspectos relacionados que lleven a la seguridad del paciente; 53.3% de los encuestados refieren que nunca se les ha retroalimentado o comunicado los errores que ocurren en su área de trabajo; sólo 24.3% manifiesta que los incidentes que son notificados no son tratados de manera punitiva y confidencial; 42.3% refieren que la gerencia del hospital no propicia el clima laboral ni los apoyos necesarios para la seguridad del paciente; 52.6% de los encuestados está totalmente de acuerdo en que la cooperación, coordinación y trabajo en equipo entre los servicios es la actitud predominante y 56.7% de los encuestados, poco más de la mitad, opina que no existen problemas con la información ni con la atención de pacientes durante los cambios de guardia o traslados.(28)

El estudio identificó la literatura científica sobre los EA en la atención de enfermería sobre los pacientes hospitalizados y los principales EA, destacando la importancia de la información, la comprensión y las causas de los sucesos. La principal medida preventiva se refiere al reconocimiento de las apariciones y la búsqueda de una cultura de seguridad de la organización. Además, destacó la necesidad de comprensión por parte de los profesionales del equipo de enfermería sobre los EA, así como la adopción de una cultura no punitiva contra el evento instalada, lo que contribuirá a una mayor presentación de informes de los profesionales y en consecuencia para tratar ocurrencias adecuadas.

Al comparar las instituciones de salud con los sectores de producción industrial, se vuelve al hecho de que la industria de los errores también es probable que suceda, sin embargo, hay mecanismos sofisticados para productos finales lleguen al consumidor libre de fallas. Por desgracia, el mismo no siempre ocurre en las instituciones de salud, en los que el producto final es la atención directa al paciente y todavía hay pocos mecanismos eficaces para prevenir errores.

Se destaca la importancia de utilizar las herramientas de notificación de EA por las instituciones, y la adopción de otras estrategias de notificación, ya que pueden contribuir a

la vigilancia y el control de los acontecimientos y para el desarrollo de medidas de prevención realmente eficaces. Se hace hincapié en la necesidad de que el estímulo a la cultura de la seguridad, lo que permitirá a discutir con el personal de enfermería, las estrategias de prevención para garantizar la seguridad de los pacientes en las instituciones de salud.

De igual manera en un estudio realizado en El Área Sanitaria Norte de Málaga Antequera (ASNM) en España, se demuestra la importancia de la percepción del personal referente al clima de seguridad, este estudio arrojó que el porcentaje más alto de profesionales calificaron el “clima de seguridad como «muy bueno» (50%), seguidos de las calificaciones «aceptable» (37%) y «excelente» (7%)”(68).

Otra investigación realizada en Chile por Alarcón, C y Ortiz, A, concluye que la “construcción de la cultura de seguridad es un proceso que implica cambios en las concepciones y prácticas del personal de salud, que todavía falta consolidar pero que ya muestra avances significativos en toda la Institución”(69).

En Colombia, Gómez ET al (2011), llevaron a cabo un estudio similar que tuvo en cuenta al personal de enfermería de varias instituciones de salud de Bogotá, arrojando como “resultado que la cultura de seguridad del paciente se evidencia por resultados positivos en la coordinación y comunicación eficaz dentro de las unidades y la percepción generalizada de que la gerencia se interesa en la seguridad del paciente. En los aspectos a mejorar se destaca la percepción de personal insuficiente y el alto flujo de personal ocasional vistos como riesgos en la atención que afecta la seguridad del paciente”(17).

Como parte de las medidas que han venido trabajando estas Instituciones para fortalecer la cultura de la seguridad del paciente se han diseñado estrategias para evaluar y medir el impacto de las mismas en las organizaciones que manejan pacientes, siendo el protocolo de Londres una herramienta de gran apoyo en el medio y la cual ha sido adoptada por el Protocolo de Londres.

3. METODOLÓGIA

3.1 POBLACIÓN

La población estuvo constituida por 204 personas del área de enfermería que laboran en la Fundación Clínica del Norte, de las cuales 161 personas se desempeñan como auxiliares de enfermería, 39 son enfermeras(o) y 4 enfermeras líderes.

3.2 ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación tiene un enfoque cuantitativo por cuanto se realizó una recolección de datos, una medición numérica y un análisis estadístico, con el fin de evaluar actitudes y comportamientos sobre cultura de seguridad del personal de enfermería de la institución, Fundación Clínica del Norte.

3.3 TIPO DE INVESTIGACIÓN

El estudio es de tipo descriptivo evaluativo de corte transversal. Descriptivo, porque no se manipuló la muestra, solo se evaluaron las buenas prácticas de seguridad del paciente que se llevan a cabo en la Fundación Clínica del Norte; y transversal, porque se ejecutó en un corte en el tiempo (año 2015).

La investigación se enmarcó dentro de la metodología orientada a la toma de decisiones y al cambio, en tanto que se trata de una investigación evaluativa cuya intención se dirige a generar conocimiento.

3.4 DEFINICIÓN DE LA MUESTRA

Se realizó el cálculo de la muestra en la página de internet Netquest, en la que se obtuvo con un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 5%, un total de 134 participantes (30 enfermeras(os) y 104 auxiliares de enfermería).

Para garantizar que la muestra fuera representativa, se utilizó el muestreo aleatorio estratificado, teniendo en cuenta el número de personas que labora en cada servicio, de la siguiente manera:

Tabla 1 Distribución del personal de enfermería en los diferentes servicios

Servicio	Hospitaliz. 6	Hospitaliz. 7	Hospitaliz. 8	Consulta Externa	Urgencias	Cirugía	UCI	Lideres
Enfermeras	7 (3%)	6 (3%)	5 (2%)		8 (4%)	2 (1%)	11 (5%)	
Auxiliares de enfermería	29 (14%)	21 (10%)	23 (11%)	1 (0,5%)	21 (10%)	26 (13%)	41 (20%)	4 (2%)

De los 134 personas que debían hacer parte de la muestra, se tomó el porcentaje correspondiente a cada servicio, para que cada área tuviera una representación equitativa dentro de la muestra, así:

Tabla 2 Cálculo de muestra por cada área de la Institución

Servicio	Hospitaliz. 6	Hospitaliz. 7	Hospitaliz. 8	Consulta Externa	Urgencias	Cirugía	UCI	Lideres
Enfermeras	4	4	3	0	5	1	7	3
Auxiliares de enfermería	19	14	15	1	14	17	27	
Total	23	18	18	1	19	18	34	3

3.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

3.1.1 Criterios de inclusión

Enfermeros que laboran en los servicios asistenciales de la Fundación Clínica del Norte en convenio con la UNAC, con vinculación contractual.

Enfermeros y auxiliares de enfermería que laboran en los servicios asistenciales de la Fundación Clínica del Norte en convenio con la UNAC, con vinculación contractual.

Enfermeros y auxiliares de enfermería que aceptaron participar en la investigación de forma voluntaria.

3.5.2 Criterios de exclusión

Enfermeros y auxiliares de enfermería que no laboran en la Fundación Clínica del Norte.

Enfermeros y auxiliares de enfermería que laboran en áreas no asistenciales

Enfermero y auxiliares de enfermería sin vinculación contractual en la institución de salud que tiene convenio con la UNAC.

Enfermeros y auxiliares de enfermería que no que aceptaron participar en la investigación de forma voluntaria.

3.5.3 Definición y medición de variables

Dentro del estudio se tuvo en cuenta las siguientes variables:

Variable Dependiente Subjetiva. Cultura de la seguridad.

Variables Independientes Subjetivas. Frecuencia de eventos notificados; percepción de seguridad; expectativas y acciones de la dirección/ supervisión de la Unidad; aprendizaje organizacional/mejora continua; trabajo en equipo en la Unidad/Servicio; franqueza en la comunicación; retroalimentación y comunicación sobre errores; respuesta no punitiva a los errores; dotación de personal; apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente; trabajo en equipo entre unidades; problemas en cambios de turno, transiciones entre servicios/ unidades y nivel de seguridad.

Variables Independientes Objetivas. Profesión u oficio, unidad o servicio, tiempo de desempeño en la profesión u oficio; antigüedad en la clínica; antigüedad en el servicio; número de horas de trabajo a la semana.

Cultura de la seguridad. Creencias y actitudes que asumen las personas en su práctica para garantizar que no experimentará daño innecesario o potencial asociado a la atención en salud.

Frecuencia de eventos notificados. Periodicidad con la cual se reportan la ocurrencia de eventos adversos, a través de los mecanismos establecidos por cada institución de salud.

Percepción de seguridad. Es la apreciación o idea que cada profesional o trabajador de la salud tiene acerca de la aplicación de la política de seguridad del paciente al interior de cada institución.

Expectativas y acciones de la dirección/ supervisión de la Unidad. Perspectivas o lo que se espera que la gerencia y las diferentes coordinaciones hagan con respecto al tema de la seguridad del paciente.

Aprendizaje organizacional/mejora continua. Percepción que tiene el equipo de salud sobre los avances en el tema de la seguridad del paciente, teniendo como base el aprender de los errores.

Trabajo en equipo en la Unidad/Servicio. Opinión que tienen las personas sobre el grado de armonía, apoyo, responsabilidad, creatividad, voluntad, organización y cooperación con la que se realizan las labores en busca de minimizar los riesgos a los que se enfrenta el paciente en las instituciones de salud.

Franqueza en la comunicación. Veracidad y libertad con la que se tratan las situaciones de eventos adversos y la gestión que se lleva a cabo.

Retroalimentación y comunicación sobre errores. Apertura en la información sobre los eventos adversos que ocurren y participación del personal en el planteamiento de las soluciones para evitar que vuelvan a ocurrir.

Respuesta no punitiva a los errores. Opinión del personal sobre la actitud que se asume con respecto a quien comete los errores que ponen en riesgo la seguridad del paciente.

Dotación de personal. Apreciación sobre la suficiencia del recurso humano con respecto a la carga laboral y el volumen de pacientes que se atienden y su relación con las acciones de seguridad del paciente.

Apoyo de la gerencia de la Institución de Salud en la seguridad del paciente. Respaldo que se percibe de la gerencia hacia los servicios con respecto a las acciones de seguridad del paciente que se desarrollan en las instituciones de salud.

Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/ unidades. Dificultades o inconvenientes que se observan en cuanto a la continuidad de la atención cuando hay cambios de turno o traslados de pacientes de un servicio a otro.

Nivel de Seguridad. Valoración en una escala de uno a 10, que da cada persona sobre el grado de seguridad que percibe en su servicio.

Profesión u Oficio. Título obtenido en una universidad o institución técnica.

Servicio Unidad. Cada una de las áreas de la Institución de salud donde se ofrece atención directa al paciente, de acuerdo a la especialidad que requiere.

Tiempo de desempeño en la profesión u oficio. Tiempo en años transcurrido desde el momento de haber obtenido el título hasta el momento en que se realiza la encuesta.

Antigüedad en la Institución de Salud. Tiempo en años transcurrido desde el momento de haber sido contratado en la institución hasta el momento en que se realiza la encuesta.

Antigüedad en el servicio. Tiempo en años transcurrido desde el momento de haber iniciado labores en la unidad o servicio estudiado hasta el momento en que se realiza la encuesta.

Número de horas de trabajo a la semana. Cantidad de horas que labora el funcionario dentro de la institución de salud.

3.6 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES (ANEXO 5)

La operacionalización de variables es la que permite la identificación de los elementos y la individualidad de cada uno de los factores del instrumento y su análisis respectivo.

3.7 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Para poder recoger la información concerniente a la cultura de la seguridad del paciente se tomó como referente una encuesta diseñada por la *Agency for Health Care Research and Quality (AHRQ)* de los EE.UU y adaptada al español por versión española *del Hospital Survey on Patient Safety*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005.

Posteriormente a sido utilizada en varias investigaciones nacionales y es recomendada por el Ministerio de salud de Colombia, como parte del proceso de autoevaluación institucional. Con el propósito de poderla aplicar en nuestro contexto, se hicieron algunos ajustes relacionados con la terminología utilizada.

Al igual que en la versión original, la encuesta proporciona información sobre la percepción relativa a las siguientes doce dimensiones de la cultura de seguridad:

1. Frecuencia de EA (Agrupa 3 ítems).
2. Percepción de seguridad (Agrupa 4 ítems)
3. Expectativas y acciones de la dirección/ supervisión de la Unidad/ Servicio que favorecen la seguridad (Agrupa 4 ítems)
4. Aprendizaje organizacional/mejora continua (Agrupa 3 ítems)
5. Trabajo en equipo en la Unidad/Servicio (Agrupa 4 ítems)
6. Franqueza en la comunicación (Agrupa 3 ítems)
7. Retroalimentación y comunicación sobre errores (Agrupa 3 ítems)
8. Respuesta no punitiva a los errores (Agrupa 3 ítems)
9. Dotación de personal (Agrupa 4 ítems)
10. Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente (Agrupa 3 ítems).
11. Trabajo en equipo entre unidades (Agrupa 4 ítems).
12. Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/ unidades (Agrupa 4 ítems).

Adicionalmente, incluye una pregunta sobre la calificación global de la seguridad en el entorno del encuestado y otra sobre el número de eventos notificados en el último año, además de las variables clasificatorias socio-profesionales.

Es de anotar que previo a la aplicación del instrumento a la muestra seleccionada, se llevó a cabo una prueba piloto con un grupo de personas que trabajan en el área asistencial de una institución de tercer nivel no participante en el estudio (muestra no analizada con el Alpha

Cronbach) ; esto con el propósito de evaluar la formulación de las preguntas. Posterior a ello se realizaron los ajustes respectivos para finalmente aplicar el instrumento.

3.8 ANALISIS DE CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

La confiabilidad del instrumento empleado en esta investigación está dada desde el punto de vista legal por la resolución 2003 de 2014 expedida por el Ministerio De Protección Social Y De Salud De Colombia (MPS), “por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud”(59). En ella se describe dentro del estándar de procesos prioritarios, que un criterio indispensable para todos los servicios es contar “con un Programa De Seguridad Del Paciente que provea una adecuada caja de herramientas, para la identificación y gestión de eventos adversos”(70). Dicha caja de herramientas incluye la aplicación de un paquete institucional de buenas prácticas para la atención en salud que busca promover la cultura de seguridad y en la cual se expresa que los lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente del MPS incluyen una versión en español de la Encuesta de Clima de Seguridad del Paciente, diseñada originalmente por la AHRQ, con el fin que las IPS la apliquen en sus instituciones y autoevalúen el nivel de implementación de esta cultura.

Así mismo desde el punto de vista científico, este instrumento ha sido aplicado en estudios realizados en instituciones gubernamentales como el Ministerio De Sanidad y Consumo de España sobre análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud Español, en el cual la fiabilidad de cada una de las dimensiones a través del Alfa de Cronbach muestra los siguiente resultados:

Tabla 3 Fiabilidad de las dimensiones contenidas en el cuestionario

Dimensiones	Alfa de Cronbach*
Notificación de eventos relacionados con la seguridad	0,88
Percepción global de seguridad	0,65
Expectativas y acciones de la dirección/supervisión de la Unidad/Servicio en apoyo de la seguridad	0,84
Aprendizaje organizacional/mejora continua	0,68
Trabajo en equipo en la Unidad/Servicio	0,82
Franqueza en la comunicación	0,66
Feed-back y comunicación sobre errores	0,73
Respuesta no punitiva a los errores	0,65
Dotación del personal	0,64
Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente	0,81
Trabajo en equipos entre unidades/servicios	0,73
Problemas en cambio de turno y transiciones entre servicios/unidades	0,74
(*): > 0,6 : aceptable; > 0,7 : buena; > 0,8 : excelente	

Fuente: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/CuestionarioSeguridadPacientes1.pdf> pag 13

Como consecuencia de los resultados obtenidos en el anterior estudio, la Agencia de Calidad del Ministerio de Sanidad y Consumo de España realizó la traducción del instrumento para ponerlo a disposición de los profesionales sanitarios desde enero de 2006.

Así, aparte de los estudios que han aplicado el instrumento en Estados Unidos, se han publicado en Europa investigaciones con la misma herramienta en cinco hospitales belgas, uno noruego y en hospitales del Reino Unido.

3.9 ESTRATEGÍA DE ANÁLISIS DE DATOS

El cuestionario contiene preguntas formuladas positivamente y otras formuladas negativamente. En el análisis de frecuencias inicial por ítems, se mantienen las opciones de respuesta originales, pero para el análisis global por dimensiones, se invierte la escala de las preguntas que están formuladas en sentido negativo para facilitar el análisis.

De forma general, las respuestas del cuestionario se recodifican en tres categorías de acuerdo con el siguiente esquema:

Tabla 4 Categoría de respuestas

Negativo		Neutral	Positivo	
Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre

Con los resultados, se describe el clima de seguridad y se identifican sus fortalezas y debilidades, siguiendo la metodología propuesta por la AHRQ.

Para el análisis se los resultados obtenidos, se clasificó cada pregunta o ítem como fortaleza si la respuesta dada cumple con los siguientes criterios alternativos:

75% o más de respuestas positivas («de acuerdo/muy de acuerdo» o «casi siempre/siempre») a preguntas formuladas en positivo.

75% o más de respuestas negativas («en desacuerdo/muy en desacuerdo» o «nunca/raramente») a preguntas formuladas en negativo.

Para clasificar un ítem o una dimensión como debilidad u oportunidad de mejora se emplearon los siguientes criterios alternativos:

50% o más de respuestas negativas («en desacuerdo/muy en desacuerdo» o «raramente/nunca») a preguntas formuladas en positivo.

50% o más de respuestas positivas («de acuerdo/muy de acuerdo» o «casi siempre/siempre») a preguntas formuladas en negativo.

Los datos fueron incorporados en el programa estadístico SPSS, versión, que permitió aplicar pruebas de significación estadística, para analizar la relación entre la frecuencia de respuestas positivas, neutras o negativas, y los factores socio-laborales, así como por tamaño de los estratos seleccionados.

3.10 FORMA DE PRESENTACIÓN DE LOS DATOS

Para mayor claridad y fácil entendimiento, la información resultante se presenta gráficamente, utilizando para ello diagramas de barras con su respectivo análisis y discusión el cual se desarrolló por medio del programa Microsoft office Excel 2010. De cada variable, conformada en algunos casos por tres y en otros por cuatro preguntas, se presenta el comportamiento haciendo un análisis estadístico básico, utilizando como medidas de tendencia la moda, mediana, desviación estándar, frecuencia y porcentaje de cada uno de estos interrogantes, y al final se hizo una sumatoria de todos los aspectos constitutivos de cada dimensión, con el propósito de analizar su comportamiento.

3.11 ASPECTOS ÉTICOS

Antes de informar y aplicar el instrumento, se hizo la solicitud al comité de ética de la Institución, que avaló la ejecución de la investigación, avala el consentimiento informado, y una vez tenido esto se informó a los posibles participantes sobre los aspectos relacionados con el mismo; posteriormente se firmó un consentimiento informado, que demuestra que su participación es libre, voluntaria y que tienen conocimiento del uso que se le dio a los datos consignados en el instrumento. Además, se mantuvo en todo momento el anonimato de quienes participaron en la investigación.

De acuerdo con los principios establecidos en la resolución 8430 del 1993, la cual estipula las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, en sus Artículos 10 y 11 establece la clasificación de las investigaciones; dado lo anterior este estudio se clasifica como investigación con riesgo mínimo, y se desarrolló conforme a los criterios de respeto, beneficencia y justicia.

3.12 ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

A continuación se describen los resultados obtenidos durante la investigación, los cuales fueron generados a partir de la aplicación del instrumento (*AHRQ*) en la Fundación Clínica del Norte y mediante la recopilación de los datos. En cada pregunta se puede observar tabla resumen y gráfico de barras, acompañado de una descripción lo cual aportó información valiosa para el análisis de actitudes y comportamientos sobre la seguridad del paciente en la institución.

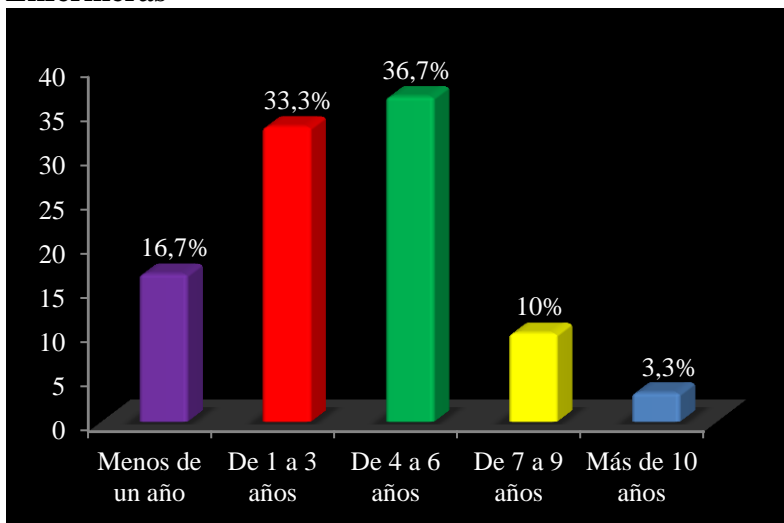
3.13 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, LABORALES Y ANÁLISIS DE ACTITUDES Y COMPORTAMIENTOS QUE TIENE EL PERSONAL DE ENFERMERÍA SOBRE EL NIVEL DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Tabla 5 Cargo de los encuestados

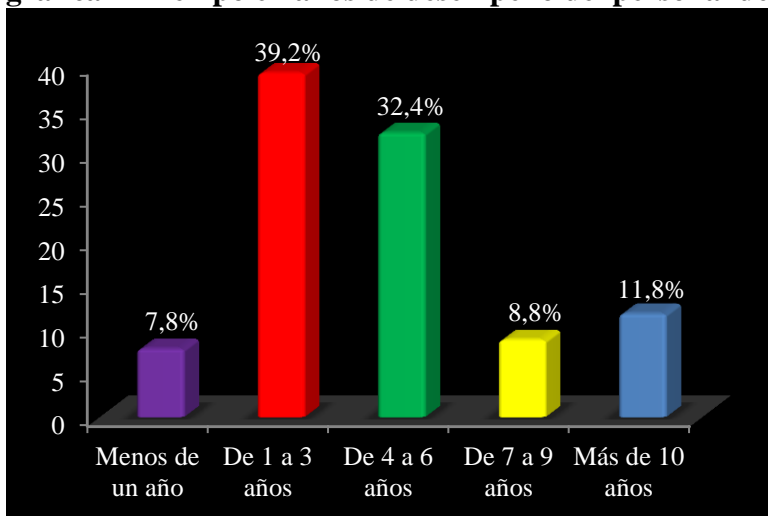
Cargo	Frecuencia	Porcentaje
Enfermera(o)	30	22,7
Auxiliar de enfermería	102	77,3
Total	132	100,0

El 22.7% de la muestra seleccionada corresponde a los enfermeros y el 77.3% a los auxiliares de enfermería. (Tabla 5)

grafica 1 Tiempo en años de desempeño del personal de enfermería en su profesión. Enfermeras

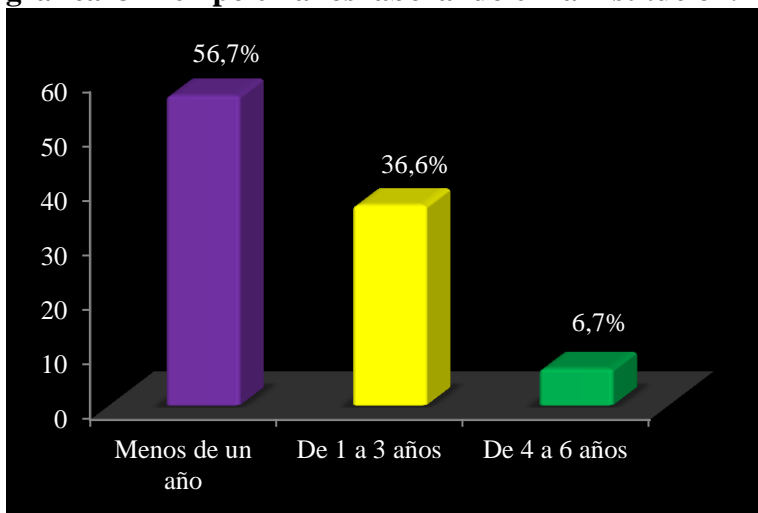


grafica 2 Tiempo en años de desempeño del personal de enfermería en su profesión.

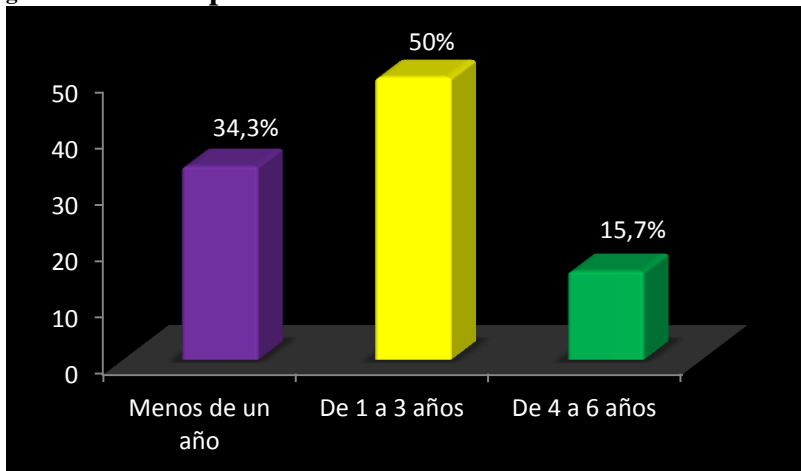


De acuerdo al gráfico 1 y 2, sólo el 13.3 % de los enfermeros lleva 7 años o más desempeñando su actual profesión y el 86.7% menos de 6 años. En cuanto a los auxiliares de enfermería, el 20.6% lleva 7 años o más y el 79.4% menos de 6 años desempeñándose en el oficio.

grafica 3 Tiempo en años laborando en la institución. Enfermeras



grafica 4 Tiempo en años laborado en la institución. Auxiliares de enfermería



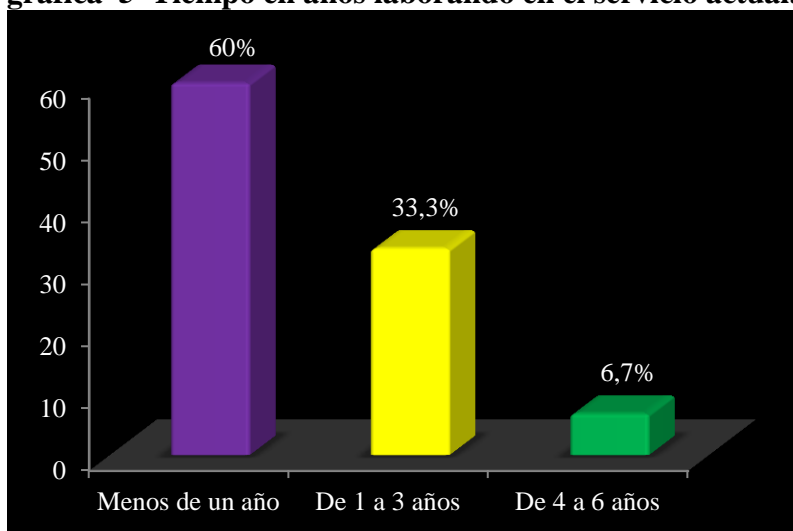
En los gráficos 3 y 4, se contempla la información del tiempo que lleva laborando el personal de enfermería en la clínica. Para el caso de los enfermeros el 56.7% llevan menos de un año y el 43.3% llevan entre uno y seis años. Con respecto a los auxiliares de enfermería, el 34.3% tiene menos de un año y el 65.7% de uno a seis años.

Tabla 6 Servicio de la institución donde laboran los encuestados

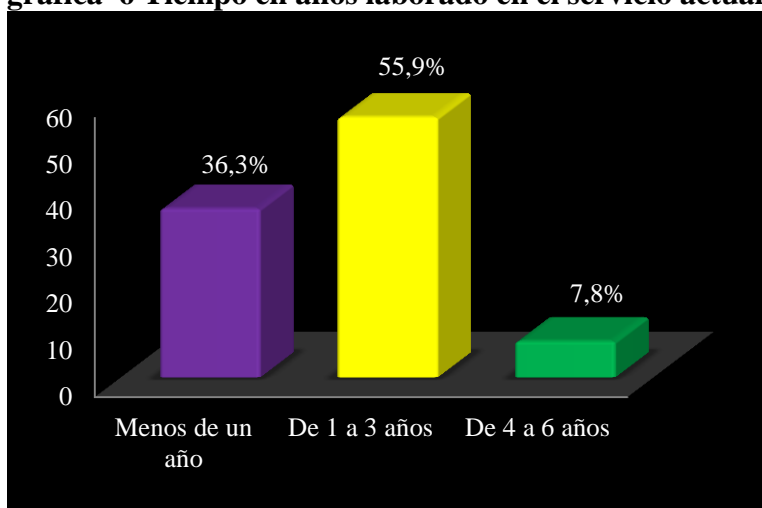
Servicio	Frecuencia	Porcentaje
Cirugía	20	15,2
Urgencias	15	11,4
Hemodinamia	3	2,3
Cardiología no invasiva	1	,8
Consulta externa	1	,8
Hospitalización oncológica	3	2,3
Hospitalización quirúrgica	13	9,8
Hospitalización ortopedia	13	9,8
UCI	24	18,2
UCE	2	1,5
Neonatos	4	3,0
Neumología	1	,8
Hospitalización general	32	24,2
Total	132	100,0

Al respecto de la tabla 6, el porcentaje de participantes que laboran en salas de hospitalización general, ortopedia, oncología y quirúrgicas es de 46.1%, siendo éste el grupo donde hay mayor número de encuestados. Los sigue las unidades de cuidado crítico con un porcentaje de 19.7%, cirugía con 15.2%, urgencias con 11.4% y los servicios de menor aporte fueron cardiología invasiva, consulta externa y neumología, cada uno con 0.8%.

grafica 5 Tiempo en años laborando en el servicio actual. Enfermeras

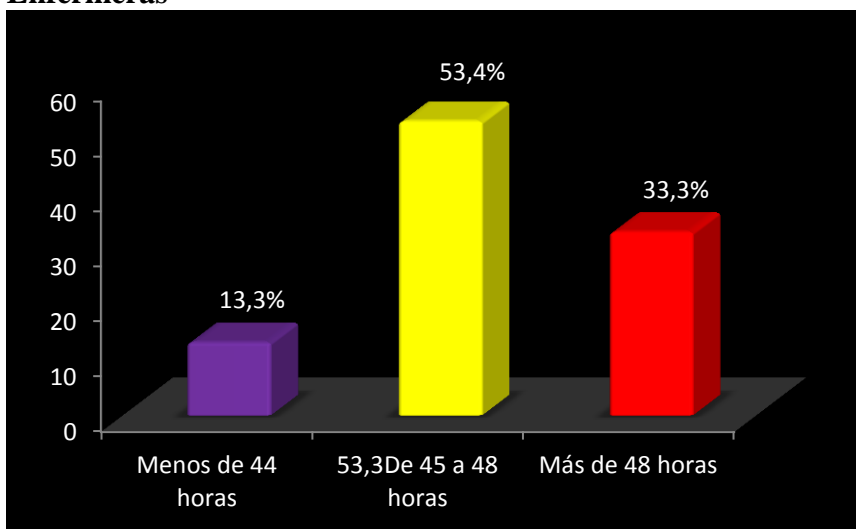


grafica 6 Tiempo en años laborado en el servicio actual. Auxiliares de enfermería

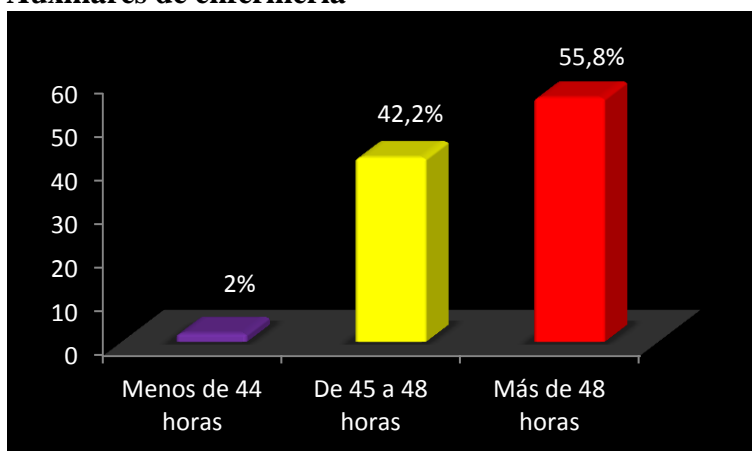


Referente al tiempo que lleva el personal en su servicio, se obtuvo que el 93.3% de los enfermeros y el 92.2% de los auxiliares de enfermería llevan menos de tres años, mientras que el 3.3% de los enfermeros y el 7.8% de los auxiliares de enfermería, cuatro a seis años. (Ver gráficos 5 y 6)

**grafica 7 Horas semanales que trabaja el personal de enfermería en la institución.
Enfermeras**

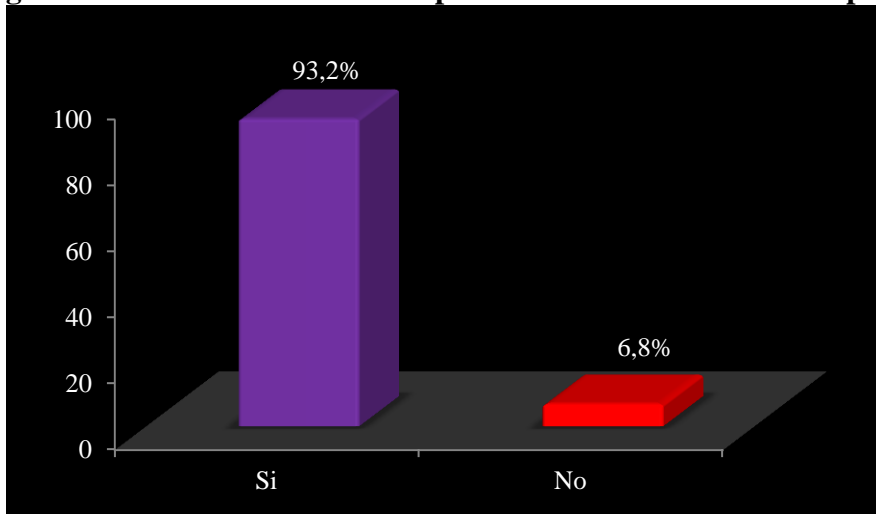


**grafica 8 Horas semanales que trabaja el personal de enfermería en la institución.
Auxiliares de enfermería**



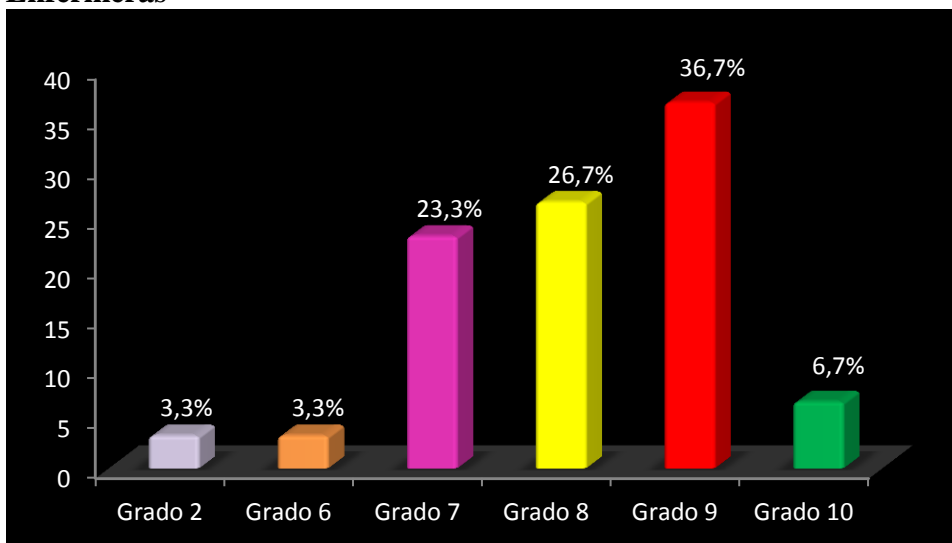
De acuerdo con lo evidenciado en los gráficos 7, 8; el 33.3% de los enfermeros y el 55.8% de los auxiliares de enfermería de esta institución trabajan más de 48 horas por semana, tiempo que sobrepasa el límite legal establecido según la legislación colombiana.

grafica 9 Contacto directo del personal de enfermería con el paciente

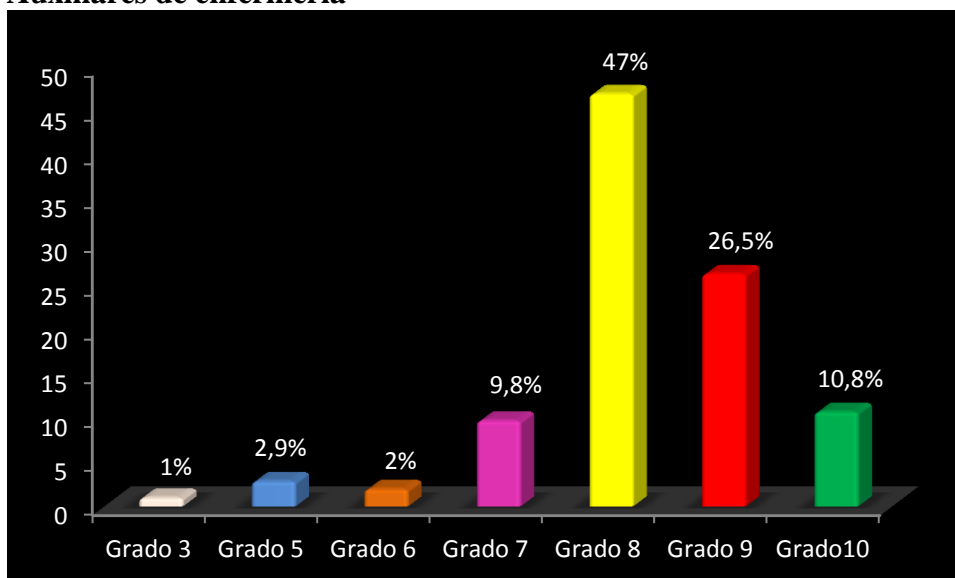


En el gráfico 9, el 93.2% de los participantes del estudio refieren tener contacto directo con los pacientes, entre tanto el 6.8% no comparten esta posición.

grafica 10 Grado de seguridad del paciente percibido por el personal en su servicio. Enfermeras



grafica 11 Grado de seguridad del paciente percibido por el personal en su servicio. Auxiliares de enfermería



El 70.1% de los enfermeros evalúan que el nivel de seguridad del paciente en su servicio se encuentra entre ocho y nueve, mientras que el 29.9% opina que el nivel de seguridad es de dos a siete. Del mismo modo, el 84.3% de los auxiliares de enfermería califica entre ocho y diez este aspecto y el 15.6% le da un puntaje inferior (entre tres y siete), como se puede evidenciar en los gráficos 10 y 11.

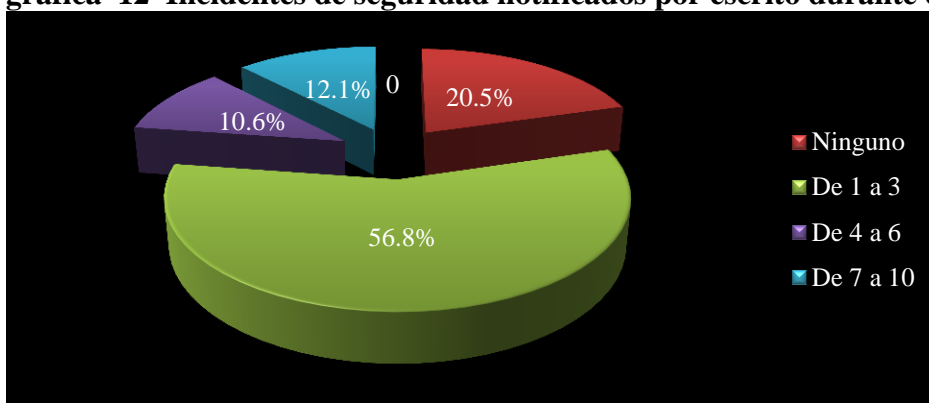
3.14 FRECUENCIA EN LA NOTIFICACIÓN DE LOS EVENTOS ADVERSOS Y ANÁLISIS DE ACTITUDES Y COMPORTAMIENTOS QUE TIENE EL PERSONAL DE ENFERMERÍA SOBRE LA FRANQUEZA EN LA COMUNICACIÓN, LA RESPUESTA NO PUNITIVA A LOS ERRORES Y LA RETROALIMENTACIÓN QUE SE HACE SOBRE LOS MISMOS

Tabla 7 Incidentes de seguridad notificados por escrito durante el último año por enfermeros y auxiliares de enfermería

Personas que reportan	Número de eventos adversos reportados	Porcentaje %
Enfermeros	124	34.8%
Auxiliares de enfermería	232	65.2%
Total	356	100

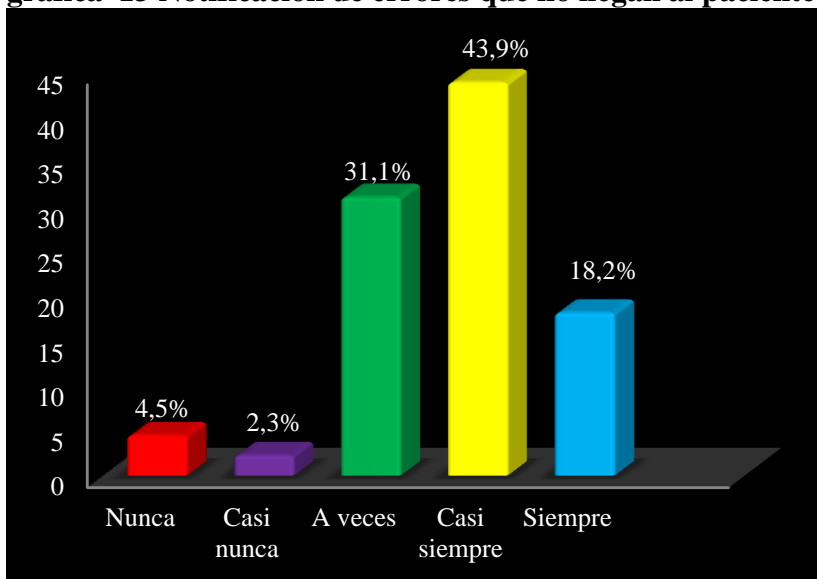
De los aproximadamente 356 EA reportados en el último año, los enfermeros notificaron el 34.8% y los auxiliares de enfermería el 65.2%. Tabla 7

grafica 12 Incidentes de seguridad notificados por escrito durante el último año



Del mismo modo de las personas que notifican, el 56.8% han reportado de 1 a 3 eventos adversos en el último año y 20.5% no informaron ninguno. Lo cual evidencia que hace falta cultura de reporte de los eventos adversos entre los participantes del estudio. (Gráfico 12).

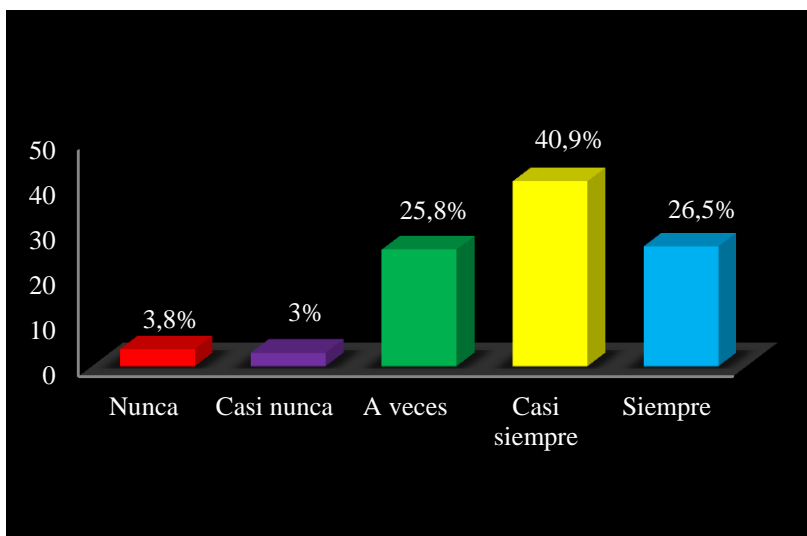
grafica 13 Notificación de errores que no llegan al paciente



Según lo considerado en el gráfico 13, el 62.1% de los participantes en la investigación consideran que se notifican los errores que no llegaron al paciente porque se activaron las barreras de seguridad, mientras el 6.8% comunican lo contrario.

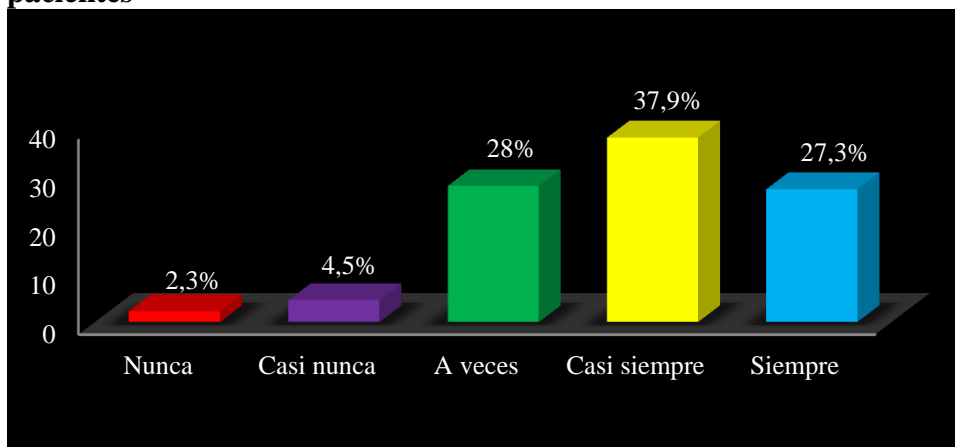
Por lo anterior este aspecto no puede ser considerado ni como fortaleza ni como oportunidad de mejora.

grafica14Notificacióndeloserroresquelleganalpaciente



El gráfico 14, ilustra el comportamiento de los empleados del área de enfermería con respecto a la notificación que se hace de los incidentes sin daño en la institución; al respecto el 67.4% de ellos afirman que realizan los reportes y el 6.8% no lo hace. En consecuencia, la variable no se tiene en cuenta como fortaleza, ni oportunidad de mejora.

grafica 15 Notificación de los errores que no ocasionan lesión o consecuencias a los pacientes



El 65.2% de los participantes del estudio notifican los errores que no ocasionan lesiones o consecuencias adversas a los pacientes; no obstante, el 6.8% exponen que no realizan dicho reporte, por consiguiente, el aspecto estudiado no se constituye en una oportunidad de mejora o fortaleza para la Institución. (Gráfico 15).

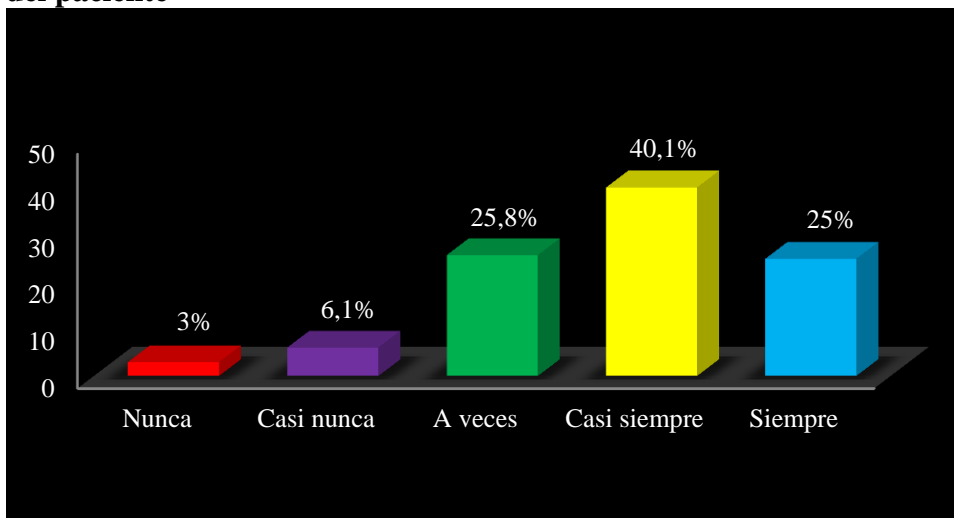
Tabla 8 Frecuencia de eventos notificados

Respuestas	Porcentaje
Positivas	65,2
Neutras	28
Negativas	6,8

En general al analizar la variable frecuencia de eventos adversos notificados, se concluye que teniendo en cuenta la metodología del estudio, no puede considerarse ni oportunidad de mejoramiento ni fortaleza, al obtener un 64.9% de respuestas positivas y un 6.8% de respuestas negativas. (Tabla 8).

3.15 ANQUEZA EN LA COMUNICACIÓN

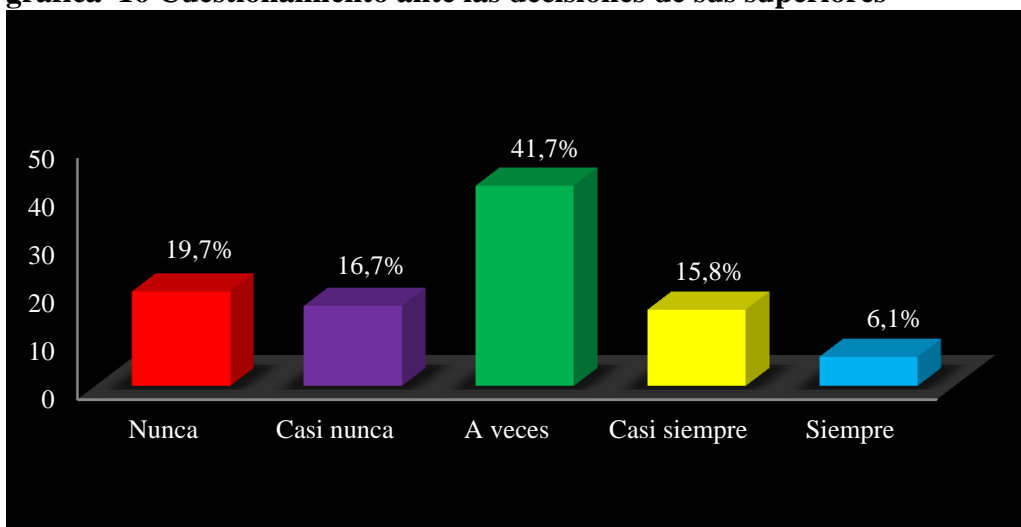
Libertad de hablar sobre aspectos que pueden afectar de manera negativa la atención del paciente



En lo que respecta a la información del gráfico 15, el 65.1% de la muestra expresa tener total libertad para hablar cuando se detecta algo que puede afectar negativamente la atención que recibe el paciente; sin embargo el 9.1% se sienten cohibidos.

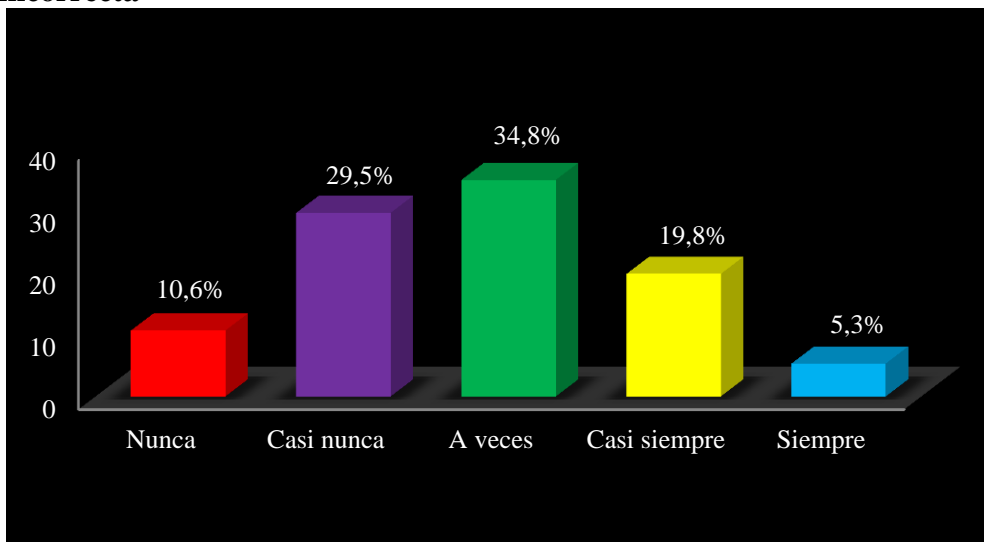
En este caso los porcentajes no se catalogan como fortalezas ni como oportunidad de mejora para la Clínica, sin embargo, preocupa que aún existen personas que manifiestan temor al hablar de aspectos que podrían perturbar la seguridad de los pacientes.

grafica 16 Cuestionamiento ante las decisiones de sus superiores



Solo el 21.9% del personal de enfermería afirma que puede cuestionar con total libertad las decisiones y acciones de sus superiores, mientras que el 36.4% no percibe esta autonomía, sumado a un 41.7% que tienen una posición neutral ante este tema, por lo cual no se puede catalogar ni como fortaleza ni oportunidad de mejora. (Gráfico 16). Ello podría evidenciar una barrera que impide apropiarse de las estrategias de seguridad del paciente, al percibirse temor de hablar sobre ellas con los superiores.

grafica 17 Temor a hacer preguntas sobre lo que parece que se ha hecho de forma incorrecta



Según lo observado en el gráfico 17, el 25% de las personas afirman que temen hacer preguntas sobre lo que parece que se ha hecho de forma incorrecta, entre tanto el 40.1% expresa tener confianza al momento de opinar con respecto a las acciones que son incorrectas, pero no es posible catalogar este ítem como fortaleza al no alcanzar el 75% de respuestas positivas planteadas en la metodología del estudio. Tampoco puede catalogarse como oportunidad de mejora.

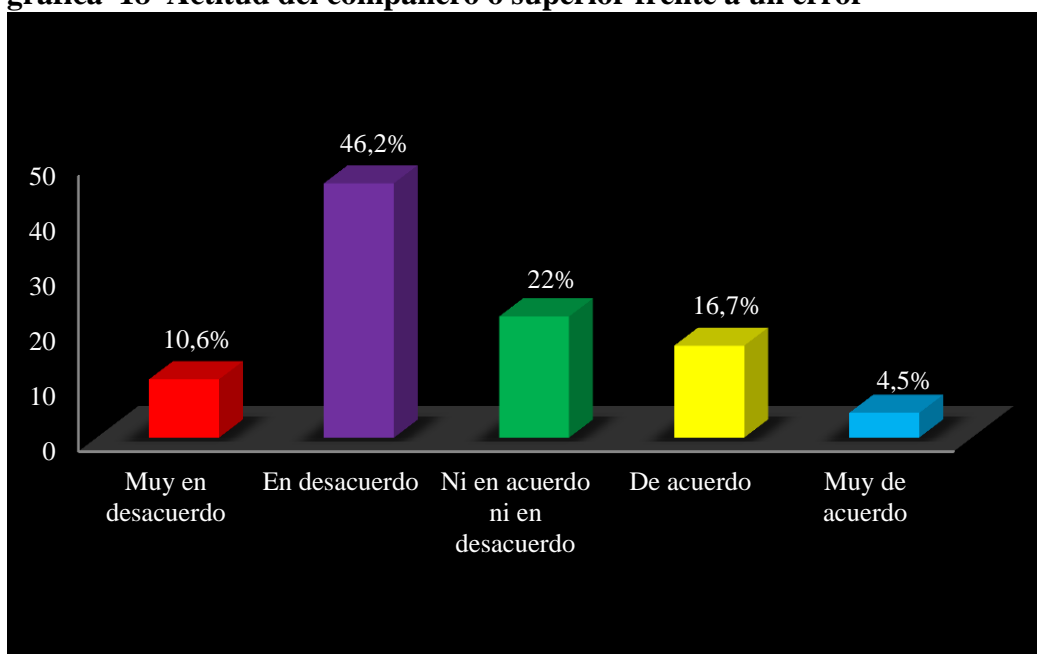
Tabla 9 Franqueza en la comunicación

Respuestas	Porcentaje
Positivas	42,4
Neutras	34,1
Negativas	23,5

Analizando de manera global los tres aspectos que hacen parte de la variable franqueza en la comunicación, se concluye que no es una fortaleza, por cuanto sólo se obtuvo un 42.4% de respuestas positivas; tampoco es una oportunidad de mejora porque se obtuvo 23.5% de respuestas negativas (Tabla 9). Ello ratifica la necesidad de seguir trabajando en este aspecto y así mejora la cultura de seguridad institucional.

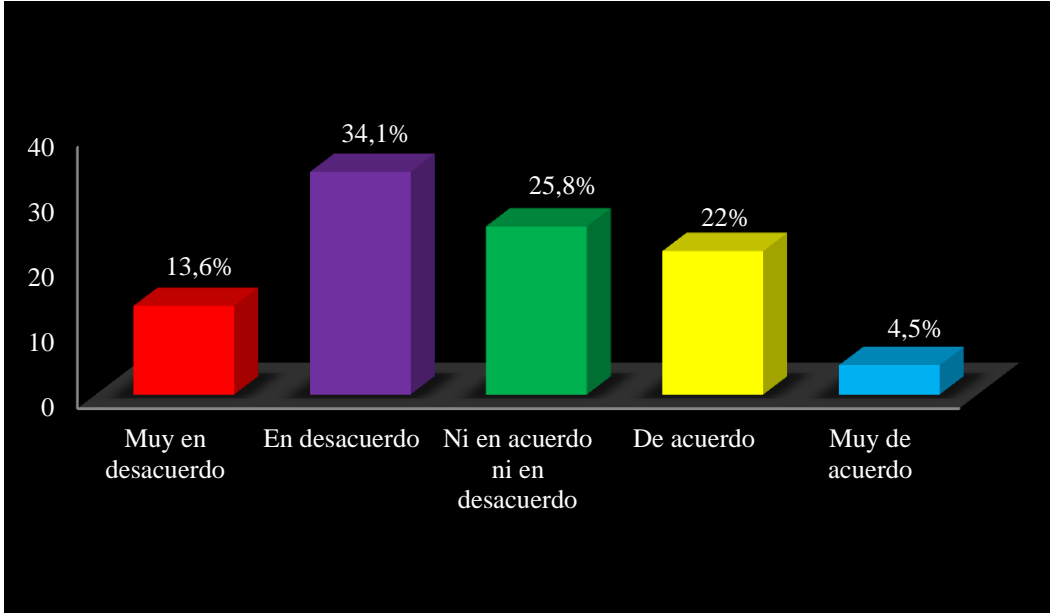
3.16 RESPUESTA NO PUNITIVA A LOS ERRORES

grafica 18 Actitud del compañero o superior frente a un error



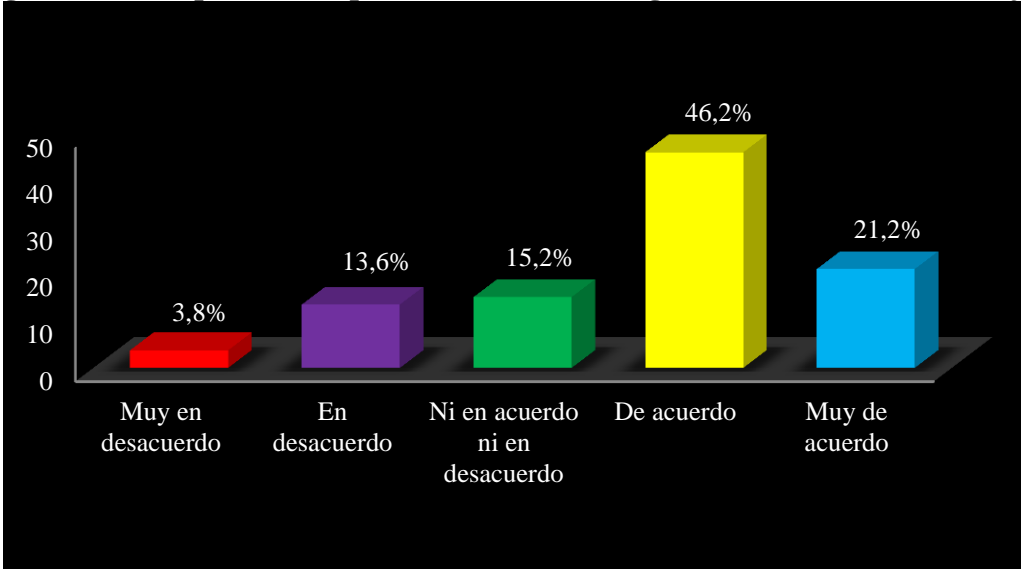
Referente a lo observado en el gráfico 18, un importante porcentaje (21.2%) de los participantes de la investigación, consideran que el cometer un error puede ser utilizado en su contra; y el 56.8% de los participantes no comparte esta opinión, lo cual significa que no puede considerarse como una fortaleza u oportunidad de mejora.

grafica 19 Ante un error se busca un culpable y no la causa



Es de resaltar que el 47.7% de los encuestados manifiesta que ante un error se busca la causa y no al culpable, y sólo el 26.5% opina lo contrario, tal y como se observa en la gráfica 19. Esto permite inferir que no se identifican ni fortalezas ni oportunidades de mejora propiamente dichas, pero existe la percepción de una cultura culpabilizadora.

grafica 20 El personal expresa temor ante el registro de un error en su hoja de vida



En concordancia con la información anterior, según lo evidenciado en el gráfico 20, el 67.4% del personal de enfermería teme que quede un reporte en su hoja de vida cuando comente un error, sin embargo el 17.4% opina lo contrario, lo que significa que este aspecto se constituye de manera clara en una oportunidad de mejora.

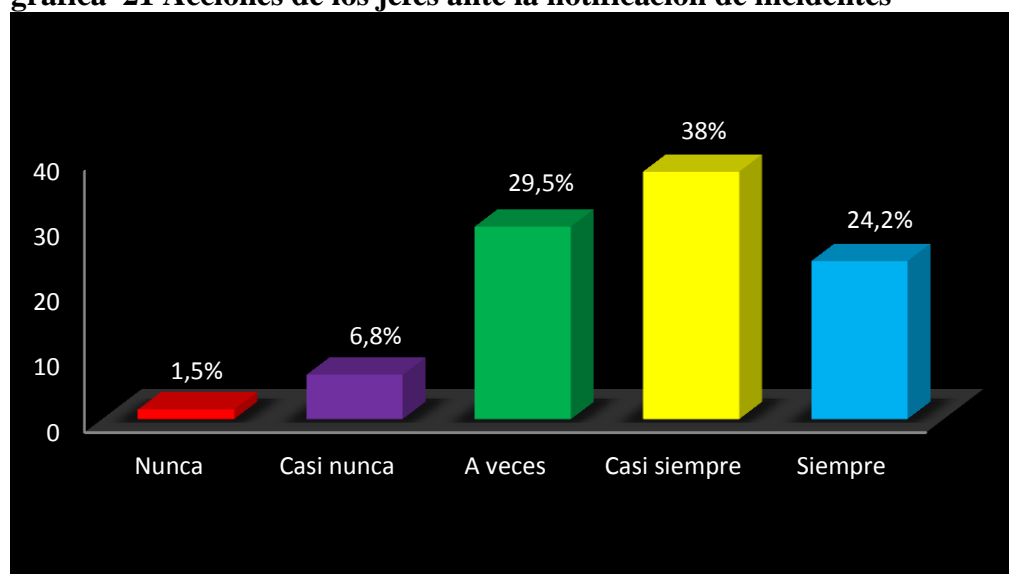
Tabla 10 Respuesta no punitiva a los errores

Respuestas	Porcentaje
Positivas	40,6
Neutras	21,1
Negativas	38,3

Haciendo una reflexión sobre los tópicos que conforman la variable respuesta no punitiva a los errores, ésta no se considera como oportunidad de mejora ni fortaleza en la clínica porque en general las respuestas positivas sólo lograron un 40.6% y las negativas 38.3%. No obstante, un porcentaje importante de los participantes temen que quede un reporte negativo en su hoja de vida cuando cometen un error (67.4%) y expresan que se busca al culpable y no la causa de los mismos (47,7%), con lo cual se insinúa un ambiente de respuesta punitiva a los errores (tabla 10).

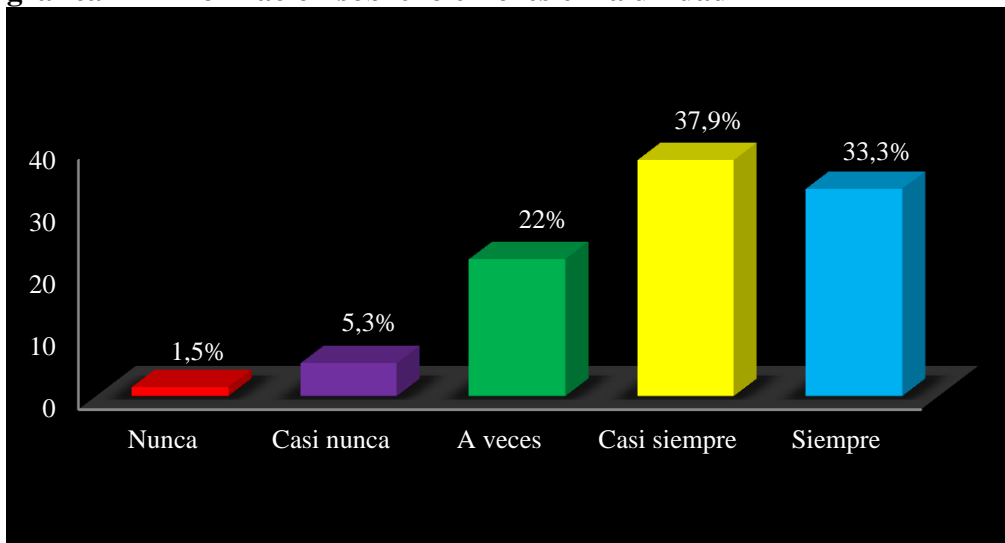
3.17 RETROALIMENTACIÓN Y COMUNICACIÓN SOBRE LOS ERRORES

grafica 21 Acciones de los jefes ante la notificación de incidentes



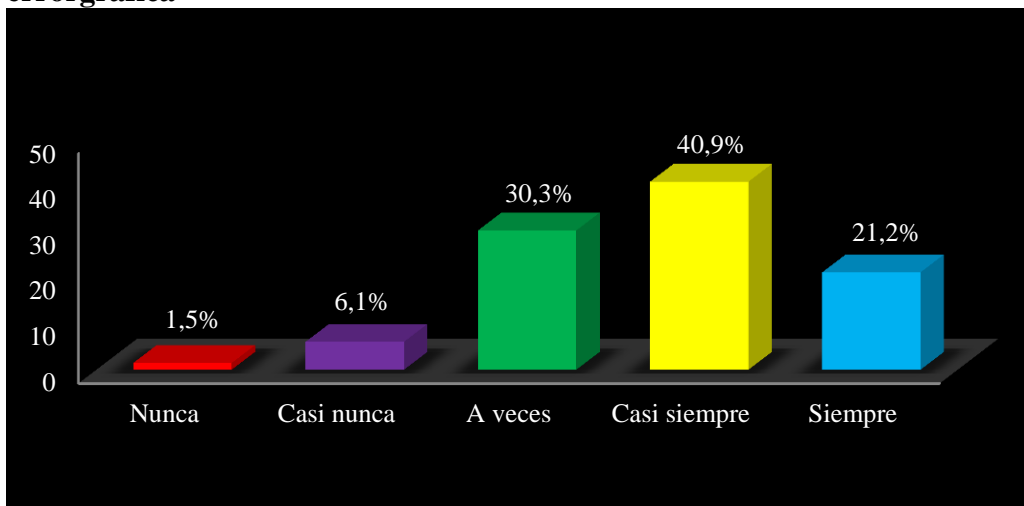
En lo que respecta a la información del gráfico 21, el 62.1% del personal encuestado expresa que cuando notifican algún incidente son informados sobre las acciones de mejora que se han llevado a cabo para evitar que vuelva a ocurrir, sin embargo, este ítem no alcanza a ser una fortaleza al no superar el 75% de opiniones positivas esperadas. El 8.3% está en controversia con la opinión anterior.

grafica 22 Información sobre lo errores en la unidad



El 71.2% del personal de enfermería afirma que son informados de los errores que ocurren en el servicio o unidad, mientras el 6.8% no son informados (gráfico 22). Este aspecto se acerca a una fortaleza por aproximarse al 75% planteado en la metodología del estudio.

grafica 23 Discusión que se da en la unidad para evitar la ocurrencia de un error



Dada la información del gráfico 23, se deduce que el 62.1% de la muestra expresa que en el servicio o unidad discuten las maneras de evitar que un error vuelva a ocurrir, entre tanto el 7.6% informa que no se hace. En consecuencia este resultado no se estima como oportunidad de mejora o fortaleza para la institución.

Tabla 11 Retroalimentación y comunicación sobre los errores

Respuestas	Porcentaje
Positivas	65,1
Neutras	27,3
Negativas	7,6

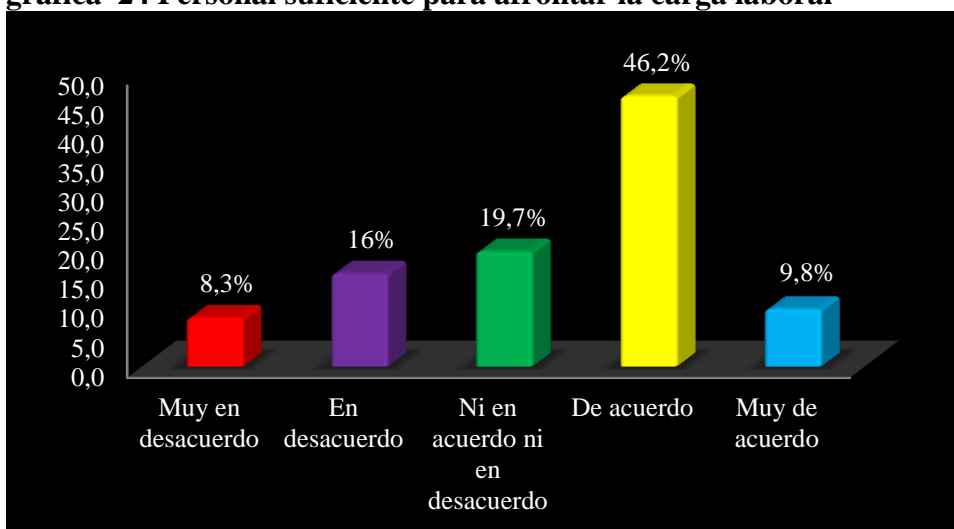
Con lo anterior se puede colegir que la variable retroalimentación y comunicación sobre los errores tampoco es fortaleza ni oportunidad de mejora porque las respuestas positivas fueron de 65.1% y las respuestas negativas de 7.6%, lo que obliga a mejorar el proceso de comunicación de EA en aras de la cultura de seguridad (Tabla 11).

3.18 ACTITUDES Y COMPORTAMIENTOS DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA RESPECTO A LA CARGA LABORAL, APOYO Y ACCIONES DE LOS JEFES Y DE LA GERENCIA EN LA GESTIÓN DE LOS EVENTOS ADVERSOS.

ACTITUDES Y COMPORTAMIENTOS DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA RESPECTO A LA CARGA LABORAL.

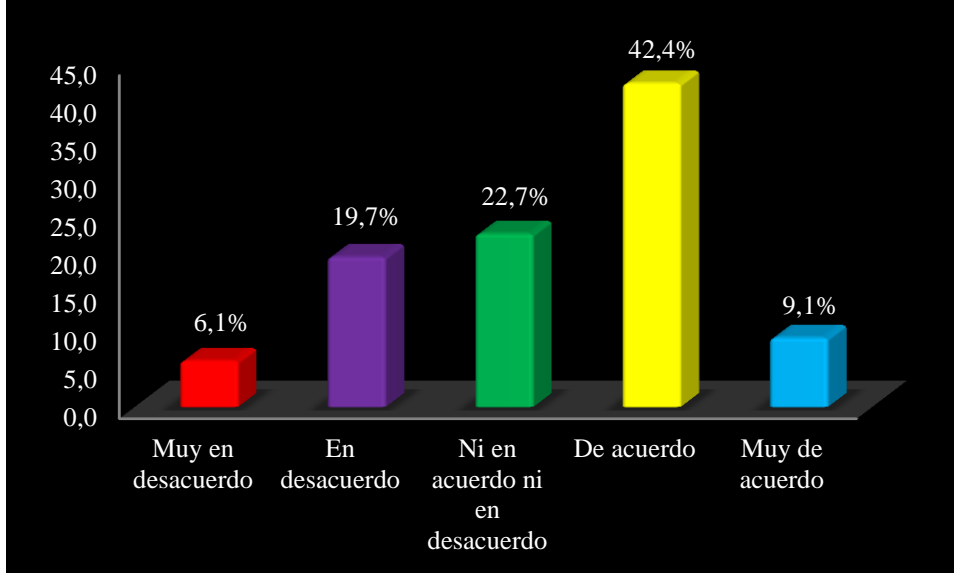
- Dotación del personal

grafica 24 Personal suficiente para afrontar la carga laboral



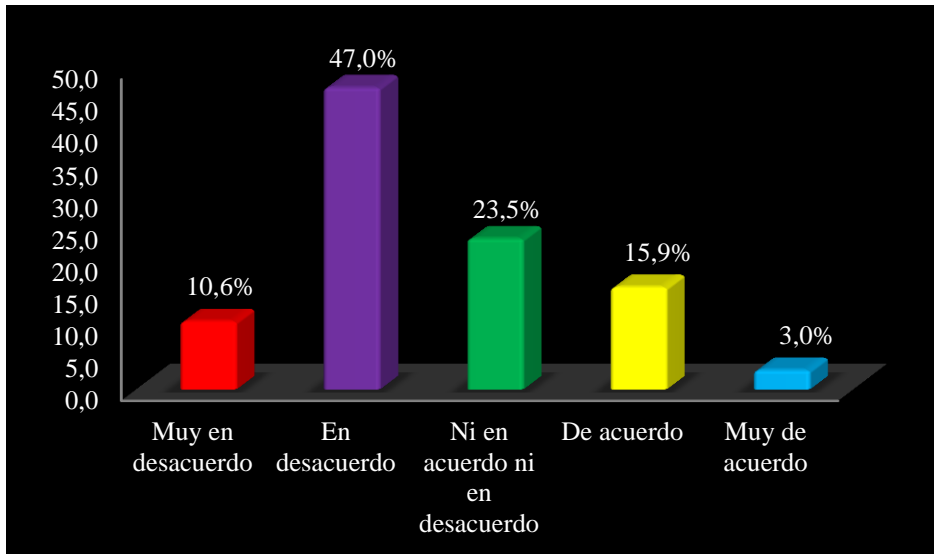
Respecto a si hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo, el 56% de los encuestados responde afirmativamente y el 24,3% estiman lo contrario (Gráfico 24), por consiguiente este ítem no se puede tener en cuenta como una fortaleza u oportunidad de mejora.

grafica 25 Calidad de la atención al paciente en jornadas agotadoras



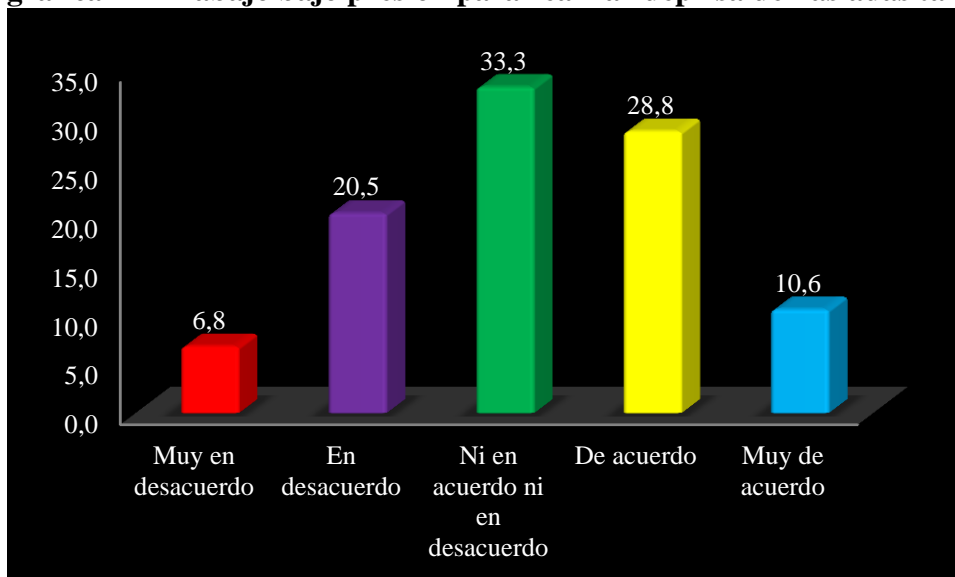
Referente al gráfico 25, el 51.5% del personal considera que a veces no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora; en cambio, el 24.2% se oponen a esta percepción. Teniendo en cuenta estos resultados la variable se considera como una oportunidad de mejora porque las opiniones negativas son mayores al 50% propuesto en la metodología del estudio.

grafica 26 Calidad en la atención al paciente cuando se cuenta con personal temporal o en entrenamiento



El 18.9% de los participantes de la investigación expresan que en ocasiones no se presta la mejor atención al paciente porque hay demasiado personal en entrenamiento o personal temporal, mientras que el 57.6% se halla en contraposición. De acuerdo al análisis, el interrogante no cumple con los criterios para catalogarlo como fortaleza u oportunidad de mejora. (Gráfico 26).

grafica 27 Trabajo bajo presión para realizar deprecia demasiadas tareas



Referente al gráfico 27, el 39.4% del personal considera que trabaja bajo presión para realizar demasiadas cosas y deprecia, siendo éste un porcentaje considerable; en cambio el 27.3% opina diferente y el 33.3% se abstiene a emitir una posición al respecto. Por tanto la afirmación no será fortaleza ni oportunidad de mejora para la institución.

Tabla 12 Dotación del personal

Respuestas	Porcentaje
Positivas	41,2
Neutras	25,3
Negativas	33,5

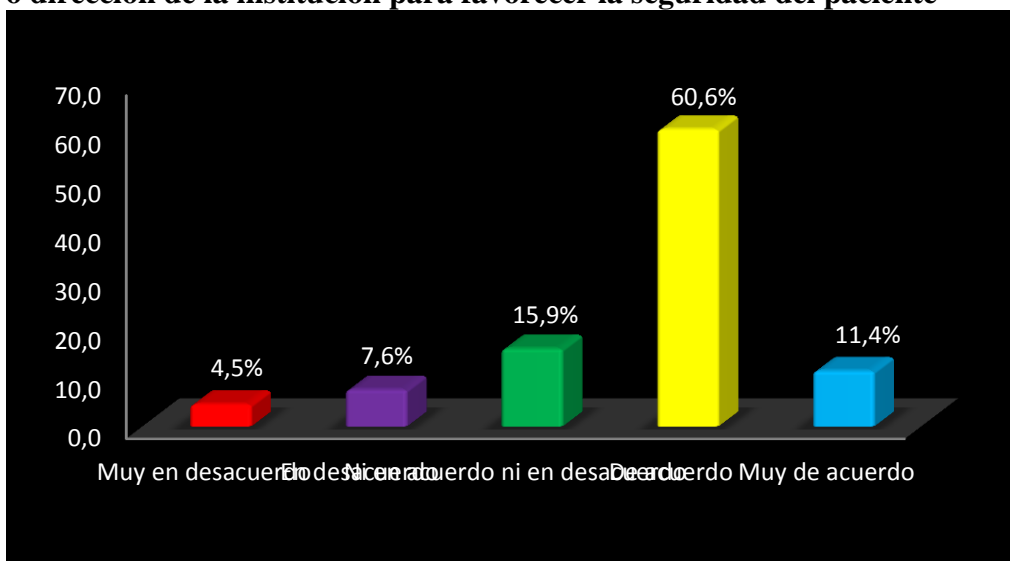
Fuente: encuesta (AHRQ) Fundación Clínica del Norte

En general, de acuerdo a lo encontrado en la variable dotación del personal, el 41.2% del equipo de enfermería tuvo una posición positiva, entre tanto el 33.5% se pronunció de

manera negativa, por consiguiente, la variable no se estima como una oportunidad de mejora o fortaleza (tabla 12). Cabe resaltar que dentro de esta variable se encuentra una oportunidad de mejora respecto a que la atención al paciente puede verse afectada porque la jornada laboral es agotadora. Lo cual podría constituirse en un factor relacionado con la ocurrencia de EA en la clínica.

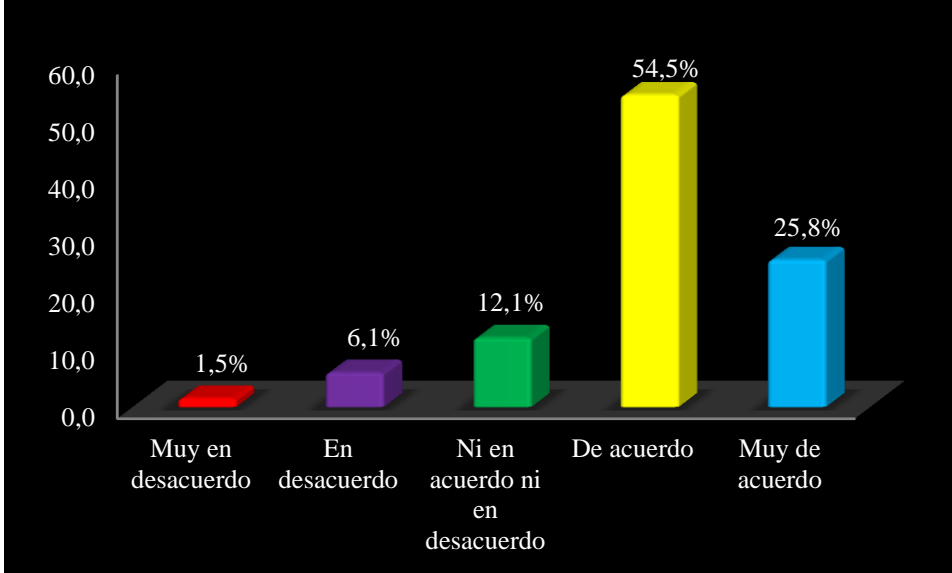
- **Apoyo y acciones de los jefes y de la gerencia en la gestión de los EA**

grafica 28 Actitudes y comportamientos sobre clima laboral facilitado por la gerencia o dirección de la institución para favorecer la seguridad del paciente



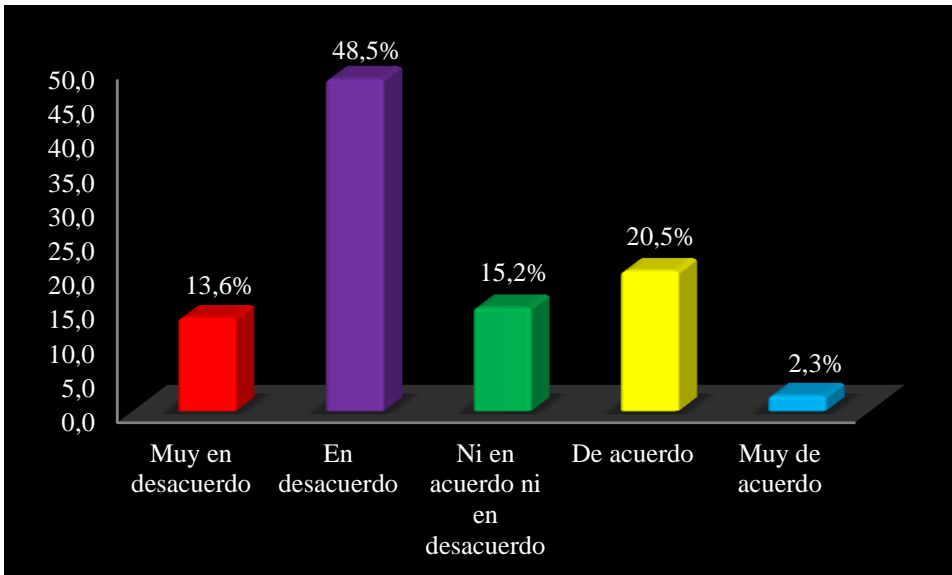
El 72% de los participantes considera que la gerencia de la Clínica facilita un clima laboral que favorece la seguridad del paciente, mientras que el 12.1% están en controversia (gráfico 27). En consecuencia el ítem no califica como fortaleza u oportunidad de mejora, no obstante el porcentaje afirmativo se aproxima a una fortaleza. Por estar cercano al 75% de respuestas afirmativas propuestos por la metodología de la investigación.

grafica 29 La seguridad del paciente como prioridad de la gerencia/dirección



Con base a lo observado en el gráfico 28, el 80.2% de los participantes sustenta que la gerencia nuestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades, en cambio el 7.6% se muestra en desacuerdo con esta afirmación. Por lo tanto se evidencia de manera clara una fortaleza en esta situación.

grafica 30 Interés de la gerencia/dirección en los eventos adversos solo posterior a su ocurrencia



Teniendo en cuenta la información del gráfico 29, donde se deduce que el 62.1% de la muestra niega que la gerencia/dirección de la clínica sólo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún evento adverso, entre tanto el 22.8% afirman lo anterior. En consecuencia el resultado se estima de manera contundente oportunidad de mejora.

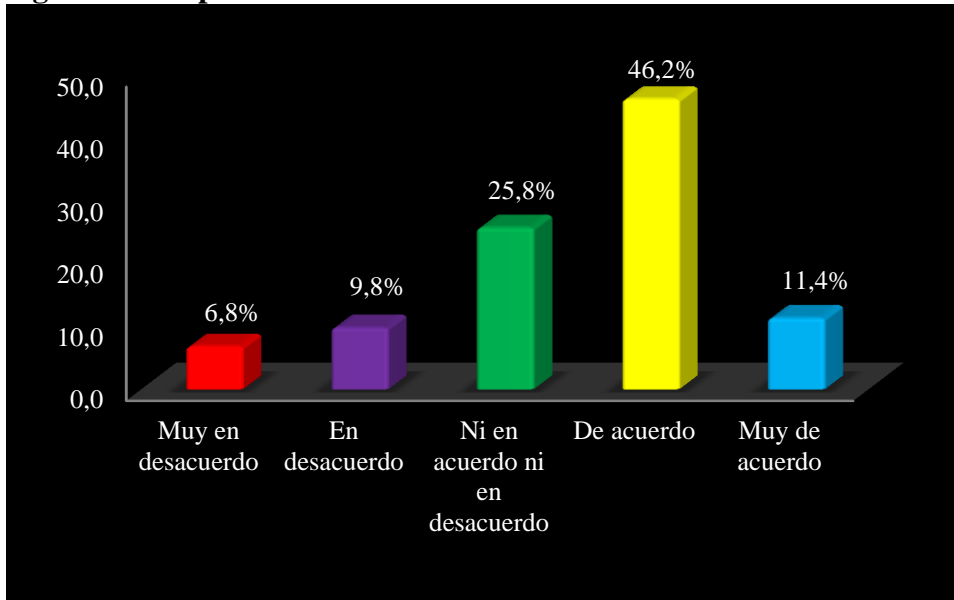
Tabla 13 Apoyo y acciones de los jefes y de la gerencia en la gestión de los EA

Respuestas	Porcentaje
Positivas	71,4
Neutras	14,4
Negativas	14,2

Para concluir, la variable apoyo y acciones de los jefes y de la gerencia en la gestión de los eventos adversos indica que, el 71,4% de la muestra asiente la afirmación, pero el 14,2% no la comparte (tabla 13), por consiguiente no se tiene en cuenta ni como fortaleza ni como oportunidad de mejora para la clínica. A pesar de ello, las respuestas obtenidas en el ítem: la gerencia o dirección de la clínica muestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades, permiten inferir que esta es una fortaleza porque el resultado esperado fue mayor al 75%.

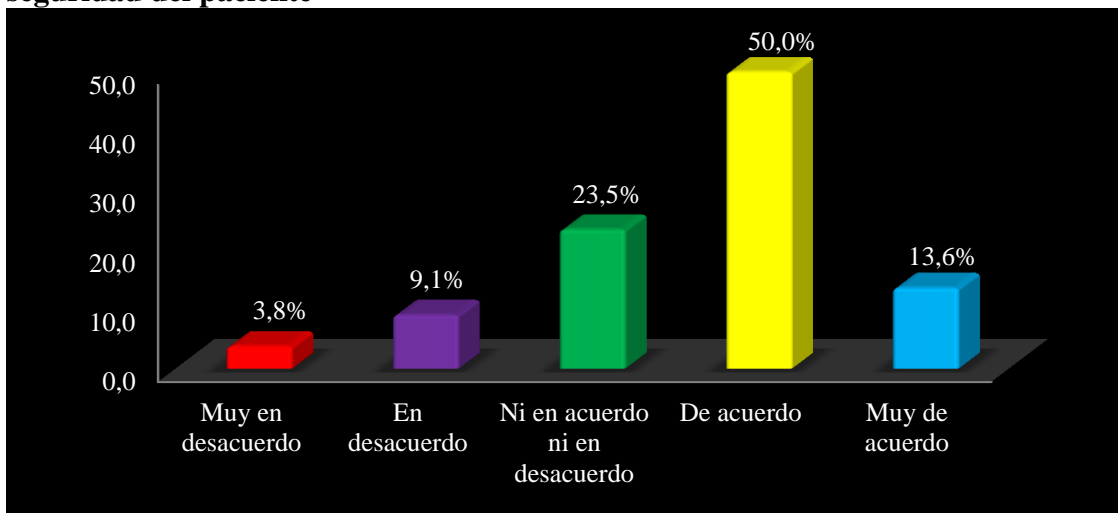
- **Expectativas y acciones de la dirección/supervisión de la Unidad/Servicio que favorecen la seguridad**

grafica 31 Actitud del superior cuando el personal de enfermería evita riesgos en la seguridad del paciente



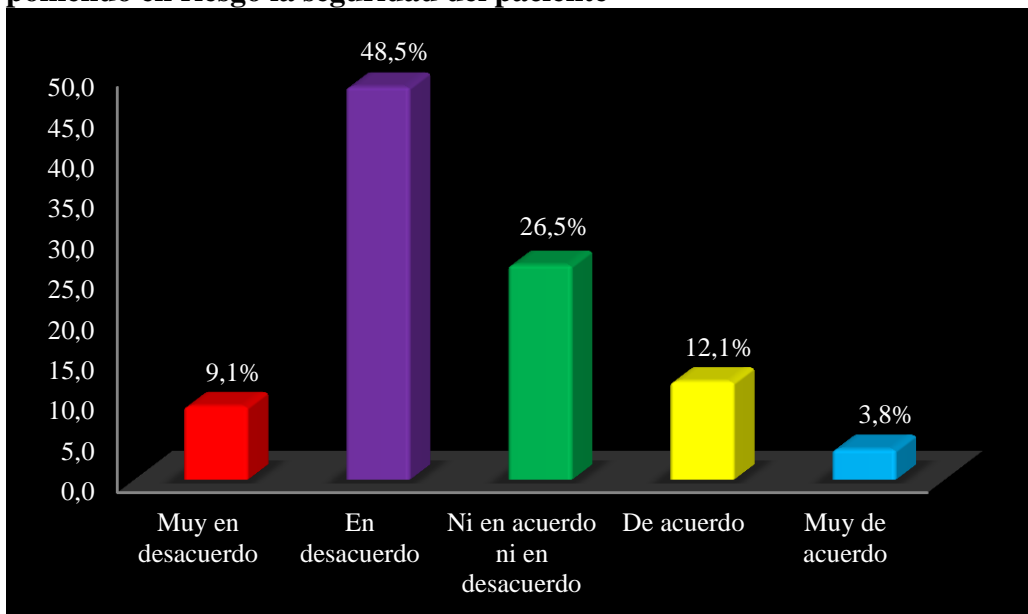
El 57.6% de los encuestados, manifiesta que su superior o jefe muestra satisfacción ante acciones hechas por el personal para evitar riesgos en la seguridad del paciente y el 16.6% expresan lo contrario. Respecto a la descripción se llega a la conclusión que no se evidencia oportunidad de mejora ni fortaleza a la pregunta planteada. No obstante parece faltar reforzamientos positivos de los jefes hacia su personal, cuando se desarrollan las acciones enunciadas. (Ver gráfico 30).

grafica 32 El superior tiene en cuenta las sugerencias del personal en cuanto a seguridad del paciente



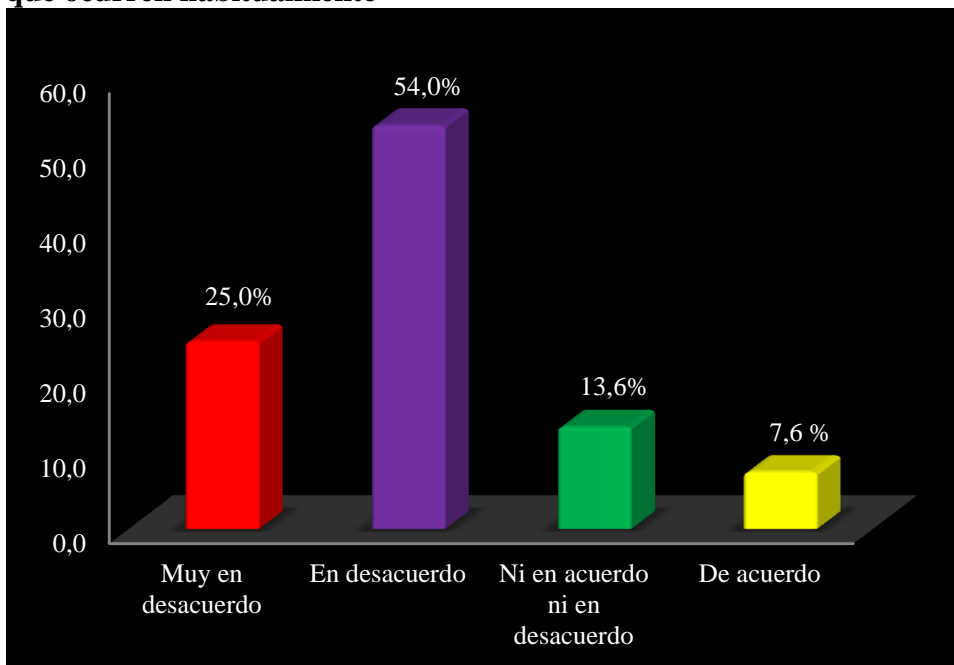
El 63.6% del personal de enfermería afirma que su superior o jefe acepta sugerencias para mejorar la seguridad del paciente y solo el 12.9% opinan lo contrario. Ante este interrogante no hay oportunidad de mejora ni fortaleza porque no cumplen con los parámetros establecidos en la metodología. Gráfico 31.

grafica 33 Mayor exigencia del superior o jefe cuando aumenta la presión del trabajo poniendo en riesgo la seguridad del paciente



El 57.6% del personal informa que su superior/jefe pretende que trabajen más rápido, aunque se pueda poner en riesgo la seguridad del paciente, entre tanto el 15.9% percibe que no es así, por ende este aspecto no representa ni fortaleza ni oportunidad de mejora (Gráfico 32).

grafica 34 El superior o jefe pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente



En el gráfico 33, el 79% de los participantes del estudio refiere que los superiores no pasan por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurre de manera habitual y el 7.6% tiene una percepción distinta, constituyéndose esta situación en una fortaleza a resaltar.

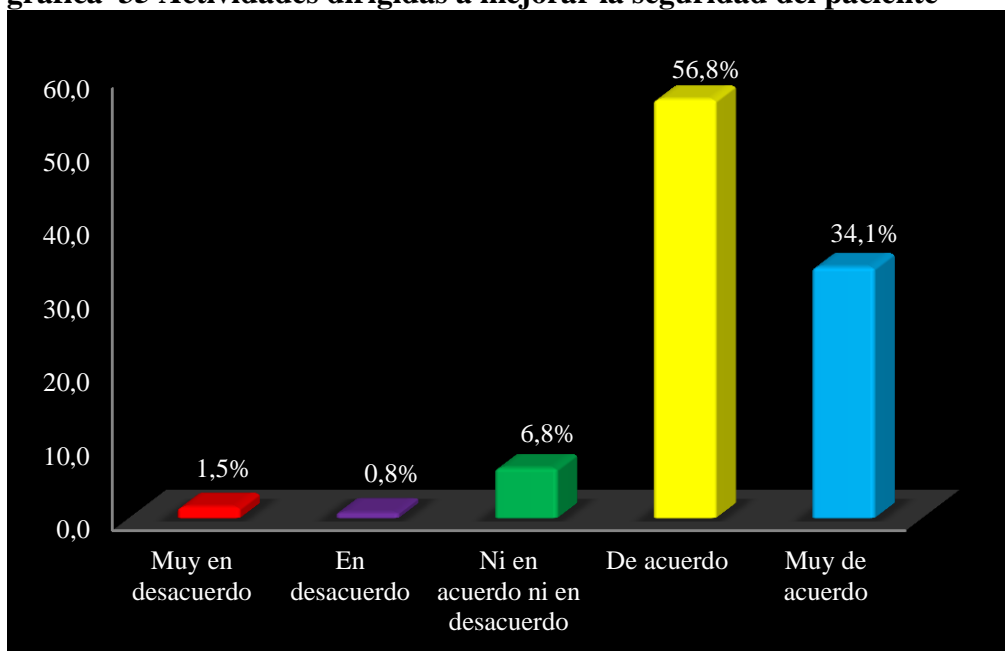
Tabla 14 Actitudes y comportamientos sobre Expectativas y acciones de la dirección que favorecen la seguridad

Respuestas	Porcentaje
Positivas	64,4
Neutras	22,4
Negativas	13,2

Con lo anterior queda demostrado que las expectativas y acciones de la dirección/supervisión de la Unidad/Servicio que favorecen la seguridad no son fortalezas ni oportunidades de mejora, por cuanto las opiniones positivas fueron de 64.4% y las negativas 13.2% (Tabla 14), aunque se evidencia que como un 79% de las opiniones afirman que los superiores o jefes no pasan por alto los problemas de seguridad del paciente, este aspecto se constituye en fortaleza.

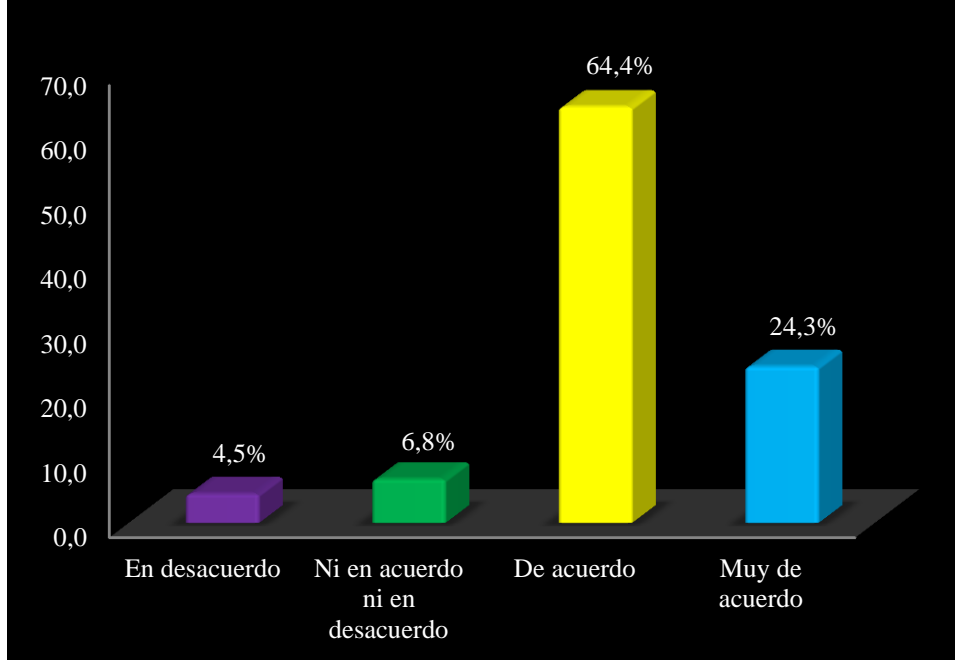
- **Aprendizaje organizacional/mejora continua**

grafica 35 Actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente



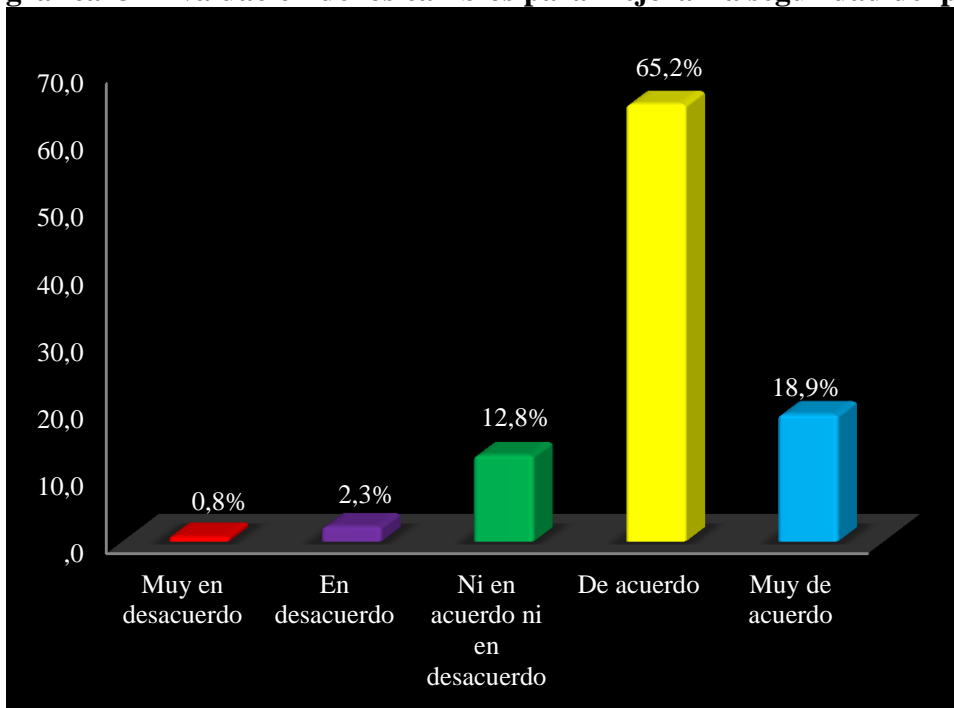
Según lo expuesto en el gráfico 34, el 90.9 % del personal del área de enfermería considera que en la clínica se realizan actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente; sólo el 2.3% opina que no es así. En vista de la respuesta positiva, se infiere que el ítem es una fortaleza contundente.

grafica 36 Medidas que se toman frente a las fallas en la atención al paciente



Frente a la afirmación: cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo, el 88.7% de los integrantes del estudio responde de forma positiva, y sólo el 4.5% negativamente (gráfico 35). Según el análisis de resultados expuestos en la investigación, éste aspecto también se considera como una fortaleza para la institución.

grafica 37 Evaluación de los cambios para mejorar la seguridad del paciente



Según lo evidenciado en el gráfico 36, el 84.1% del personal de enfermería piensa que los cambios que se hacen para mejorar la seguridad del paciente se evalúan para comprobar su efectividad, sin embargo el 3.1% opinan lo contrario. Este aspecto se considera una fortaleza por superar el 75% planteado en la metodología del estudio.

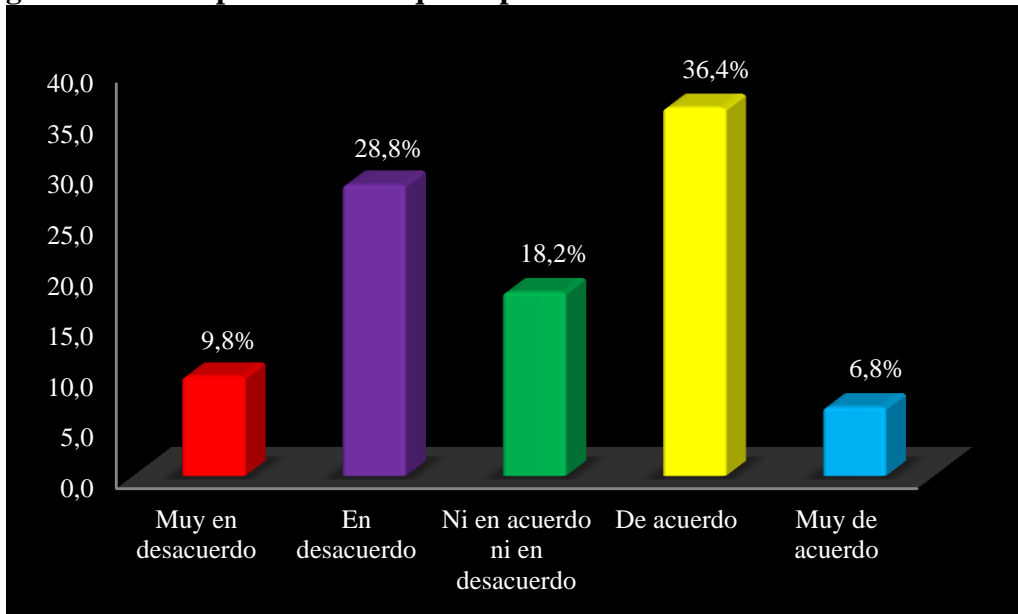
Tabla 15 Aprendizaje organizacional

Respuestas	Porcentaje
Positivas	87,8
Neutras	8,8
Negativas	3,4

Referente a los hallazgos en la variable aprendizaje organizacional, se encuentra que el 87.8% del grupo de personas pertenecientes a la investigación, tuvieron opiniones positivas al respecto, por lo cual es una clara fortaleza para la clínica (tabla 15)

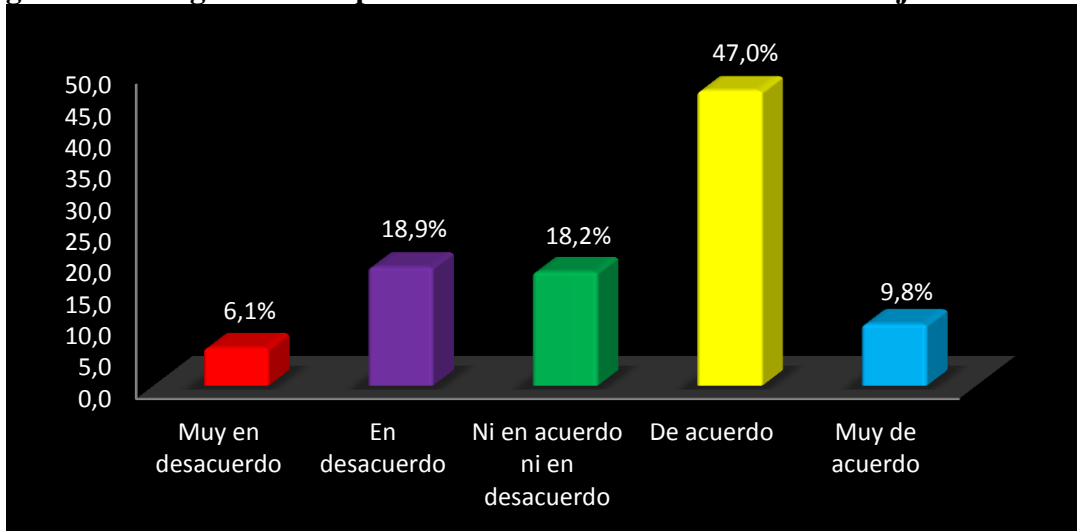
- **Percepción de seguridad**

grafica 38 Los pocos errores que se presentan son consecuencia del azar



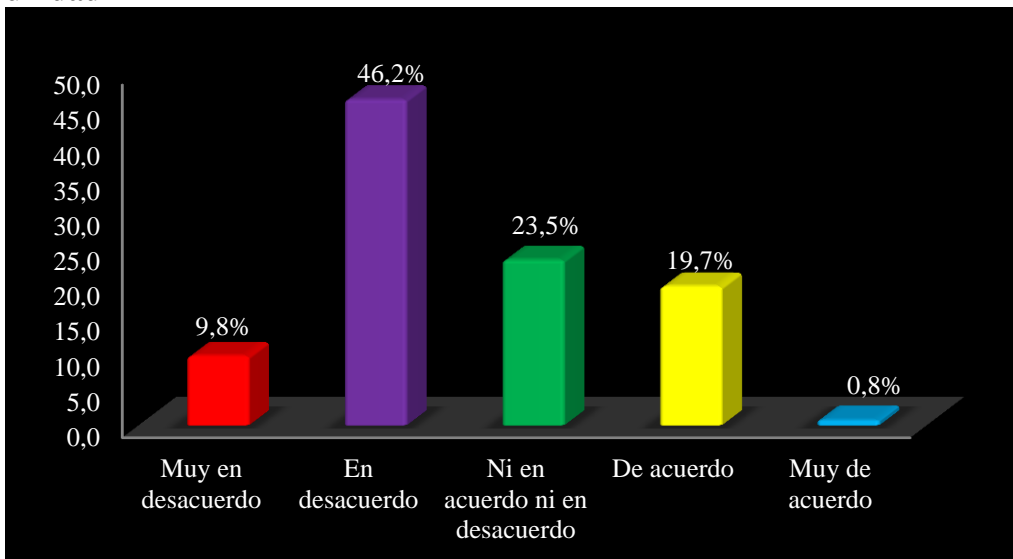
El 43.2% de la población encuestada manifiesta que los errores que se presentan son pocos y no ocasionan mayor daño al paciente por un azar del destino y no porque se trabaje para evitarlos, mientras que el 38.6% están en oposición (gráfico 37). Esto permite inferir que no se identifican fortalezas ni oportunidades de mejora. No obstante, el 43.2% se aproxima al 50% planteado en la metodología de estudio como clasificación de oportunidad de mejora.

grafica 39 Seguridad del paciente al aumentar el ritmo del trabajo



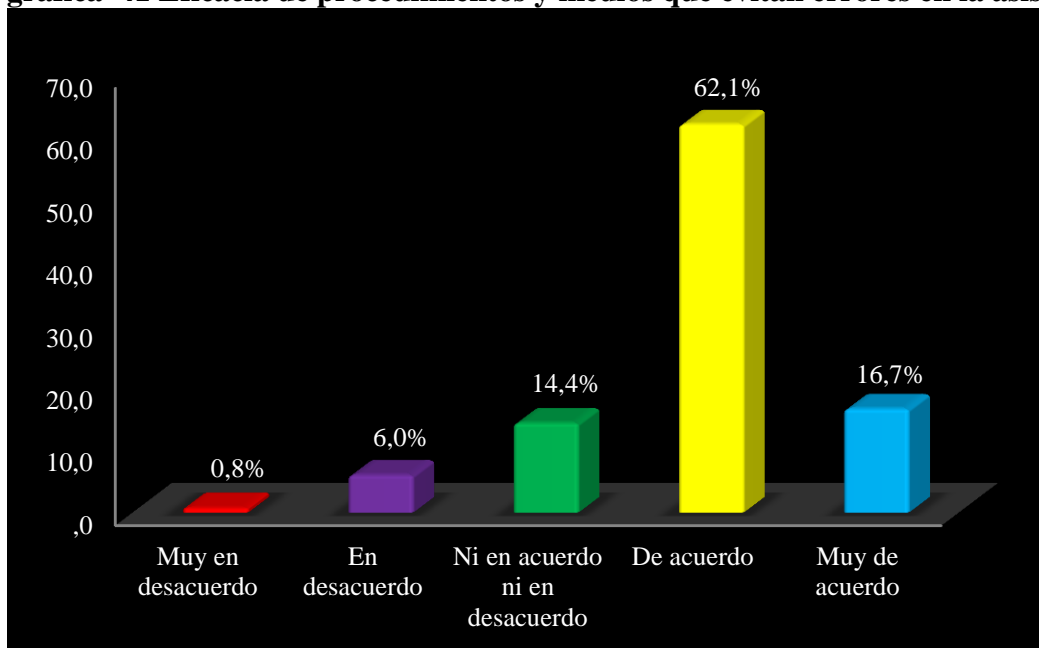
Dada la información en el gráfico 38, se deduce que el 56.8% de la muestra asiente que siempre se tiene en cuenta la seguridad del paciente antes de aumentar el ritmo de trabajo, entre tanto el 25% expresa que esto no se cumple. En consecuencia no se estima como oportunidad de mejora o fortaleza para la institución.

grafica 40 Presencia de problemas relacionados con la seguridad del paciente en la unidad



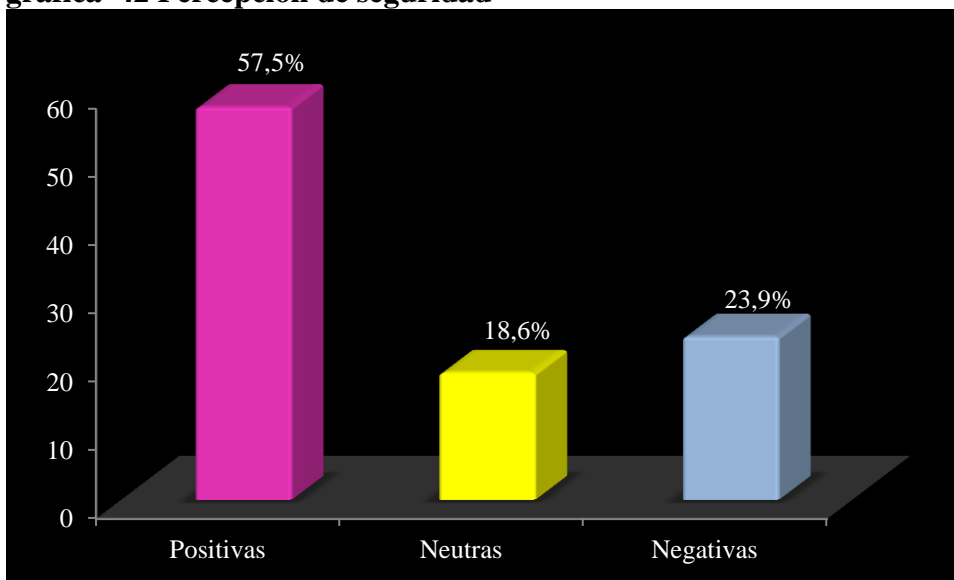
El 20.5% de los integrantes del estudio, reporta que en su unidad hay problemas relacionados con la seguridad del paciente; sin embargo, el 56% niega su existencia. Teniendo en cuenta los hallazgos, esta no se muestra como fortaleza u oportunidad de mejora para la institución. Gráfico 39.

grafica 41 Eficacia de procedimientos y medios que evitan errores en la asistencia



Para describir el gráfico 40, se menciona que el 78.8% del grupo del área de enfermería perciben que sus procedimientos y medios de trabajo son buenos para evitar errores en la asistencia, pero el 6.8% no comparten la misma opinión. Este aspecto se considera una fortaleza, ya que su valor excede el 75% expuesto en la metodología.

gráfica 42 Percepción de seguridad

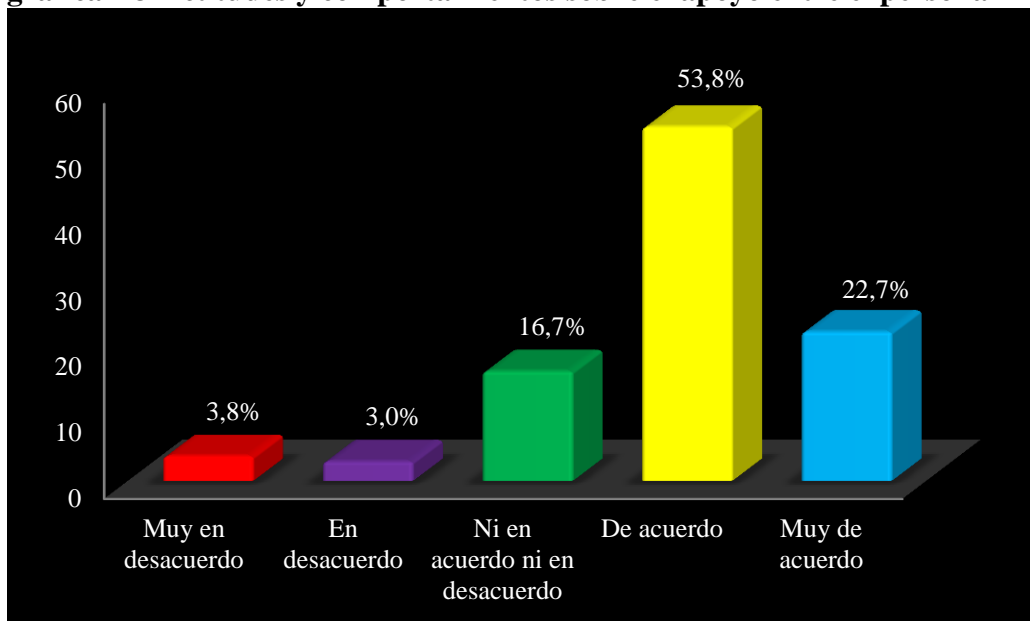


Considerando los resultados obtenidos en la variable percepción de seguridad (gráfico 41), se puede aseverar que el 57.5% del grupo de personas encuestadas informan que en la Clínica la seguridad del paciente es adecuada, pero el 23.9% tiene una percepción opuesta, lo cual supone que la variable no es una fortaleza u oportunidad de mejora al no cumplir con los parámetros establecidos. Sin embargo, luego de realizar el análisis individual de los ítems que conforman la variable, se destaca como fortaleza en la institución, que sus procedimientos y medios de trabajo son buenos para evitar errores en la asistencia, dado que se obtuvo un 78.8% de respuestas positivas también es de mencionar que la percepción de los participantes ante el interrogante: los errores que se presentan son pocos y no ocasionan mayor daño al paciente por un azar del destino y no porque se trabaje para evitarlos puede ser una oportunidad de mejora ya que sus resultados se acercan al 50% de opiniones negativas propuestas en la metodología del estudio.

3.19 ACTITUDES Y COMPORTAMIENTOS SOBRE EL TRABAJO EN EQUIPO Y LOS PROBLEMAS EN CAMBIOS DE TURNO Y TRANSICIONES ENTRE SERVICIOS O UNIDADES

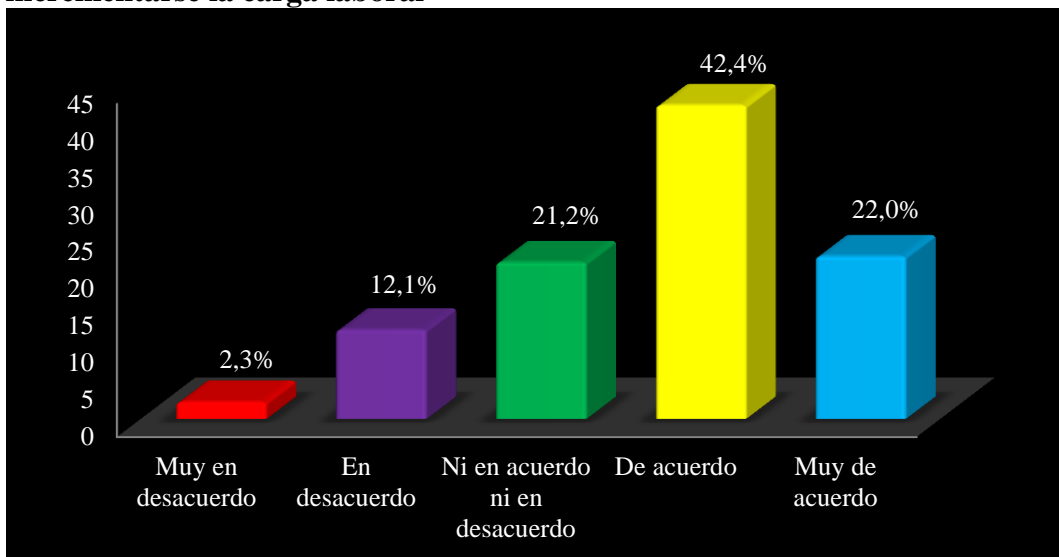
- Trabajo en equipo en la unidad/servicio

grafica 43 Actitudes y comportamientos sobre el apoyo entre el personal



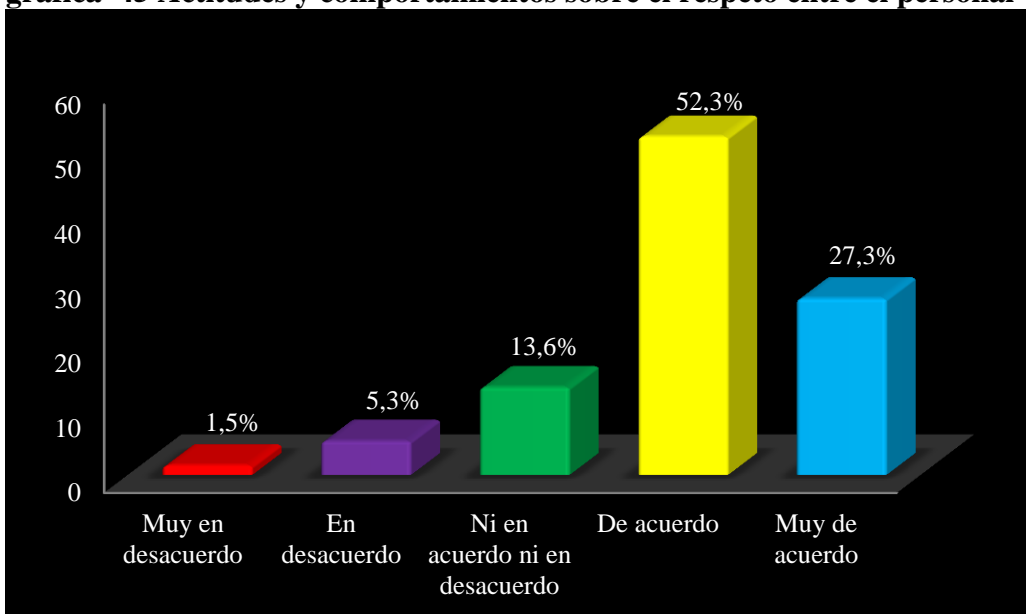
El 76.5% de los participantes de la investigación consideran que el personal se apoya mutuamente, solo el 6.8% opinan lo contrario. Este ítem se considera una fortaleza para la institución dado que supera el 75% de respuestas positivas planteadas en la metodología del trabajo. (gráfico 42).

grafica 44 Actitudes y comportamientos sobre la Colaboración entre el equipo al incrementarse la carga laboral



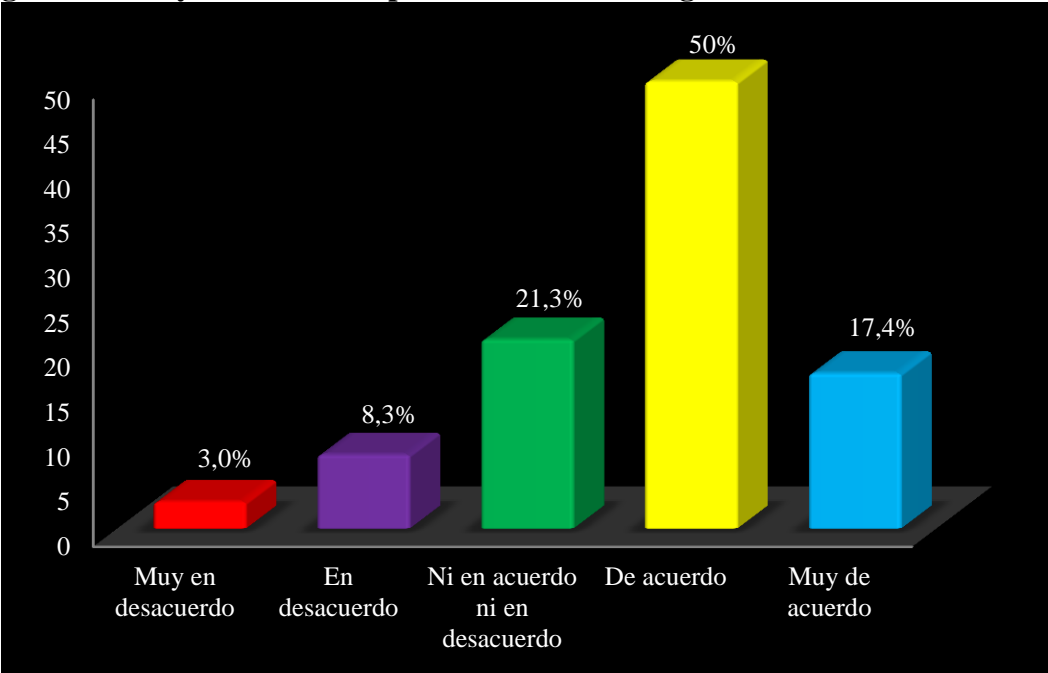
Según lo expuesto en el gráfico 43, el 64.4% del personal de enfermería considera que cuando tienen mucho trabajo, se colaboran entre sí como un equipo para poder terminarlo, mientras el 14.4% dicen que no es así, y 21.2% permanece en una posición neutral. Ello indica que este tópico no puede ser fortaleza al no superar el 75% de opiniones favorables esperadas.

grafica 45 Actitudes y comportamientos sobre el respeto entre el personal



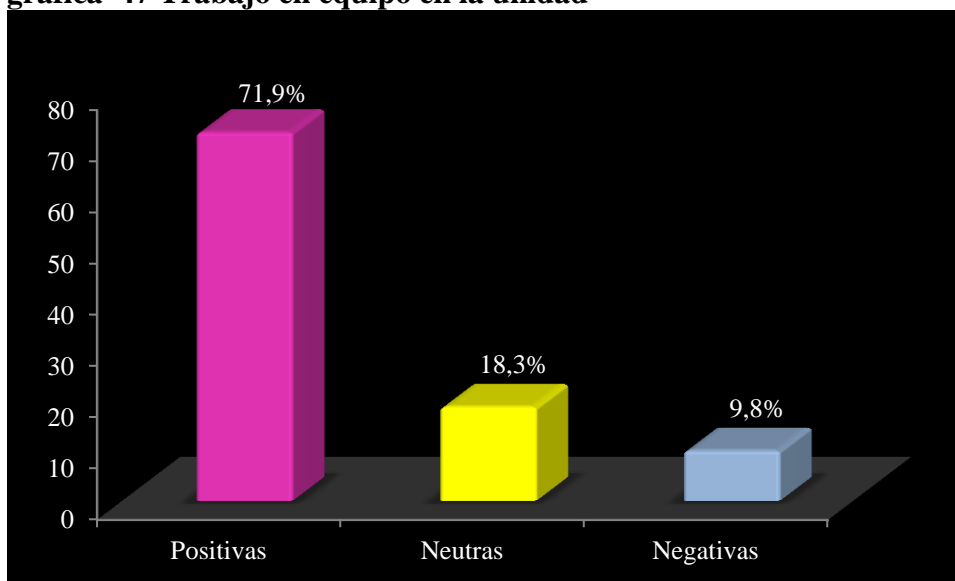
En lo que respecta a la información del gráfico 44, el 79.6% del personal encuestado expresa que en su unidad se tratan todos con respeto y el 6.8% está en controversia. Este aspecto se convierte claramente en una fortaleza para la institución ya que supera el 75% de opiniones positivas planteado en el estudio.

grafica 46 Ayuda entre compañeros con sobrecarga laboral



Frente a la afirmación: cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en los compañeros, el 67.4% de los integrantes del estudio responden de forma positiva y el 11.3% de forma negativa. Llama la atención un 21,3% de respuestas neutrales, observadas en el gráfico 45, por tanto este resultado no se constituye como oportunidad de mejora o fortaleza para la institución.

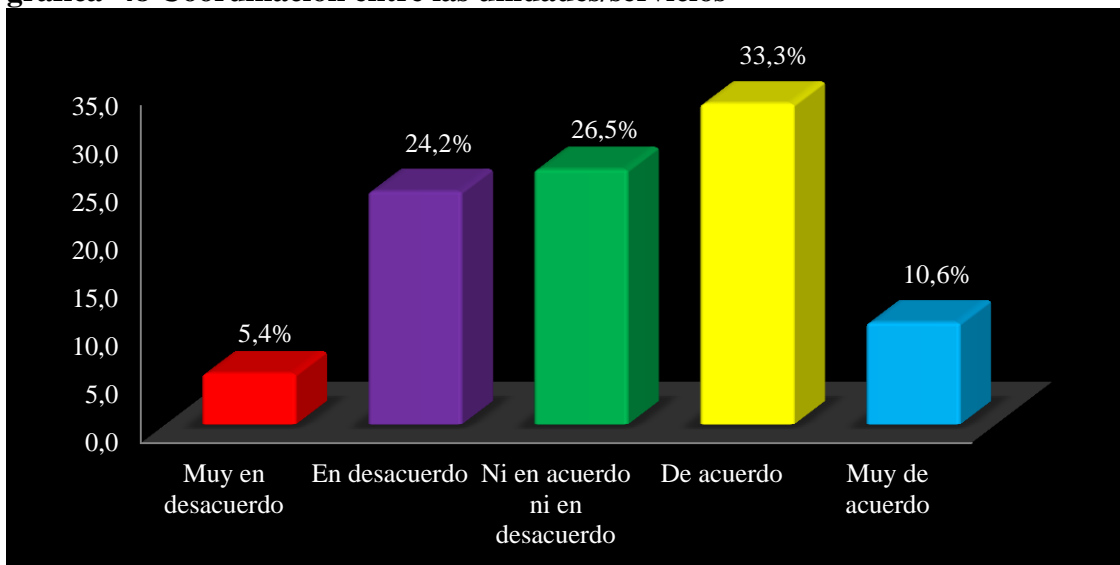
grafica 47 Trabajo en equipo en la unidad



Analizando de manera global los cuatro aspectos anteriores que hacen parte de la variable trabajo en equipo en la unidad/servicio se puede inferir que no alcanza el porcentaje necesario para convertirse en una fortaleza, sin embargo se acerca a serlo, ya que su resultado es de 71.9% de encuestados a favor, mientras el 9.8% opinan lo contrario y el 18.3% se muestra neutral. Gráfico 46.

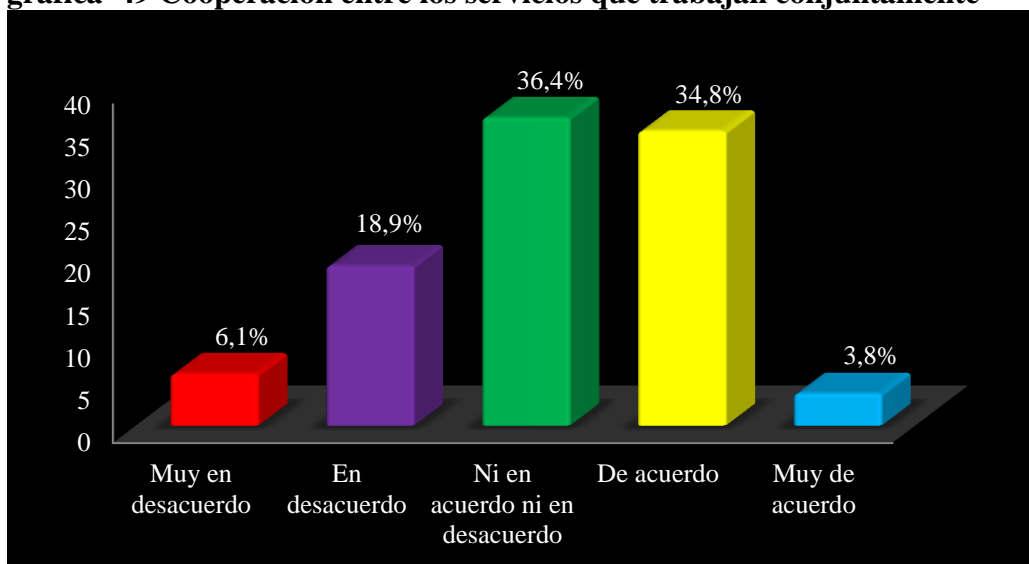
- Trabajo en equipo entre unidades

grafica 48 Coordinación entre las unidades/servicios



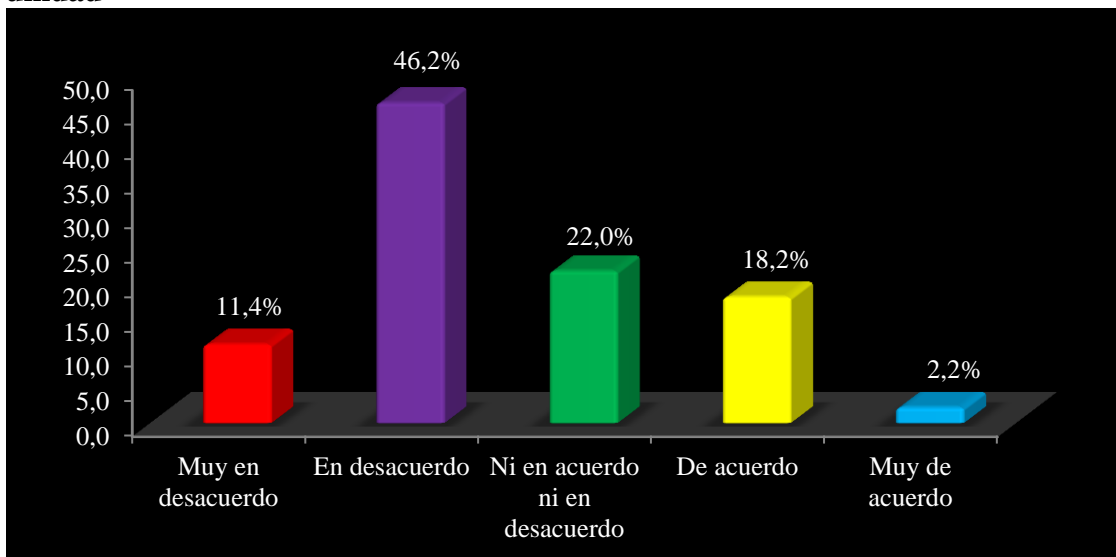
Similar comportamiento a los tres anteriores resultados tiene el expuesto en el gráfico 47, dado que casi la mitad de los encuestados el (43.9%), afirma que falta coordinación entre las diferentes unidades de la Clínica, un 26.5% se mantienen neutros y sólo el 29.6% expresan lo contrario. Esto permite inferir que no se identifica como fortaleza u oportunidad de mejora, pero se insinúa que se requiere mayor coordinación entre los servicios.

grafica 49 Cooperación entre los servicios que trabajan conjuntamente



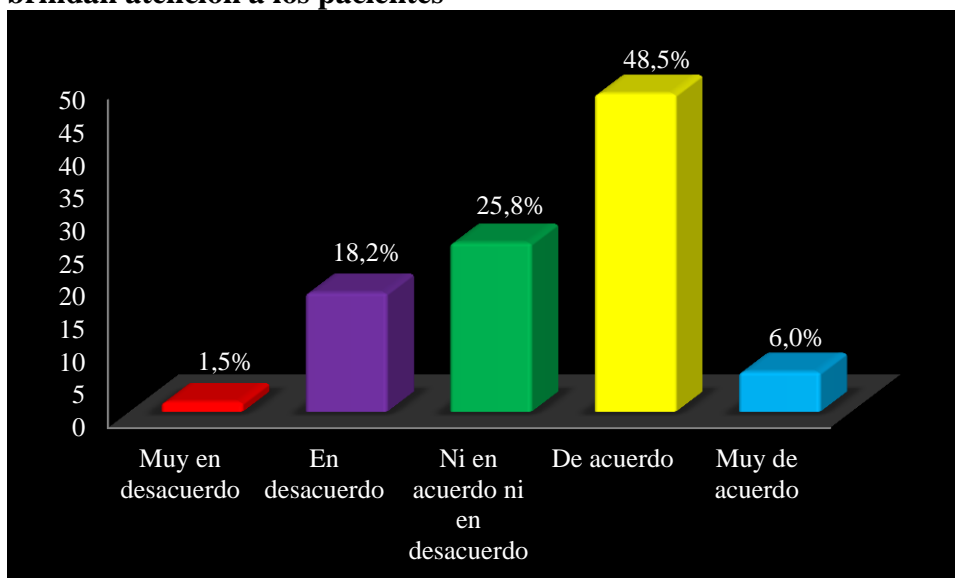
Se evidencia en el gráfico 48, que sólo el 38.6% de las personas encuestadas afirman que hay una buena cooperación entre las unidades/servicios que tienen que trabajar conjuntamente, por el contrario el 25% estiman que no es así y un porcentaje importante (36.4%) muestran indiferencia al respecto. Luego de la descripción no es posible catalogar este ítem como fortaleza u oportunidad de mejora.

grafica 50 Actitudes y comportamientos sobre el trabajar con personal de otra unidad



En el gráfico 49, se observa que el 57.6% de los participantes del estudio, opinan que no es incómodo tener que trabajar con personal de otros servicios/unidades, de otra parte el 20.4% hacen mención de lo contrario. El porcentaje mayor brinda una fortaleza a la organización en este aspecto.

gráfica 51 Actitudes y comportamientos sobre la coordinación entre los servicios que brindan atención a los pacientes



Para el 54.5% del equipo de enfermería, los servicios/unidades trabajan de forma coordinada entre sí, entre tanto el 19.7% aducen lo contrario, por lo cual este resultado demuestra que no existe fortaleza u oportunidad de mejora en este cuestionamiento. (Ver gráfica 50).

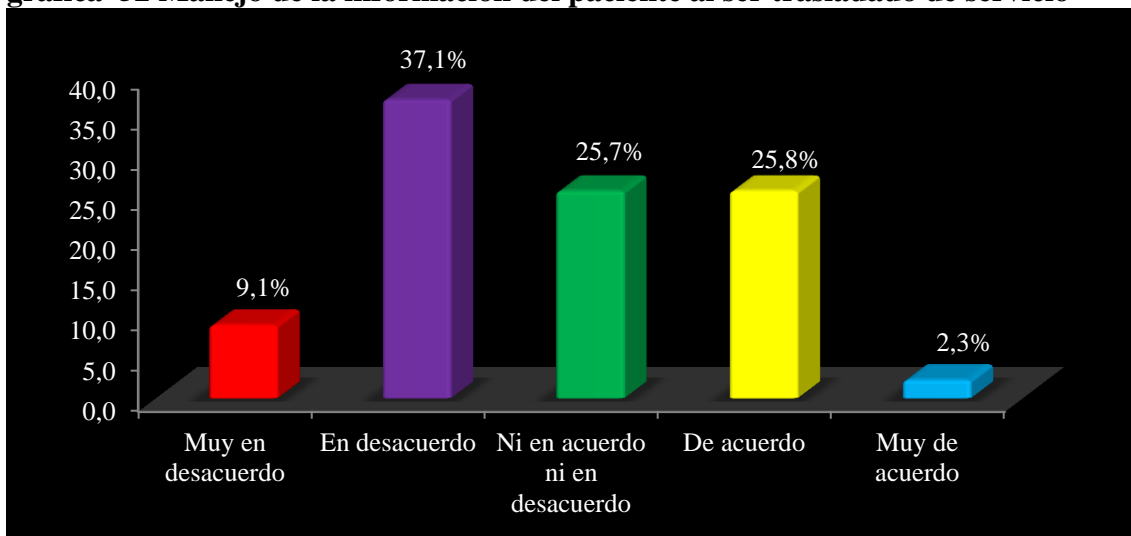
Tabla 16 Trabajo en equipo entre las unidades

Respuestas	Porcentaje
Positivas	45,1
Neutras	27,7
Negativas	27,2

Con respecto a esta dimensión, los participantes afirman que en la institución hay trabajo en equipo entre las unidades al obtener un porcentaje de 45,1% de respuestas positivas; mientras que el 27.2% no comparten dicha afirmación y el 27,7% mantienen una posición neutral (tabla 16). Por todo ello no se considera una fortaleza ni oportunidad de mejora al no alcanzar los porcentajes descritos en la metodología. Teniendo en cuenta que los pacientes hacen transición entre servicios, es importante que el personal que presta los servicios de salud genere un compromiso de trabajo en equipo entre las unidades para fortalecer la seguridad del paciente.

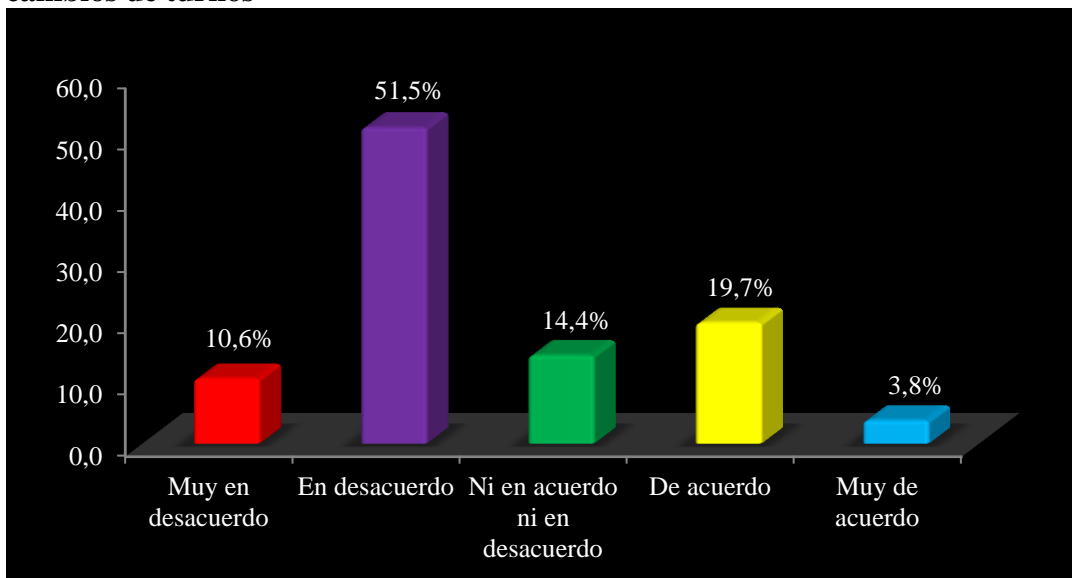
- **Problemas en los cambios de turno y transiciones entre servicios**

grafica 52 Manejo de la información del paciente al ser trasladado de servicio



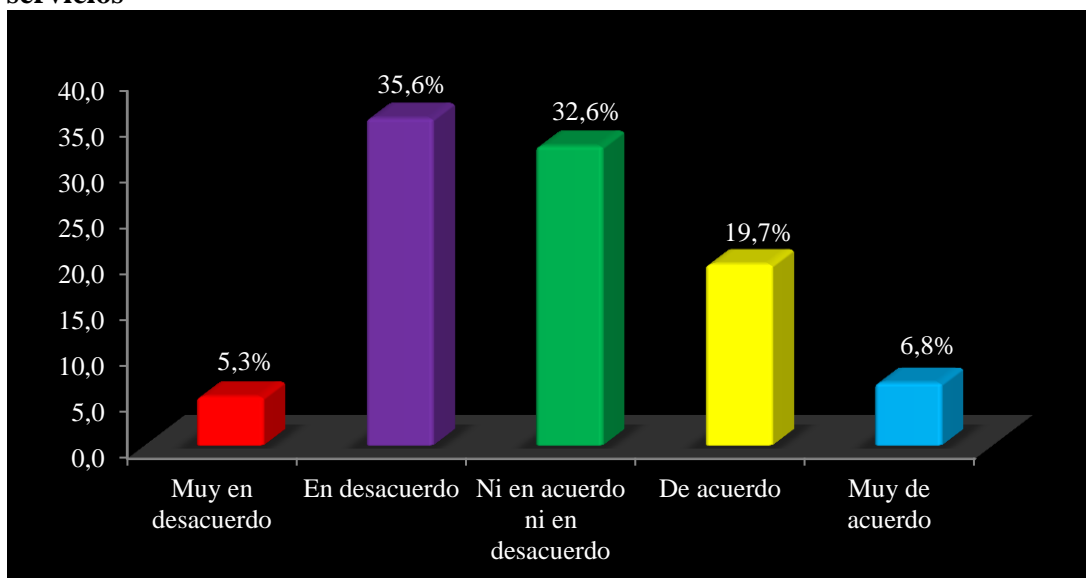
El 46.2% del personal de enfermería manifiesta que no se pierde la información de los pacientes cuando se trasladan de una unidad a otra, mientras que el 28.1% opinan de manera diferente. Sin embargo, no se considera una fortaleza porque no supera el 50% de personas en contra del cuestionamiento. (Ver gráfico 51).

grafica 53 Actitudes y comportamientos sobre la pérdida de información en los cambios de turnos



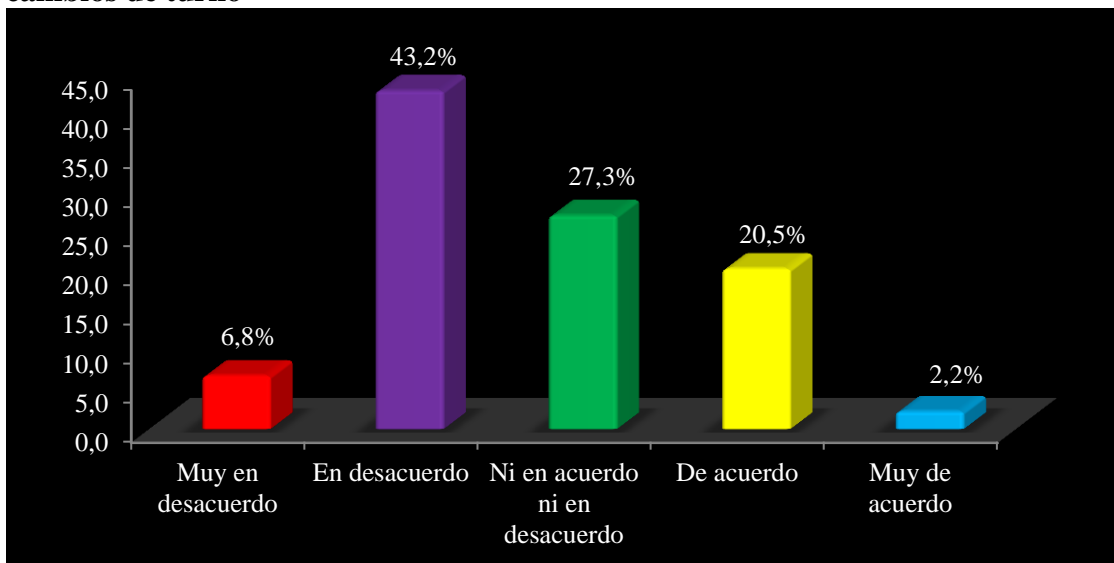
En el gráfico 52, se observa que el 62.1% de los encuestados opina que durante la entrega de turno no se pierde la información de los pacientes; entre tanto, el 23.5% aduce que sí. Por lo anterior cabe resaltar que este aspecto se considera como una fortaleza para esta organización.

grafica 54 Actitudes y comportamientos sobre los Problemas de información entre los servicios



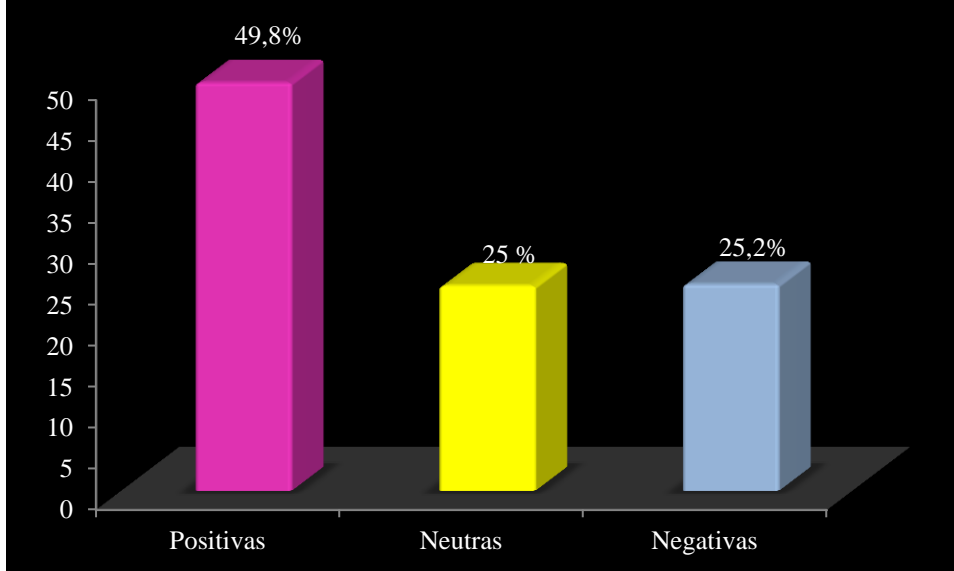
El intercambio de información entre los diferentes servicios es habitualmente problemático, esto opina el 26.5% del grupo de enfermería, el 40.9% no se encuentran de acuerdo y un porcentaje significativo (32.6%), se muestran neutrales al respecto, de acuerdo con lo plasmado en el gráfico 53. El porcentaje mayor da evidencia que esta situación no llega a ser una fortaleza para la Clínica.

grafica 55 Actitudes y comportamientos sobre la Presencia de problemas durante los cambios de turno



De acuerdo con el gráfico 54, el 50% del personal de enfermería percibe que no surgen problemas en la atención de los pacientes como consecuencia de los cambios de turno, lo cual se constituye en una fortaleza. Por su parte el 22.7% refieren que si presentan dichos problemas.

grafica 56 Problemas en los cambios de turno y transiciones entre servicios



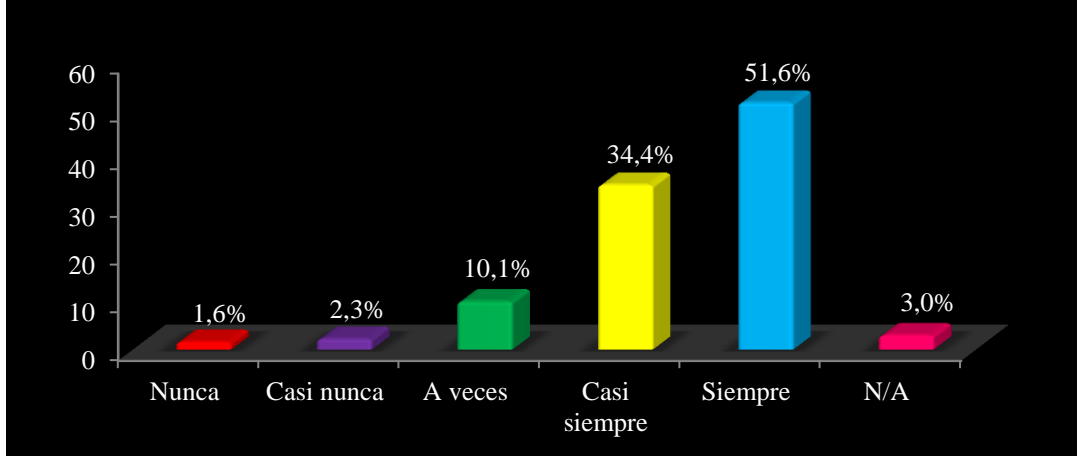
Al analizar la variable problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades (gráfico 55), se puede concluir que el 49.8% no confirman la existencia de estos, mientras que el 25,2% tiene una percepción contraria. Por tanto la variable no se clasifica como oportunidad de mejora porque no supera el 50% de opiniones desfavorables, ni como una oportunidad de mejora porque no llega al 75% de opiniones positivas, pero evidencia la necesidad de mejorar la comunicación en estos dos procesos cruciales en el cuidado de enfermería: el pase de turno y el traslado de pacientes a otras unidades.

3.20 ADHERENCIA DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN CUANTO A LAS ACCIONES DE SEGURIDAD DE LOS MEDICAMENTOS

- **Manejo de medicamentos servicio/Unidad)**

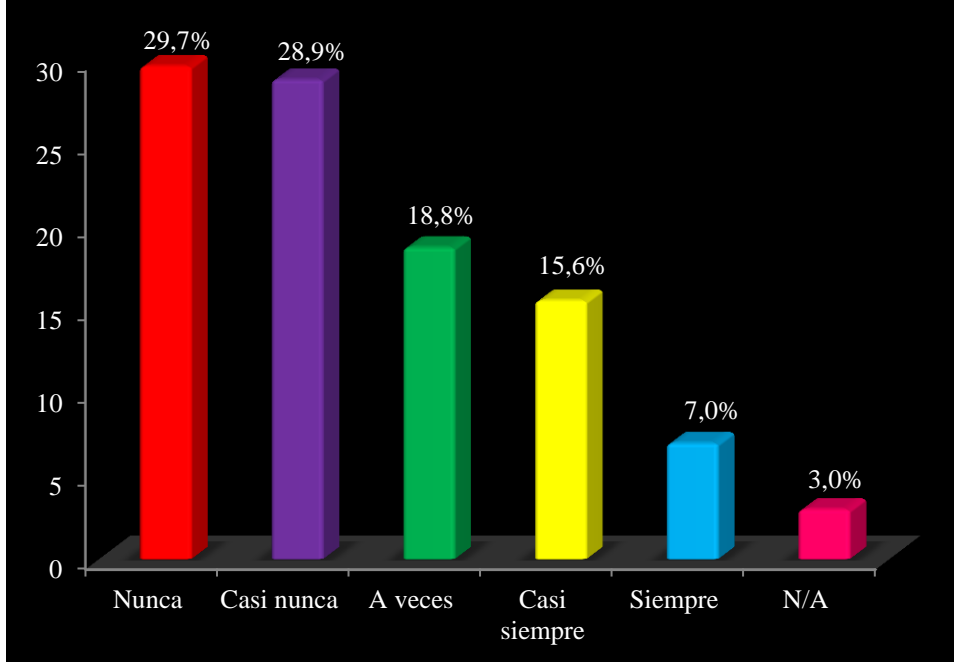
Referente a esta variable se aclara que los ítems 60 y 61 no fueron respondidos por todos los participantes en el estudio por cuanto en ellos se indaga sobre actividades específicas que no todos desarrollan en su quehacer en la institución. A continuación aparecerán las opiniones de las personas para las cuales aplicaba cada pregunta, teniéndolas en cuenta como un 100% en cada caso.

grafica 57 Verificación de órdenes verbales



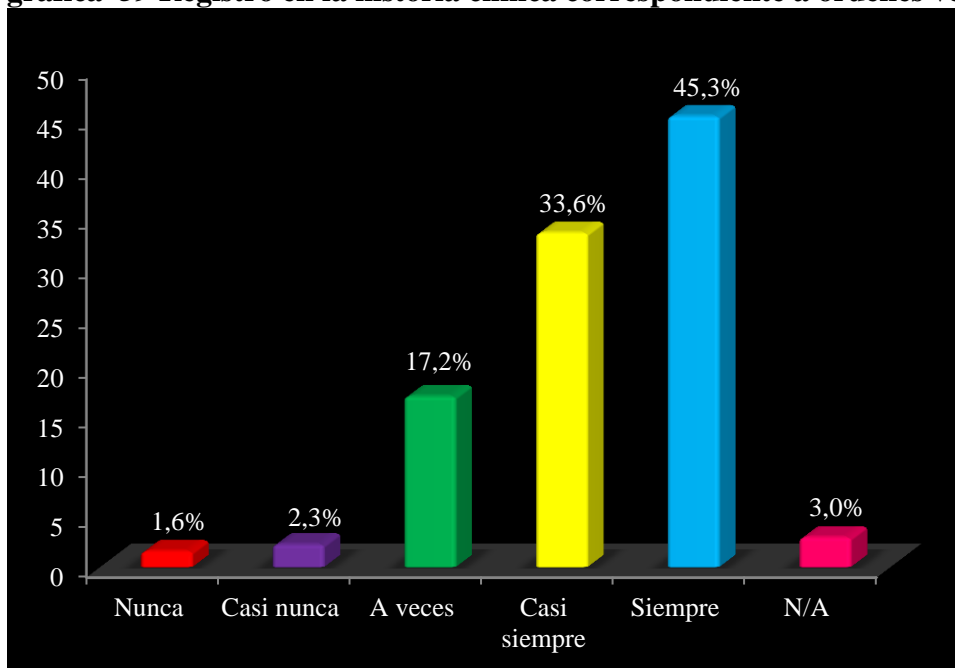
Para cuatro de los encuestados no aplicó este interrogante, tomándose como 100% 128 personas. El 86 % de los participantes de la investigación confirman que cuando se reciben verbalmente órdenes de tratamientos y procedimientos, las repiten en voz alta, para garantizar su adecuada comprensión; y el 3.9% manifiesta que no siempre se hace la verificación. De acuerdo a lo anterior se resalta que este ítem es una fortaleza debido a que supera el 75% de las opiniones positivas esperadas según los criterios de la metodología de la investigación. (Ver gráfico 56)

grafica 58 Análisis y registro de información en la historia clínica de memoria



Al igual que en la anterior pregunta, ésta no aplicó para cuatro personas. En el gráfico 57, se analiza con preocupación que un porcentaje considerable (22.6%) del grupo de personas encuestadas, expresa que elabora o han elaborado informes o resúmenes a partir de la memoria, sin tener a la mano documentación importante como análisis, informes radiológicos, medicación administrada, entre otros. Sin embargo, el 58.6% manifiestan lo contrario, por lo que este aspecto no se constituye ni en una fortaleza ni en una oportunidad de mejora para la institución.

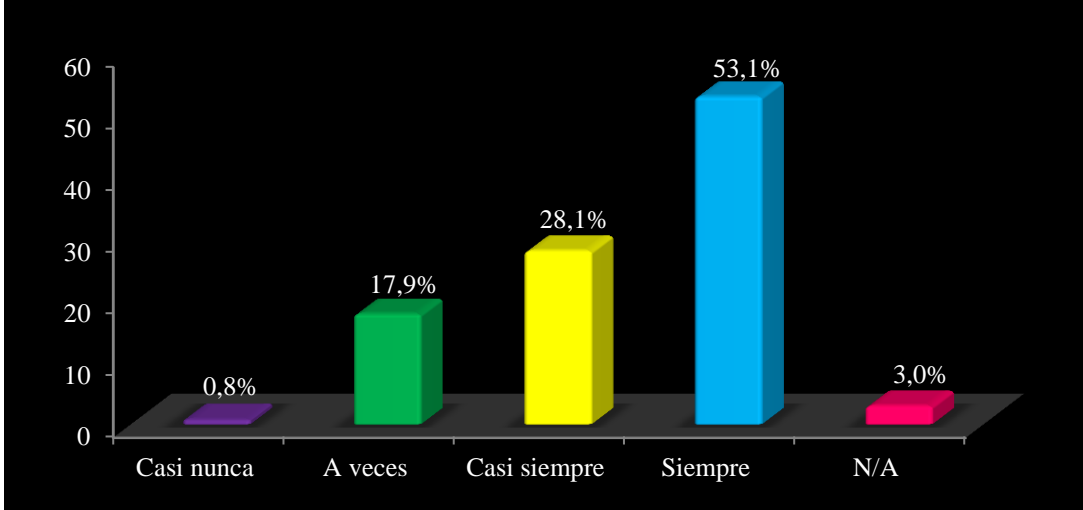
grafica 59 Registro en la historia clínica correspondiente a órdenes verbales



Esta pregunta no aplicó para cuatro personas, por lo tanto, tomando como 100% 128 participantes, se observa en la gráfico 58 que el 79 % de los individuos encuestados reitera que al momento de recibir verbalmente órdenes las anotan en el documento clínico correspondiente, por el contrario solo el 4 % opinan diferente.

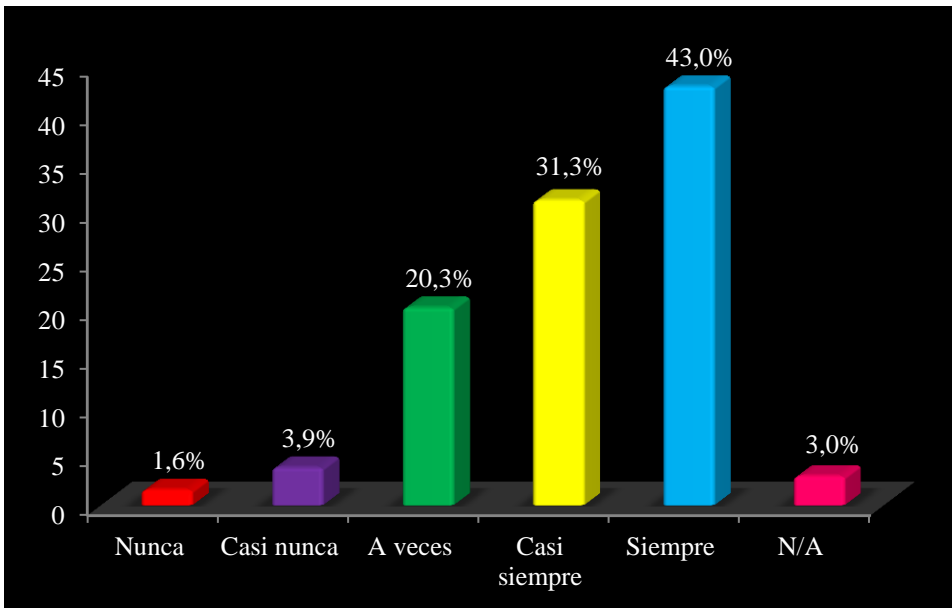
Referente a lo observado anteriormente se identifica este ítem como una fortaleza que fomenta la cultura de seguridad del paciente en la institución, puesto que el porcentaje de respuestas positivas supera el 75% propuesto en la metodología de la investigación.

grafica 60 Verificación de medicamentos antes de una nueva prescripción



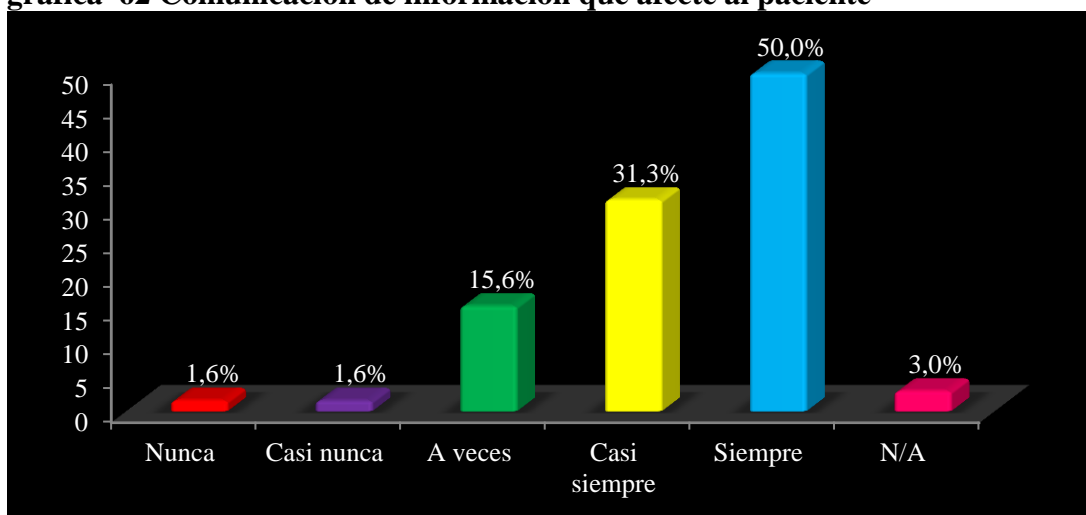
De acuerdo a lo observado en el gráfico 59, el 81,2% de las personas verifican el listado de los medicamentos que está tomando el paciente antes de realizar una nueva prescripción, lo cual aplica para una fortaleza en la organización. Solo el 0,8 % lo hace con poca frecuencia. Esto teniendo en cuenta que se toma como 100% a 128 personas.

grafica 61 Comunicación clara de los cambios del paciente



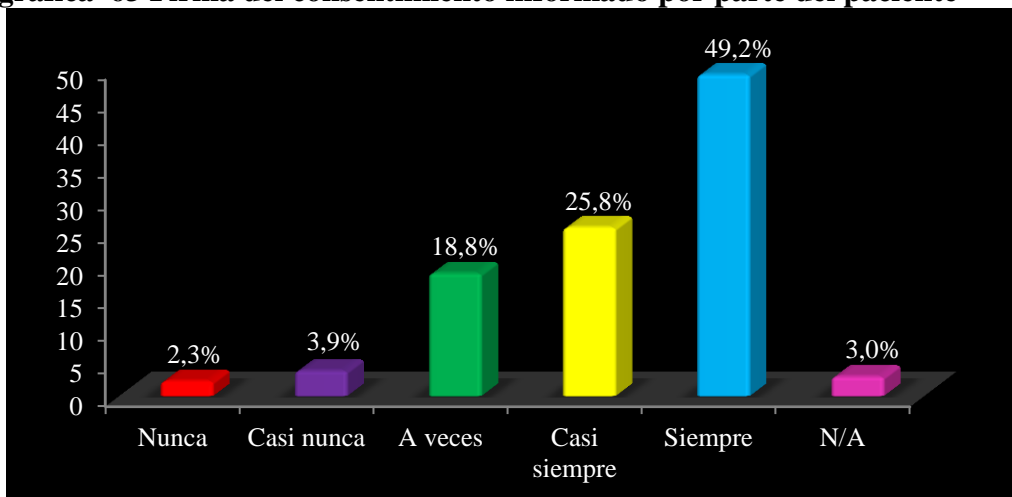
El 74.3% de los encuestados, tomando 128 como un 100%, contestaron que son comunicados de forma clara y rápida todos los cambios en la medicación a los implicados en la atención del paciente, aunque el 5.5% tiene una percepción diferente, tal y como se aprecia en el gráfico 60. Dado a lo anterior, se evidencia que este ítem debe potencializarse al interior del servicio puesto que las opiniones positivas se acercan a una fortaleza.

grafica 62 Comunicación de información que afecte al paciente



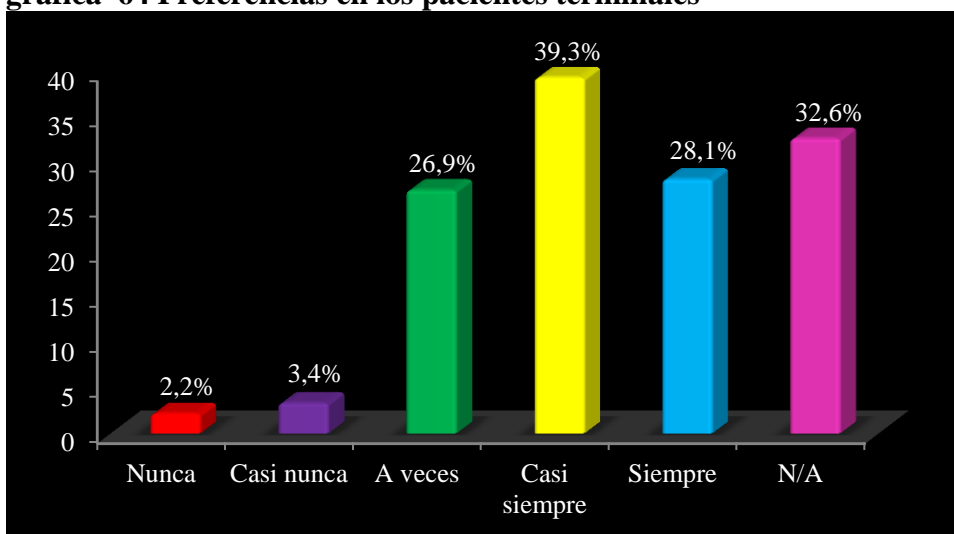
En lo concerniente al interrogante: cualquier información que afecte al diagnóstico del paciente es comunicada de forma clara y rápida a todos los profesionales implicados en la atención de ese paciente, que aplicó para 128 personas, el 81.3% de ellas opinaron de manera afirmativa, mientras que para 3.2% no es así. (gráfico 61). De acuerdo a estas respuestas el ítem significa una fortaleza para la institución.

grafica 63 Firma del consentimiento informado por parte del paciente



Frente al gráfico 62, que muestran la opinión de 128 participantes, se puede afirmar que, el 75% de ellas están de acuerdo con el enunciado, antes de que firme el consentimiento informado, se pide al paciente o a su representante que repita lo que ha entendido de las explicaciones recibidas sobre posibles riesgos y complicaciones de la intervención, exploración o tratamiento; entre tanto el 6.2% piensan lo contrario. De acuerdo con lo anterior, el ítem se destaca como una fortaleza.

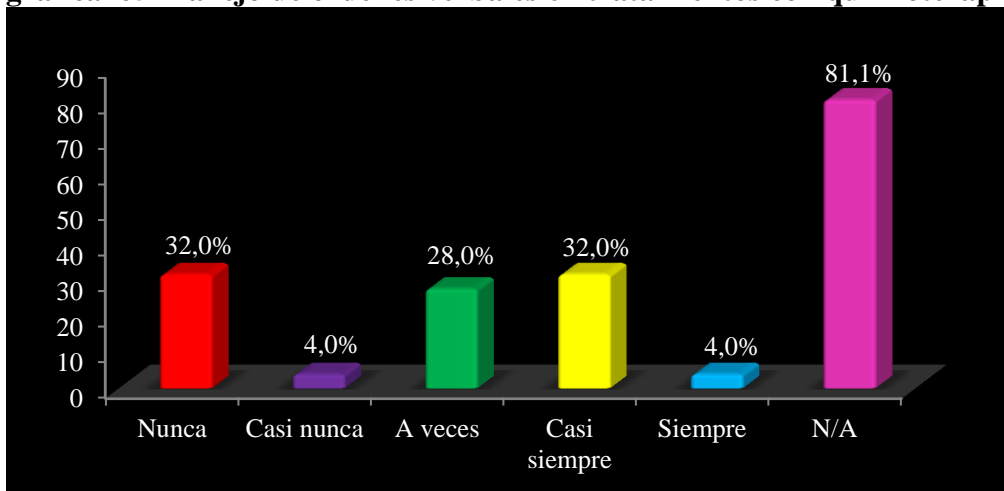
grafica 64 Preferencias en los pacientes terminales



El 67.4% de los participantes de la investigación confirman que en los pacientes probablemente terminales, se indaga de forma anticipada sus preferencias sobre

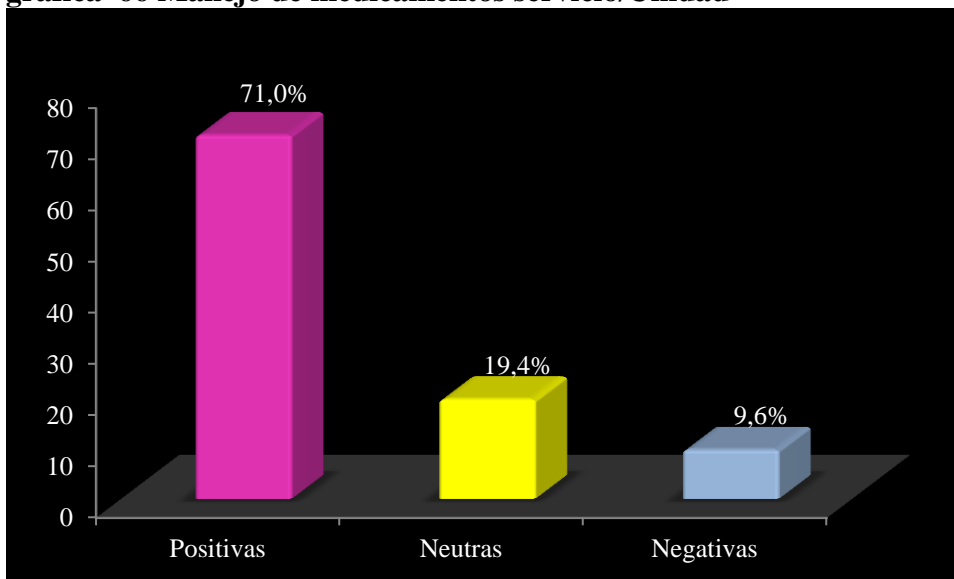
tratamientos y procedimientos de soporte vital, mientras que el 5.6% se encuentran en contraposición (gráfico 63), lo cual permite concluir que el ítem no es una fortaleza ni oportunidad de mejora en la Institución. Es de aclarar que este postulado aplica sólo para las unidades que prestan servicio a dichos usuarios, aplicando para 89 participantes de la investigación.

grafica 65 Manejo de órdenes verbales en tratamientos con quimioterapia



Sólo al 19.9% de los participantes en el estudio, es decir a 25 personas aplicó esta pregunta. Sin embargo los resultados son bastante preocupantes pues las opiniones estuvieron divididas: 36% informan que reciben órdenes verbales en relación con tratamiento para la quimioterapia, igual porcentaje afirma lo contrario y 28% de mantuvo neutral ante el cuestionamiento (gráfico 64), por lo tanto este ítem no se comportó ni como un a fortaleza ni como una oportunidad de mejora, pero si evidencia un gran riesgo para la seguridad del paciente oncológico.

grafica 66 Manejo de medicamentos servicio/Unidad



En términos generales, esta variable (manejo de medicamentos servicio/unidad) no se constituye una fortaleza u oportunidad de mejora para la institución al no cumplir con los parámetros establecidos en la metodología de la investigación, puesto que las respuestas positivas fueron de 71%, mientras que el comportamiento de las respuestas en contrariedad sólo alcanzó el 9.6% (gráfico 65). A pesar de ello, el ítem que contempla que se elaboran o se han elaborado informes o resúmenes a partir de la memoria, sin tener a la mano documentación de soporte, no arroja resultados que lo categoricen como una oportunidad de mejora (22.6%), de acuerdo con la resolución 1995 de 1.999, manejo de historia clínica, y el riesgo que significa el hecho en la seguridad de la atención al paciente, este es un aspecto en el que se debe enfatizar.

3.21 DISCUSIÓN

Una vez obtenidos los resultados de la investigación realizada en una Institución de tercer nivel de atención, se encontró que, el 22.7% de los participantes corresponde a enfermeros y 77.3% a auxiliares de enfermería, categoría de grupo que se tiene en cuenta en un estudio realizado en Chile en el cual el 90.2% son profesionales y el 9.7% son auxiliares de enfermería. Así mismo otro estudio realizado por Gómez Et al, tuvo como muestra el 54.8% de enfermeros y el 45.2% auxiliares de enfermería. No obstante algunos estudios sobre cultura de seguridad del paciente han tenido en cuenta otras profesiones, aunque el equipo de enfermería siempre está presente, como es el caso de un estudio realizado por Pozo y Padilla “donde participaron médicos y enfermeros con un 36.9% y 63% respectivamente”(68) y el de Roqueta donde “40% de la muestra estuvo conformado por enfermeros y 10% por auxiliares de enfermería, pero además 34% médicos y 14% residentes”(72).

Lo anterior tiene relación con que aunque la participación de todos en la seguridad del paciente es importante, es vital el rol del personal que se encuentra en contacto directo con el paciente, dado que las intervenciones, procedimientos que éste realiza de manera cotidiana son los más susceptibles a errores. De hecho, para el caso de este estudio, 93.2% de los encuestados mantiene contacto directo con el paciente, al igual que 98% de los participantes en el estudio de Roqueta(72). 92.9% de los de la investigación de Pozo y Padilla y más del 90% del personal de la investigación del Ministerio de Sanidad y Consumo de España.

Analizando el tiempo que llevan los participantes ejerciendo su profesión u oficio, en este estudio, 86.7% de los enfermeros y 79.4% de los auxiliares de enfermería tienen menos de seis años. Así mismo, 56.7% de los enfermeros lleva menos de un año trabajando en la Clínica junto con el 34.3% de los auxiliares; y 93.3% de enfermeros y 92.2% de los auxiliares lleva menos de tres años en su servicio. Lo anterior significa que la mayor parte del personal de enfermería de la muestra no es antiguo, a diferencia del estudio realizado por Pozo y Padilla donde “el porcentaje más alto se alcanzó en el tramo mayor a 21 años, es decir, se trataba de profesionales experimentados”(68).

Tener personal con poca experiencia en una organización en salud implica ciertas ventajas y desventajas. En cuanto a las primeras, un personal nuevo acepta y se acopla más fácilmente a los cambios y nuevas directrices institucionales, incluidas las que tiene que ver con seguridad del paciente. Sin embargo, la falta de conocimientos, habilidades y destrezas pueden constituirse en factores del individuo contribuyentes a fallas activas que desencadenan en eventos adversos, tal y como lo contempla el protocolo de Londres.

Igualmente, para el campo específico de los profesionales de enfermería, teniendo en cuenta los niveles de experticia tratados por Patricia Benner, los enfermeros con menos de cinco años de experiencia están clasificados como principiantes, principiantes avanzadas, competentes y eficientes. Así, el principiante, dentro de los que se encuentran los recién graduados, no tienen experiencias previas de las situaciones a las que se enfrenta en su campo laboral; el principiante avanzado, adquiere experiencia necesaria para dominar algunos aspectos de las situaciones y su interés no se centra en conocer las necesidades y respuestas del paciente; el eficiente percibe la situación como un conjunto y tiene seguridad de sus conocimientos y habilidades; mientras que el competente planifica, prevé y gestiona el tiempo muestra cierta habilidad para considerar los cambios de una situación. Ello significa, en términos de seguridad del paciente que a menor experticia, mayor riesgo de eventos adversos, dado que el profesional en estas fases descritas, no tiene una visión general, asimilación del saber práctico y previsión de lo inesperado que tiene un enfermero experto.

A propósito de lo anterior, en la institución estudiada, 13.3% de los enfermeros llevan más de siete años desempeñándose en su profesión y 20.6% de los auxiliares de enfermería tienen más de siete años de trabajar en su oficio, lo cual es sinónimo de mayor antigüedad, lo que implica mayor experiencia en el servicio.

En el caso puntual de los profesionales de enfermería, y de acuerdo con la clasificación tomada por Patricia Benner de Dreyfus y Dreyfus, estos colaboradores estarían al nivel de un enfermero experto, capaces de poseer “un dominio intuitivo de la situación, identificar el origen del problema sin perder el tiempo en soluciones y diagnósticos alternativos, además conoce al paciente como persona y sus patrones de respuesta, demuestra dominio clínico y

de la práctica basada en recursos, tiene asimilación del saber práctico, visión general y previsión de lo inesperado”(61).

Estas características que conducen a que la persona actúe con pericia, conocimiento y experiencia, se constituyen en barreras de defensa ante las fallas o acciones inseguras que conllevan a eventos adversos, tal y como se contempla en el Protocolo de Londres.

No obstante, una persona con experiencia en el servicio también puede incurrir en ciertos comportamientos que se constituyen en factores individuales contributivos de eventos adversos, como cansancio, exceso de confianza y dificultad para adaptarse a cambios y políticas institucionales, incluidas las de seguridad del paciente.

A todo con lo anterior, los servicios en los cuales se desempeñan las personas que hicieron parte de este estudio son: salas de hospitalización general, ortopedia, oncología y quirúrgicas con un porcentaje de 46.1%, siendo éste el grupo donde hay mayor número de encuestados. Seguido de las unidades de cuidado crítico con un porcentaje de 19.7%, posteriormente cirugía con 15.2%, luego urgencias con 11.4% y los servicios de menor aporte fueron cardiología invasiva, consulta externa y neumología, cada uno con 0.8%.

Resultados comparables con la investigación del Ministerio de Sanidad y Consumo de España (2009), donde la mayor parte de las personas trabaja en el “Servicio de Urgencias, Cirugía, Anestesiología y Medicina Interna en los hospitales pequeños” (menos de 200 camas)(73).

Y el estudio de Fajardo Dolci, donde “16.1% trabajan en más de una unidad hospitalaria, 17.8% correspondieron a medicina, 7.5% a cirugía y 5.7% a rehabilitación”(74).

Por otro lado, se pudo hallar en el presente estudio que un porcentaje considerable del personal participante (33.3% de enfermeros y 55.9% de auxiliares de enfermería), laboran más de 48 horas semanales, porcentajes similares al “37.09% de los funcionarios que trabajan entre 40 y 59 horas”(68) según el estudio de Poso y Padilla y superados por el 61% de encuestados que trabajan la misma cantidad de horas semanales en el estudio de Meléndez(75).

En este sentido, es importante acotar que trabajar más tiempo del indicado puede acarrear cansancio, sueño y quebrantos de salud física y mental, todos ellos considerados como factores contributivos individuales que generan eventos adversos según el Protocolo de

Londres. Además, se hace necesario recordar que de acuerdo con el título II, artículo 161 del Código Sustantivo del Trabajo, un trabajador “debe laborar máximo 48 horas a la semana”(76).

Reflexionando sobre la calificación que dan los encuestados al nivel de seguridad en su servicio, llama la atención que hay puntuaciones muy bajas (menores de 6 puntos) en un porcentaje pequeño de los encuestados (6.6% de los enfermeros y 5.8% de los auxiliares), lo cual indica que no se percibe un ambiente totalmente seguro para el paciente. Este resultado superó al 1.7% de personas que opinaron que la seguridad es muy pobre en el estudio de Fajardo Dolci(74).

Sin embargo, 70.1% de los enfermeros y 84.4% de los auxiliares de enfermería, dieron una calificación entre 8 y 9 y 8 y 10 respectivamente, evaluaciones que coinciden con el 50% de personas que calificaron como muy buena (8 y 9 puntos) la seguridad en el estudio de Poso y Padilla(68).

3.22 DIMENSIONES CONSIDERADAS COMO FORTALEZAS

Una variable se considera fortaleza cuando alcanza el 75% de respuestas positivas a preguntas planteadas en positivo o 50% de respuestas negativas a preguntas planteadas en negativo, según la metodología planteada en el estudio.

En este orden de ideas la única dimensión que logró consolidarse de manera contundente como una fortaleza fue el aprendizaje organizacional/mejora continua, por cuanto obtuvo un 87.8% de comentarios favorables, resultado que se asemeja al del estudio de Meléndez, donde este aspecto tuvo un 83% de respuestas positivas. Ello significa que hay una percepción generalizada que en la institución se aprende de los errores, que son detectados, analizados y gestionados, lo que redundará en la mejora de los procesos institucionales en pro de la seguridad del paciente, como se resalta el Ministerio de Salud de Colombia en uno de sus documentos, alusivos a esta temática.

Sin embargo, en la investigación de Pineda, et al, esta variable resultó tener una tendencia hacia fortaleza(77); mientras que el estudio del Ministerio de Sanidad y Consumo de

España (2009), “la dimensión en su conjunto no pudo considerarse como fortaleza”(73); y en el de Jaraba (2013), tuvieron preponderancia las posiciones neutras con un 52.2%.

3.23 DIMENSIONES CON TENDENCIA A SER CONSIDERADAS COMO FORTALEZAS

Dentro de este grupo se tuvieron en cuenta aquellas variables que aunque no alcanzaron un 75% de respuestas positivas propuestas por la metodología del estudio, se aproximaron a este porcentaje. Tal es el caso del manejo seguro de medicamentos, tema en el cual en términos globales se obtuvo un 71% de opiniones favorables. Sin embargo aspectos puntuales como la elaboración de informes utilizando sólo datos de memoria y cumplimiento de indicaciones verbales para la aplicación de citotóxicos, son prácticas altamente inseguras que pueden conducir a eventos adversos. De hecho, “Los errores relacionados con medicamentos constituyen la principal causa de eventos adversos en los hospitales.(78)”

Por ello el Ministerio de Salud, en su documento recomienda “establecer protocolos de actuación, directrices, escalas de dosificación para los medicamentos de alto riesgo que incluyan normas de correcta prescripción, detección de alergias y recomendaciones específicas que insten a evitar el uso de abreviaturas y prescripciones ambiguas”(78); además “disminuir la dependencia de la memoria”, y reitera como una barrera o defensa humana para la reducción de los eventos adversos la “limitación de órdenes verbales y telefónicas excepto emergencias.”

Lo anterior obliga a las instituciones no sólo a tener protocolos y guías de gestión de medicamentos actualizadas, sino además a garantizar la adherencia del personal a las mismas, mediante la capacitación y evaluación continua de dichos procesos.

Otra dimensión con tendencia a fortaleza fue la frecuencia de eventos adversos notificados, al obtener un 64.9% de respuestas positivas y un 6.8% de respuestas negativas, con lo cual se intuye que hace falta cultura de reporte en la organización; así mismo un estudio realizado por Ibarra et al, indica que el 58.1% de los encuestados expresan nunca haber hecho un reporte de eventos adversos . De igual forma, en el estudio de Pozo y Padilla se

sugiere fortalecer este aspecto al obtener sólo un 49% de respuestas afirmativas(68) . Sin embargo un estudio realizado por Pineda Et al ilustra lo contrario con 8% (10) de reportes por cada participante(79).

Teniendo en cuenta lo anterior y dado que la seguridad del paciente es un aspecto que compromete directamente la calidad en la prestación del servicio, y en el cual la notificación de los eventos adversos tiene una relación transversal puesto que a partir de ello se realiza la evaluación de los procesos, ésta debe ser un aspecto importante a considerar en cada uno de los funcionarios de las EPS. Es así como en el protocolo de Londres establece la notificación como primer paso para la investigación de los incidentes y eventos adversos y lo cual solo se obtiene en las Instituciones donde se promueve la cultura de seguridad del paciente.

En este orden de ideas, Mira et al., afirma que (80) un sistema de notificación debe garantizar una adecuada recolección de la información sobre los incidentes y eventos adversos, de tal forma que permita a las entidades el análisis de los mismos y determinar los factores de riesgo de mayor prevalencia con el fin de implementar planes de mejoramiento.

Para el estudio, la variable retroalimentación y comunicación sobre los errores tiene tendencia a ser fortaleza porque las respuestas positivas fueron de 65.1%. Similar a ello, el estudio de Pozo y Padilla trae a colación que esta dimensión fue valorada positivamente al obtener un porcentaje de respuestas de 60%. No obstante el estudio Análisis de la cultura de seguridad del paciente en el hospital de alta especialidad de Oaxaca evidencia que el 53.3% de los participantes afirman no haber recibido retroalimentación o comunicación con respecto a los errores que ocurren en su área de trabajo.

En cuanto a este aspecto, es relevante mencionar que la retroalimentación o comunicación de los errores forma parte fundamental en la seguridad del paciente, pues de ello depende que se generen cambios en los colaboradores, en los procesos y a su vez se establezca una cultura organizacional que favorezca la prestación de servicios en salud con el mínimo de riesgo.

Al respecto, el protocolo de Londres hace referencia a que (81) una vez terminado el proceso de investigación se debe establecer una serie de recomendaciones tendientes a

diseñar un plan de acción que promueva la cultura de seguridad del paciente en las instituciones, generando cambios en sus colaboradores al entender la importancia de brindar una atención segura para el paciente.

Por su parte Mira recomienda(80) dar especial atención a la retroalimentación de la información ya que las personas aprenden de sus propias notificaciones y experiencias, lo cual contribuye a mejorar la seguridad del paciente.

Una cuarta variable con tendencia a ser considerada como una fortaleza, es el apoyo y acciones de los jefes y de la gerencia en la gestión de los eventos adversos(73), por cuanto el porcentaje de respuestas afirmativas fue de 71,4%. Lo cual difiere de un estudio realizado en España, año 2009 con un total de 24,5% de respuestas positivas.

Si este fuera el caso para la institución en estudio, sería bastante preocupante porque indica que la gerencia y los jefes no consideran la gestión de los eventos adversos es prioritaria en la seguridad del paciente.

A pesar del comportamiento de la variable, se encuentra en ella un ítem que clasifica contundentemente como una fortaleza para la institución al obtenerse un 80,2% de respuestas positivas al interrogante (la gerencia muestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades), caso contrario del estudio realizado en España donde éste ítem sólo alcanza un 24,8% de respuestas afirmativas.

Al analizar la dimensión del Trabajo en equipo en la unidad/servicio, ésta también tiende a ser una fortaleza ya que su resultado es de 71.9% de encuestados a favor, lo cual difiere de un estudio realizado en España (2009) en donde se encontró solo un 53,9% de respuestas favorables, y por tanto es una oportunidad de mejora para este caso. El trabajo en equipo es vital para obtener mejores resultados en los procesos misionales institucionales, logrando así preservar la seguridad del paciente y con ello brindar mejor calidad en la atención, por lo cual esta dimensión debe seguir siendo trabajada para que se consolide como fortaleza.

Una última dimensión con tendencia a fortaleza se refiere a las expectativas y acciones de la dirección/ supervisión de la unidad/servicio que favorecen la seguridad al obtener un resultado de 64,4% de respuestas afirmativas, lo cual coincide con el estudio de España en el cual la variable reporta un 61.8% de respuestas afirmativas, así mismo el estudio de Pozo y padilla(68) catalogada la misma como una franca fortaleza con un porcentaje de 80.5%.

Los resultados del estudio indican para la institución que la dirección/supervisión trabajan en la seguridad del paciente lo cual se reafirma en la variable apoyo y acciones de los jefes en la gestión de los eventos adversos dando muestra que la seguridad del paciente es un tema transversal para los integrantes del equipo.

3.24 DIMENSIONES NEUTRAS

Las dimensiones que se clasifican en este rango son aquellas que no alcanzan el porcentaje estipulado en la metodología para considerarse una oportunidad de mejora, pero se encuentra en el límite del rango. Esto indica que la institución debe fortalecer estos aspectos en vías de mejorar la seguridad del paciente en la prestación del servicio.

Es así como, en los resultados de este estudio el 50% de los participantes mostraron una tendencia neutra en la variable cambio de turno y transiciones entre servicios, mientras que en un estudio realizado en México por Pineda Zúñiga et al, este aspecto resultó ser de manera clara una oportunidad de mejora. Y en el estudio realizado por Pozo y Padilla se valoró esta dimensión como positiva con un 64.4% de las opiniones a favor.

Así, los cambios de turnos y transiciones entre servicios se convierten en un factor protector para el usuario cuando el personal hace entrega correcta en su turno o entre unidades, mediante la comunicación efectiva de todos los aspectos importantes del estado de salud del paciente, dando cumplimiento a la segunda meta de seguridad del paciente promulgada por la OMS; por el contrario, si esto no se cumple a cabalidad se convertirá en un factor contributivo de eventos adversos.

3.25 DIMENSIONES CON TENDENCIA A OPORTUNIDAD DE MEJORA

En este aspecto se clasifican aquellas variables cuyo comportamiento fue cercano al 50% de respuestas negativas, ante preguntas formulada en positivo, de igual forma aquella que anteceden al 50% respuestas positivas a preguntas formuladas en negativo.

Al respecto, la dimensión percepción de seguridad del paciente es considerada una oportunidad de mejora para la Clínica, por cuanto el grupo de personas encuestadas

afirman que la seguridad del paciente es de 57.5%, en relación con otro estudio realizado en el 2009 por el Ministerio de sanidad y consumo de España, revela una cifra parecida con un 54.9 % de respuestas negativas, otro estudio realizado en México (2013) reporta un comportamiento similar con un 61.8% de respuestas afirmativas(77). Es así como los resultados indican que la seguridad del paciente debe fortalecerse en la institución con el fin de mejorar los estándares de calidad en la prestación del servicio y a su vez contribuir en la recuperación de la salud de los pacientes.

De igual forma, la variable franqueza en la comunicación se encuentra como tendencia a ser una oportunidad de mejora, por cuanto el resultado de respuestas positivas solo alcanzó un porcentaje de 42,4%, el cual puede compararse con un estudio realizado en un hospital pediátrico en México, donde el resultado fue muy similar con el 24.3%(82),de forma similar, en otro estudio realizado en el ámbito hospitalario del sistema nacional de salud Español se menciona que, “no destaca, ni globalmente ni en ninguno de sus ítems, ni como especialmente problemática ni como positiva”(73),tal situación puede llevar a la no notificación de los eventos adversos y por ende encaminar de manera negativa la cultura de seguridad del paciente que se pretende tener en la Clínica.

En lo que respecta a la respuesta no punitiva a los errores, se reporta un 38.3% de resultados negativos en la organización, un estudio realizado por Castañeda et al muestra un comportamiento similar con un 36.9%(77), porcentajes superados por el estudio de Meléndez et al con un 43.7%(82). Estos resultados significan que un gran porcentaje de colaboradores temen represalias en contra de ellos si reportan eventos adversos, con lo cual se genera el ocultar información llevando a la institución a un deterioro en la calidad de la atención al paciente. Los empleados deben tener el conocimiento claro de que la cultura de seguridad del paciente favorece el comunicar los errores y que por ello no se generaran sanciones.

Al analizar la dimensión dotación de personal, un 33.5% del personal de enfermería respondió de manera negativa a la afirmación, contrario a lo encontrado en un estudio realizado en un hospital pediátrico de México donde el 93% de los encuestados respondieron de manera(82), por su parte, otro estudio realizado por Castañeda et al menciona en su resultado de un 21% de respuestas con oportunidad hacia la mejora(77). En

cuanto a los resultados encontrados en la Clínica los cuales hace referencia a las cargas de trabajo laboral y en relación a la cantidad de personal para brindar una atención con seguridad, se ve claramente que se debe analizar cómo está internamente la institución en cuanto a estos ítems anteriormente mencionados, con el fin de que se pueda mejorar estos aspectos para dar beneficio a los empleados y a su vez se refleje en la buena calidad en la atención para los usuarios.

Dentro del estudio se describe que el personal de enfermería afirma en un 48.7% que hay un buen trabajo en equipo entre unidades, similar al estudio de Meléndez que describe que “los servicios trabajan en forma coordinada entre sí para proporcionar la mejor atención posible a los pacientes”(77). Así mismo lo demuestra un estudio realizado en España donde el 61.93% de los participantes emiten opiniones afirmativas al respecto.

El objetivo del trabajo en equipo va direccionado a brindar una atención segura en salud y libre de errores, por tal motivo, todo el personal debe involucrarse en él y no convertirse en una isla, ya que esta actitud aumenta el riesgo de eventos adversos y no le permitirá visualizar errores potenciales que se puedan presentar; además el personal debe estar en capacidad de trabajar con otros para crear así nuevas estrategias que generen un aumento en la cultura de la seguridad. En este orden el protocolo de Londres aporta como factor contributivo a cometer eventos adversos, la falta de trabajo en equipo.

3.26 CONCLUSIONES

Finalmente, tras haber analizado los aspectos relacionados con la cultura de seguridad del paciente en el personal de enfermería de la Fundación Clínica del Norte, se pudieron inferir las siguientes conclusiones:

- En cuanto a la caracterización de la muestra, el 22.7% de los participantes corresponde a enfermeros y 77.3% a auxiliares de enfermería; la mayor parte de ambos grupos con menos de seis años de experiencia en su profesión u oficio y más del 90% menos de tres años en su servicio, catalogándose según los niveles de experticia de Patricia Benner como principiantes, principiantes avanzados y competentes. A esto se suma que un 93.2% se encuentra en contacto directo con los pacientes, un 46.1% de los participantes en el estudio trabaja en servicios críticos como cirugía y oncología, y que 33.3% de enfermeros y 55.9% de auxiliares de enfermería laboran más de 48 horas a la semana. Todo ello implica por supuesto riesgos para la seguridad del paciente, donde se conjugan factores como la falta de experiencia, el cansancio y la complejidad de las tareas.
- La mayor parte del equipo de enfermería da una muy buena calificación a la Clínica en cuanto al grado de seguridad del paciente en su servicio la cual perciben: 70.1% de los enfermeros lo evalúan entre 8 y 9; y 84.4% de los auxiliares de enfermería lo califica entre 8 y 10.
- La única dimensión que logró consolidarse de manera contundente como una fortaleza fue el aprendizaje organizacional/mejora continua, con un 87.8% de opiniones favorables.
- Otras variables como el manejo seguro de medicamentos, frecuencia de EA notificados; retroalimentación y comunicación sobre los errores, apoyo y acciones de los jefes y de gerencia en la gestión de EA, trabajo en equipo en la unidad/servicio y expectativas y acciones de la dirección/supervisión de la

unidad/servicio que favorecen la seguridad tuvieron un porcentaje de respuestas positivas cercano al 75% planteado en la metodología del estudio.

- La dimensión percepción de seguridad, tuvo un comportamiento diferente, por cuanto, aunque no obtuvo un porcentaje amplio de opiniones favorables de manera global, algunos de sus aspectos específicos resultaron ser fortalezas.
- Las variables con tendencia a oportunidades de mejora fueron franqueza en la comunicación, respuesta no punitiva a los errores, dotación de personal y trabajo en equipo entre unidades.
- La variable trabajo en equipo en la unidad/servicio, tuvo una valoración favorable, con tendencia a fortaleza, mientras que el trabajo en equipo entre unidades/servicio se inclinó hacia las oportunidades de mejora, comportamiento que indica una falencia en la integración entre los diferentes servicios.
- La dimensión problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/ unidades, tuvo un comportamiento neutral, dado que el personal se abstuvo a emitir opiniones a favor o en contra.

3.27 RECOMENDACIONES

De acuerdo con los resultados de la investigación, se sugiere a la Institución:

- Equilibrar la distribución del personal, de tal forma que quienes tienen mayor nivel de experiencia puedan apoyar a quienes no lo han adquirido.
- Evaluar el número de horas de la carga laboral semanal, teniendo en cuenta la normatividad vigente al respecto.
- Continuar trabajando en el tema de seguridad del paciente, porque aunque la mayor parte de los colaboradores de la clínica califican este aspecto en un nivel alto, es necesario consolidarse en las prácticas seguras que requieren los pacientes.
- Comunicar las lecciones aprendidas de los eventos adversos que ocurren para que cada vez más colaboradores continúen percibiendo que se aprende de los errores, lo cual aporta de manera positiva a la confianza y honestidad en el reporte, indispensables en la cultura de seguridad institucional.
- Seguir trabajando fuertemente en las variables: manejo seguro de medicamentos, frecuencia de EA notificados; retroalimentación y comunicación sobre los errores, apoyo y acciones de los jefes y de gerencia en la gestión de EA, trabajo en equipo en la unidad/servicio y expectativas y acciones de la dirección/supervisión de la unidad/servicio que favorecen la seguridad para que se consoliden como fortalezas. Como se observa todas guardan una íntima relación, dado que si los líderes del proceso de seguridad del paciente institucional comunican las lecciones aprendidas y los avances en la materia, los colaboradores se motivarán a notificar los incidentes y ello reforzará el trabajo en equipo, todo lo cual mejora el manejo de procesos tan neurálgicos como el manejo de medicamentos, redundando de manera positiva en la cultura de seguridad.

- Instar a los diversos niveles de gerencias institucionales a involucrarse más en la Política de Seguridad del Paciente institucional, enseñando con el ejemplo y tomando un liderazgo activo en el proceso, logrando que los colaboradores se contagien de ello en pro de la cultura de seguridad.
- Trabajar de manera fuerte e inmediata en los aspectos: franqueza en la comunicación, respuesta no punitiva a los errores, dotación de personal y trabajo en equipo entre unidades. Así, es urgente instaurar acciones encaminadas a la comunicación efectiva: historia clínica electrónica, abolición de indicaciones médicas verbales, documentación auditorías de procesos neurálgicos como los pases de turnos y entrega de pacientes.
- Resocializar entre el personal el proceso de gestión de eventos adversos, insistiendo en el carácter no punitivo de la notificación, dando evidencia de ello. Con estas acciones se fomentará la comunicación efectiva y un ambiente de justicia y transparencia, indispensables en una institución con una alta cultura de seguridad.
- Dado que las dimensiones en las que se debe seguir trabajando en el personal de enfermería, requieren acciones encaminadas a la formación y capacitación continuada en cultura de seguridad, se puede implementar estrategias articuladas con el convenio docencia asistencia que la Clínica tiene con la UNAC, específicamente con los microcurrículos de gestión, haciendo que la Universidad haga parte activa de esta iniciativa.
- Finalmente se sugiere analizar la cultura de seguridad, teniendo en cuenta las actitudes y comportamientos de todos los colaboradores, con el propósito tener una visión global de este aspecto en toda la Clínica y generar acciones en los colaboradores de todas las áreas y niveles, fortaleciendo la cultura de seguridad institucional.

4. BIBLIOGRAFÍA

1. Hidalgo HC, Garza Hernandez R, González Salinas JF, Pineda Zuñiga M, Acevedo Porras G, Aguilera Pérez A. Ciencia y enfermería - NURSING PERCEPTION OF PATIENT SAFETY CULTURE. 19(2):77-88.
2. Calidad de la Atención: Seguridad del Paciente [Internet]. Organización Mundial de la Salud; 2002 mar p. 1-6. Report No.: A55/13. Recuperado a partir de: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/81905/1/sa5513.pdf>
3. Ministerio de Sanidad y Política Social. Estudio IBEAS prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica [Internet]. Recuperado a partir de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/RESULTADOS%20ESTUDIO%20IBEAS.pdf>
4. Organización Mundial de la Salud. Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente [Internet]. 2009 ene p. 160. Recuperado a partir de: http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf
5. Aguirre Raya DA. Fundamentos de la relación enfermera-persona sana o enferma. Rev Cuba Salud Pública. diciembre de 2004;30(4):0-0.
6. Ministerio de la Protección Social. Lineamientos para la Implementación de la Política de Seguridad del Paciente [Internet]. Bogotá D.C.: Diseño e Impresión Buenos y Creativos; 2008. 52 p. Recuperado a partir de: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/LINEAMIENTOS_IMPLEMENTACION_POLITICA_SEGURIDAD_DEL_PACIENTE.pdf
7. Parra DI, Camargo-Figuera FA, Rey Gómez R. Eventos adversos derivados del cuidado de enfermería: flebitis, úlceras por presión y caídas. Enferm Glob. octubre de 2012;11(28):159-69.

8. Queiroz Bezerra AL, Queiroz E dos S, Weber J, Tanferri de Brito Paranaguá T. Reacciones adversas: indicadores de resultados según la percepción de las enfermeras de un hospital centinela. *Enferm Glob.* julio de 2012;11(27):186-97.
9. Roque KE, Prates ECM. The length of stay and the occurrence of adverse drug: a question of nursing [Internet]. 2011 [citado 6 de febrero de 2016]. Recuperado a partir de: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452011000300022&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
10. Roque KE, Melo ECP. The length of stay and the occurrence of adverse drug: a question of nursing. *Esc Anna Nery.* septiembre de 2011;15(3):595-601.
11. Ordoñez Molina J. Promoción de la Cultura de Seguridad del Paciente [Internet]. [citado 17 de febrero de 2016]. Recuperado a partir de: http://viewppt.com/docs/mps1__minproteccionsocial__gov__co--evtmedica--linea8--Promocion%20Cultura%20Seguridad%20del%20Paciente%20%20mayo%2020%20de%202010%20280510%2018__pptx.html
12. Leitão IMT de A, Oliveira RM, Leite S de S, Sobral MC, Figueiredo SV, Cadete MC. Análisis de la comunicación de eventos adversos en la perspectiva de enfermeros asistenciales. *Rev Red Enferm Nordeste* [Internet]. 14 de enero de 2014 [citado 17 de febrero de 2016];14(6). Recuperado a partir de: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/1193>
13. Duarte S da CM, Stipp MAC, Silva MM da, Oliveira FT de, Duarte S da CM, Stipp MAC, et al. Adverse events and safety in nursing care. *Rev Bras Enferm.* febrero de 2015;68(1):144-54.
14. Paiva MCM da S de, Popim RC, Melleiro MM, Tronchim DMR, Lima SAM, Juliani CMCM, et al. The reasons of the nursing staff to notify adverse events. *Rev Lat Am Enfermagem.* octubre de 2014;22(5):747-54.

15. Reyes JFR. Páginasenferurg.com_nº10 - seguridadpaciente.pdf [Internet]. 2011 [citado 6 de febrero de 2016]. Recuperado a partir de: <http://www.paginasenferurg.com/revistas/2011/junio/seguridadpaciente.pdf>
16. Reyes Revuelta J. Taxonomía en Seguridad del Paciente: ¿Hablamos todos el mismo idioma? [Internet]. 2011. Recuperado a partir de: <http://www.paginasenferurg.com/revistas/2011/junio/seguridadpaciente.pdf>
17. Gomez Ramirez O, Arenas Gutierrez W, Garzon Salamanca J, Mateus Galeano E, Soto Gámez A. Cultura de Seguridad del Paciente por Personal de Enfermería en Bogotá, Colombia. 2011;3:97-111.
18. Remon C. Curso Virtual de Introducción a la Investigación en Seguridad del Paciente [Internet]. Recuperado a partir de: <http://www.who.int/patientsafety/research/Sesion1.pdf>
19. Fajardo Dolci G, Hernandez Torres F. Definiciones y Conceptos Fundamentales para el mejoramiento de la Calidad de la Atención a la Salud [Internet]. 2012. Recuperado a partir de: http://www.calidad.salud.gob.mx/site/editorial/docs/dgr-editorial_00A.pdf
20. Docencia e Investigación [Internet]. Hospital Engativa E.S.E II Nivel. [citado 17 de febrero de 2016]. Recuperado a partir de: <http://www.hospitalengativa.gov.co/docencia-e-investigacion>
21. Servicio Aragonés de Salud. La Seguridad Clínica del Paciente una dimensión esencial de la Calidad Asistencial [Internet]. Recuperado a partir de: <http://www.ics-aragon.com/cursos/gestion-riesgo/GRC-01.pdf>
22. Rojas Sanchez L, Parra D, Camargo Figuera F. Incidencia y factores asociados al desarrollo de flebitis: resultados del estudio piloto de una cohorte. 4:61-7.

23. OMS | Caídas [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2012 [citado 17 de febrero de 2016]. Recuperado a partir de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/es/>
24. Observatorio de la Calidad de la Atención en Salud > Entidades Territoriales > Seguridad del Paciente [Internet]. Observatorio de Calidad de la Atención en Salud. [citado 17 de febrero de 2016]. Recuperado a partir de: <http://calidadensalud.minsalud.gov.co/EntidadesTerritoriales/SeguridaddelPaciente.aspx>
25. M Soule B. Seguridad del Paciente. En: Concepto básicos de Control de Infecciones [Internet]. p. 16. Recuperado a partir de: http://72.41.31.9/basic_concepts/Spanish/IFIC%20Spanish%20Book%202013_ch1_PRESS.pdf
26. Organización Mundial de la Salud. Prevención de las infecciones nosocomiales [Internet]. Recuperado a partir de: <http://www.who.int/csr/resources/publications/drugresist/PISpanish3.pdf>
27. Westat R, Joann S, Famolaro T, Nieva V. Hospital Survey on Patient Safety Culture: 2007 Comparative Database Report--Part 1 - hospsurveydb1.pdf [Internet]. 2007 [citado 7 de febrero de 2016]. Recuperado a partir de: <http://archive.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/2007/hospsurveydb1.pdf>
28. Martinez Reyes C. Análisis de la Cultura de Seguridad del Paciente Aplicada en la Clinica Las Américas, Medellín (Colombia) [Internet]. [Medellín]: De Murcia; 2013. Recuperado a partir de: http://www.um.es/calidadsalud/archivos/2013/TFM_MARTINEZ%20REYES.pdf
29. Villareal Cantillo E. Seguridad de los Pacientes. Un Compromiso de todos para un Cuidado de Calidad. 2007;23(1):112-9.

30. Calderon Muñoz L, Agredo Lemus F, Ospina Sanchez B, Cardona Echeverri S, Mendez J. La seguridad del paciente, un reto de ciudad [Internet]. Santiago de Cali, Colombia; 2012. Recuperado a partir de: http://calisaludable.cali.gov.co/seg_social/2013_Seguridad_Paciente/libro_seguridad_del_paciente.pdf
31. The First National Reports on U.S. Healthcare Quality and Disparities [Internet]. [citado 21 de febrero de 2016]. Recuperado a partir de: <http://archive.ahrq.gov/about/nursing/nhqrd/nhqrd.htm>
32. Ministerio de la Protección Social. Evaluación de la Frecuencia de eventos adversos y monitoreo de aspectos claves relacionados con la seguridad del paciente [Internet]. Recuperado a partir de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Evaluar-frecuencia-eventos-adversos.pdf>
33. Organización Mundial de la Salud. La investigación en Seguridad del Paciente [Internet]. 2008. Recuperado a partir de: http://www.who.int/patientsafety/information_centre/documents/ps_research_brochure_es.pdf
34. Sarabia Lavin R. Prevención de úlceras por presión: análisis de la implantación de una vía clínica en una unidad geriátrica de recuperación funcional [Internet]. Alicante; 2015. Recuperado a partir de: http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/50218/1/tesis_sarabia_lavin.pdf
35. Soldevilla Agreda JJ, Torra i Bou J-E, Verdú Soriano J, López Casanova P. 3.er Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras por Presión en España, 2009: Epidemiología y variables definatorias de las lesiones y pacientes. Gerokomos. junio de 2011;22(2):77-90.

36. Garcia Parodi L. Caracterización y tratamiento de las úlceras por presión en instituciones de salud pública y privada y residencias geriátricas del Uruguay [Internet]. Cantabria; 2013. Recuperado a partir de: <http://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/2602/GarciaParodiL.pdf?sequence=1>
37. Ruiz Gaytan C. Inversión en Calidad y Seguridad Hospitalaria [Internet]. Recuperado a partir de: <https://calidad2013.files.wordpress.com/2013/02/inversic3b3n-en-calidad-y-seguridad-hospitalaria-dr-cristobal-ruiz.pdf>
38. Allué N, Chiarello P, Bernal Delgado E, Castells X, Giraldo P, Martínez N, et al. Impacto económico de los eventos adversos en los hospitales españoles a partir del Conjunto Mínimo Básico de Datos. Gac Sanit. febrero de 2014;28(1):48-54.
39. Organización Mundial de la Salud. Hacia una atención hospitalaria más segura [Internet]. 2010. Recuperado a partir de: http://www.who.int/patientsafety/research/ibeas_report_es.pdf
40. Palacios Barahona A, Bareño Silva J. Factores asociados a eventos adversos en pacientes hospitalizados en una entidad de salud en Colombia [Internet]. 2012. Recuperado a partir de: <http://www.scielo.org.co/pdf/cesm/v26n1/v26n1a03.pdf>
41. Aranaz J. Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización. ENEAS 2005 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006 feb p. 170. Recuperado a partir de: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc_sp2.pdf
42. Ministerio de Sanidad y Consumo. Revisión bibliográfica sobre trabajos de costes de la «no seguridad del paciente» [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; p. 138. Recuperado a partir de:

<http://www.seguridaddelpaciente.es/resources/contenidos/castellano/2008/CostesNoSeguridadPacientes.pdf>

43. Pinzón J, Maldonado C, Díaz J, Segura O. Costos directos e impacto sobre la morbilidad hospitalaria de eventos adversos prevenibles a medicamentos en una institución de tercer nivel de Bogotá. [Internet]. Recuperado a partir de: <http://www.scielo.org.co/pdf/bio/v31n3/v31n3a03.pdf>
44. Aumentan demandas por eventos adversos en atención médica en Colombia - Archivo Digital de Noticias de Colombia y el Mundo desde 1.990 [Internet]. eltiempo.com. [citado 21 de febrero de 2016]. Recuperado a partir de: <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-11377961>
45. Historia | UNAC [Internet]. [citado 18 de febrero de 2016]. Recuperado a partir de: <http://www.unac.edu.co/index.php/historia/>
46. Misión y Visión | UNAC [Internet]. [citado 18 de febrero de 2016]. Recuperado a partir de: <http://www.unac.edu.co/index.php/mision-y-vision/>
47. Fundación Clínica del Norte | Historia [Internet]. [citado 18 de febrero de 2016]. Recuperado a partir de: <http://www.clinicadelnorte.org/quienes-somos/historia/>
48. Fundación Clínica del Norte | Planeación Estratégica [Internet]. [citado 18 de febrero de 2016]. Recuperado a partir de: <http://www.clinicadelnorte.org/quienes-somos/planeacion-estrategica/>
49. Ley 100 de 1993 (Diciembre 23) [Internet]. Diario Oficial; 1993. Recuperado a partir de: <http://www.colombia.com/actualidad/images/2008/leyes/ley100.pdf>
50. Ley 266 de 1996 (Enero 25) [Internet]. 1996. Recuperado a partir de: http://www.mineduacion.gov.co/1621/articles-105002_archivo_pdf.pdf
51. Kerguelén Botero C. Calidad en Salud en Colombia [Internet]. Scripto Ltda.; Recuperado a partir de:

<https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/CALIDAD%20EN%20SALUD%20EN%20COLOMBIA.pdf>

52. Consulta de la Norma: Resolución 001043 de 2006 [Internet]. 2006 [citado 18 de febrero de 2016]. Recuperado a partir de: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=20268>
53. Ministerio de la Protección Social. Decreto Numero 1011 de 2006 [Internet]. 2006. Recuperado a partir de: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO%201011%20DE%202006.pdf
54. Superintendencia Nacional de Salud. Circular Externa N°000030 de 2006 [Internet]. 2006. Recuperado a partir de: https://www.epssura.com/files/circular30_2006.pdf
55. Ministerio de la Protección Social. Consulta de la Norma: Resolución 001446 de 2006 [Internet]. 2006 [citado 18 de febrero de 2016]. Recuperado a partir de: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=20267>
56. Consulta de la Norma: Ley 1122 de 2007 [Internet]. 2007 [citado 18 de febrero de 2016]. Recuperado a partir de: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=22600>
57. Consulta de la Norma: Ley 1164 de 2007 [Internet]. 2007 [citado 18 de febrero de 2016]. Recuperado a partir de: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=26903>
58. Consulta de la Norma: Ley 1438 de 2011 [Internet]. 2011 [citado 18 de febrero de 2016]. Recuperado a partir de: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=41355>
59. Ministerio de la Protección Social. Resolución Número 00002003 de 2014 [Internet]. 2014. Recuperado a partir de:

http://www.descentralizadrogas.gov.co//pdfs/politicas/nacionales/Resolucion_2003_de_2014.pdf

60. Ministerio de Trabajo. Jornada de Trabajo [Internet]. [citado 19 de febrero de 2016]. Recuperado a partir de: <http://www.mintrabajo.gov.co/preguntas-frecuentes/jornada-de-trabajo.html>
61. Marriner A, Raile M. Modelos y Teorías en Enfermería. Elsevier España S.A. España;
62. Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Hebert L, Localio AR, Lawthers AG, et al. Incidence of Adverse Events and Negligence in Hospitalized Patients. *N Engl J Med*. 7 de febrero de 1991;324(6):370-6.
63. Wagner D. Errores en el pabellón quirúrgico: cambiando la práctica perioperatoria. *Medwave* [Internet]. 1 de junio de 2007 [citado 19 de febrero de 2016];7(5). Recuperado a partir de: <http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Enfermeria/enfquirurgica/1/2797>
64. León Roman C. La seguridad del paciente, una responsabilidad en el acto del cuidado [Internet]. 2006 [citado 19 de febrero de 2016]. Recuperado a partir de: http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol22_3_06/enf07306.html
65. Ordoñez Molina J. Promoción de la cultura de seguridad del paciente [Internet]. [citado 19 de febrero de 2016]. Recuperado a partir de: http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:ITJK8XSAjjYJ:www.ces.edu.co/index.php/component/docman/doc_download/257-cultura-de-la-seguridad-del-paciente%3FItemid+%&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=co
66. Vargas M, Recio M. Mejorando la seguridad del paciente en los hospitales: de las ideas a la acción [Internet]. Recuperado a partir de: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Mejorando_Seguridad_Paciente_Hospitales.pdf

67. Ministerio de Sanidad y Consumo. Cuestionario sobre seguridad de los pacientes [Internet]. 2005. Recuperado a partir de: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/CuestionarioSeguridadPacientes1.pdf>
68. Pozo Muñoz F, Padilla Marín V. Evaluación de la cultura de seguridad del paciente en el ámbito de un área sanitaria. 2 de junio de 2013;8.
69. Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el Hospital Padre Hurtado [Internet]. Recuperado a partir de: http://www.supersalud.gob.cl/observatorio/575/articulos-6440_EstudioHPH.pdf
70. Roa M, Restrepo F, Riachi MI, Ordoñez J, Ospino L. Guía Técnica «Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud» [Internet]. 2010. Recuperado a partir de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/1/Gu%C3%ADa%20T%C3%A9cnica%20de%20Buenas%20Pr%C3%A1cticas%20en%20Seguridad%20del%20Paciente.PDF>
71. Ministerio de Salud. Resolución número 8430 de 1993 [Internet]. 1993. Recuperado a partir de: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCION%208430%20DE%201993.pdf
72. Roqueta F, Vecina S, Chanovas M. Cultura de seguridad del paciente en los servicios de urgencias: resultados de su evaluación en 30 hospitales del Sistema Nacional de Salud Español [Internet]. 2011. Recuperado a partir de: http://www.seguridaddelpacienteyenfermero.com/docs/articulos/articulo_21.pdf
73. Ministerio de Sanidad y Política Social. Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud Español [Internet]. Recuperado a partir de:

http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Analisis_cultura_SP_ambito_hospitalario.pdf

74. Fajardo Dolci G, Rodriguez J, Arboleya H, Rojano C, Hernandez F, Santacruz J. Cultura sobre seguridad del paciente en profesionales de la salud [Internet]. 2010. Recuperado a partir de: <http://www.redalyc.org/pdf/662/66220323010.pdf>
75. Méndez CM, Hernández RG, Salinas JFG, Castillo SC, García SG, Hernández ER. Percepción del personal de enfermería hacia la cultura de seguridad en un hospital pediátrico en México. *Rev Cuid.* 2014;5(2):774-81.
76. Código sustantivo del trabajo [Internet]. Recuperado a partir de: <http://copaso.upbbga.edu.co/legislacion/Codigo%20Sustantivo%20del%20trabajo.pdf>
77. Castañeda H, Garza Hernandez R, Gonzales J, Pineda M, Acevedo G, Aguilera A. Percepción de la cultura de la seguridad de los pacientes por personal de enfermería. 2013;2:12.
78. Ministerio de Salud y Protección. Mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos [Internet]. Recuperado a partir de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/seguridad-en-la-utilizacion-de-medicamentos.pdf>
79. Pineda M, Acevedo G, Gonzalez F, Castañeda H. Percepción de la cultura de enfermería, acerca de las fortalezas y oportunidades de mejora en la seguridad del usuario [Internet]. Recuperado a partir de: http://www.uaemex.mx/revistahorizontes/docs/revistas/Vol5/PERCEPCION_DE_LA_CULTURA_DE_ENFERMERIA.pdf
80. Mira J, Cho M, Montserrat D, Rodriguez J, Santacruz J. Elementos clave en la implantación de sistemas de notificación de eventos adversos hospitalarios en América Latina [Internet]. 2013. Recuperado a partir de: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v33n1/a01v33n1.pdf>

81. Protocolo de Londres [Internet]. Recuperado a partir de:
https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/PROTOCOLO_DE_LONDRES_INCIDENTES%20CLINICOS.pdf

82. Méndez CM, Hernández RG, Salinas JFG, Castillo SC, García SG, Hernández ER. Percepción Del Personal De Enfermería Hacia La Cultura De Seguridad En Un Hospital Pediátrico En México [Internet]. Revista CUIDARTE. 2014 [citado 21 de febrero de 2016]. Recuperado a partir de:
<http://redalyc.org/articulo.oa?id=359533181009>

5. ANEXOS

Anexo 1: Carta Aprobación Comité De Ética En Investigación

Medellín, Septiembre 7 de 2015

Señor

Esteban Marin Correa

Investigador Principal

Cordial saludo,

A continuación le entrego las aprobaciones realizadas en el Comité de Ética en Investigación.

FECHA APROBACION Y/O ENVIO	ACTA #	NUMERAL	ASUNTO	DESCRIPCION	PROTOCOLO	CONSECUTIVO
07-09-2015	04_2015	3,1	aprobación	Proyecto de Investigación Nuevo	Análisis de la cultura se seguridad del paciente en el personal de enfermería	17_2015

Atentamente


LUISA MARIA MONTOYA GOMEZ

Auxiliar Comité de Ética en Investigación

CI INICA MEDELLIN S.A

Anexo 2: Carta Aprobación Proyecto Investigación

Medellín, 02 de Julio de 2015

Señor
Milton Andrés Jara Ramirez
Coordinador de Investigación
Corporación Universitaria Adventista
Ciudad

Asunto: Aprobación propuesta de investigación "Análisis de la cultura de seguridad del paciente del personal de enfermería de las instituciones de salud de tercer y cuarto nivel en convenio con la Corporación Universitaria Adventista, 2014"

Cordial Saludo,

La presente es para informarle que su solicitud para la recolección de datos, toma de muestra e implementación de la propuesta de investigación "Análisis de la cultura de seguridad del paciente del personal de enfermería de las instituciones de salud de tercer y cuarto nivel en convenio con la Corporación Universitaria Adventista, 2014", fue aprobado por el Comité de Ética de la Fundación Clínica del Norte, cumpliendo con los requerimientos de las buenas prácticas Clínicas y la regulación local vigente.

Quedo atento de cualquier información.

Atentamente,

Alejandro Berrio Borja
Director de Enfermería
Presidente Comité de Ética
Fundación Clínica del Norte

Anexo 3: Consentimiento Informado

CORPORACIÓN UNIVERSITARIA ADVENTISTA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERÍA
2015



INFORME DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

ANÁLISIS DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE LAS INSTITUCIONES DE SALUD DE III Y IV NIVEL EN CONVENIO CON LA CORPORACIÓN UNIVERSITARIA ADVENTISTA. 2015

Le solicitamos muy respetuosamente participar de manera voluntaria en la investigación sobre Análisis de la cultura de seguridad del paciente aplicada al personal de enfermería de las Instituciones de Salud de III y IV nivel que tienen convenio con la Corporación Universitaria Adventista. 2014, dirigida por Cielo Rebeca Martínez Reyes, profesora de la Universidad en mención.

¿Cuál es el propósito de este informe de consentimiento?

Este Informe de consentimiento se da a usted para ayudarle a entender las características del estudio, de tal modo que usted pueda decidir voluntariamente si desea participar o no. Si luego de leer este documento tiene alguna duda, pida a la encargada del estudio que le explique. Ella le proporcionará toda la información que necesite para que usted tenga un buen entendimiento del estudio.

¿Cuál es el objetivo de este estudio?

Hacer un análisis de la Cultura de la Seguridad del Paciente del personal de enfermería de las instituciones de Salud que tienen convenio con la Corporación Universitaria Adventista, durante el segundo semestre de 2015, con el propósito de determinar la efectividad de las estrategias trazadas por la institución en este aspecto.

¿Cuál es la importancia del estudio?

La cultura de seguridad del paciente es un lineamiento fundamental que influye en la calidad de la atención, y se ha constituido progresivamente en un asunto de interés general en el área de la salud. Su creación, lleva a la implementación de prácticas seguras y un trabajo continuo y constante para el mejoramiento de actos clínicos más seguros que se alejen de los errores que suceden a diario en las organizaciones de salud. Esto implica además la necesidad de presentar el resultado de un proceso juicioso de crítica del estado del arte y nivel de evidencia de los reportes de investigación en el tema de “cultura de seguridad del paciente”, para ofrecer una descripción de la realidad encontrada al realizar un estudio que ponga en evidencia las necesidades y vacíos de dentro de las instituciones que conduzcan a implementar estrategias en busca de la calidad de la atención en salud, exigencia no legal, sino también ética, para quienes laboran en este ámbito.

¿Cuáles son los posibles riesgos?

Este estudio no implica ningún riesgo físico o psicológico para usted. Sus respuestas no le ocasionarán ningún riesgo ni tendrán consecuencias para su situación financiera, su empleo o su reputación.

¿Cuáles son los posibles beneficios de participar en el estudio clínico?

No se dará ninguna compensación económica por participar.

Confidencialidad del participante.

Las únicas personas que sabrán que usted participó en el estudio somos las coordinaciones científicas, comités de ética de las instituciones y los autores y coautores de la investigación.

No se divulgará ninguna información sobre usted, o proporcionada por usted durante la investigación. Cuando los resultados de la investigación se publiquen o se discutan en conferencias, no se incluirá información que pueda revelar su identidad. Si es su voluntad, su nombre no será registrado en la encuesta ni en ninguna otra parte. Nadie fuera de la investigadora tendrá acceso a su información sin su autorización escrita. Si durante el diligenciamiento de la encuesta o posterior a ella usted tiene alguna duda puede contactarse con la investigadora que conduce este proyecto: Cielo Rebeca Martínez Reyes, correo electrónico: rebeca@unac.edu.co; cielorebe26@hotmail.com.

Su participación en esta investigación es voluntaria. Su decisión de participar o no en este proyecto no afectará sus relaciones actuales o futuras con la institución para la cual trabaja. Si usted decide participar, está libre retirarse en cualquier momento sin tener ninguna consecuencia. En el momento que solicite información relacionada con el proyecto la investigadora se la proporcionará.

Consentimiento del sujeto del estudio.

He leído y escuchado satisfactoriamente las explicaciones sobre este estudio y he tenido la oportunidad de hacer preguntas. Estoy enterado de los riesgos y beneficios potenciales de participar en este estudio y sé que puedo retirarme de él en cualquier momento.

Autorizo el uso de la información para los propósitos de la investigación.

Yo estoy de acuerdo en participar en este estudio.

Nombre del participante: _____

Firma: _____

Número de identificación: _____

Nombre del investigador: _____

Firma: _____

Fecha: _____

Anexo 4: Modelo Encuesta Realizada



ENCUESTA SOBRE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE LAS INSTITUCIONES DE SALUD DE III Y IV NIVEL EN CONVENIO CON LA CORPORACIÓN UNIVERSITARIA ADVENTISTA. 2015

OBJETIVO: Evaluar actitudes y comportamientos relacionados con la seguridad del paciente en el personal de enfermería de las instituciones de salud de III y IV nivel en convenio con la Corporación Universitaria Adventista.

Por favor, señale con una X su respuesta en el recuadro correspondiente

SECCIÓN A: Su Servicio/Unidad. Por favor, piense en el servicio/unidad donde dedica mayor tiempo

PREGUNTA	OPINIÓN				
1. El personal se apoya mutuamente.	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
2. Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo.	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
3. Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo.	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
4. En esta unidad nos tratamos todos con respeto.	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
5. A veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni en acuerdo ni	De acuerdo	Muy de acuerdo

jornada laboral es agotadora.			en desacuerdo		
6. Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente.	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
7. En ocasiones no se presta la mejor atención al paciente porque hay demasiado personal en entrenamiento o personal temporal.	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
8. Si los compañeros o los superiores se enteran de que has cometido algún error, lo utilizan en tu contra.	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
9. Cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
10. Los errores que se presentan son pocos y no ocasionan mayor daño al paciente por un azar del destino y no porque trabajemos para evitarlos.	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
11. Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en los compañeros.	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
12. Cuando se detecta algún error, antes de buscar la causa, buscan un “culpable”.	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
13. Los cambios que hacemos para mejorar la seguridad del paciente se evalúan para comprobar su efectividad.	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
14. Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas y deprisa.	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
15. Siempre se tiene en cuenta la seguridad del paciente antes de aumentar el ritmo de trabajo.	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
16. Cuando se comete un error, el personal teme que eso quede en su hoja de vida.	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
17. En esta unidad hay problemas relacionados con la “seguridad del paciente”.	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
18. Nuestros procedimientos y medios de trabajo son buenos para evitar errores en la asistencia.	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni en acuerdo ni en	De acuerdo	Muy de acuerdo

			desacuerdo		
19. Mi superior/jefe expresa su satisfacción cuando intentamos evitar riesgos en la seguridad del paciente.	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
20. Mi superior/jefe tiene en cuenta, seriamente, las sugerencias que le hace el personal para mejorar la seguridad del paciente.	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
21. Cuando aumenta la presión del trabajo, mi superior/jefe pretende que trabajemos más rápido, aunque se pueda poner en riesgo la seguridad del paciente.	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
22. Mi superior/jefe pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente.	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo

SECCIÓN B: LA CLÍNICA

Indique, por favor, su grado de acuerdo con las siguientes afirmaciones referidas a su Clínica

PREGUNTA	OPINIÓN				
	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
23. La gerencia o la dirección de la Clínica facilita un clima laboral que favorece la seguridad del paciente.	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
24. Falta coordinación entre las diferentes unidades de la Clínica.	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
25. La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando éstos se trasladan de una unidad o de un servicio a otro.	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
26. Hay una buena cooperación entre las unidades/servicios que tienen que trabajar conjuntamente.	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
27. En los cambios de turno se pierde con frecuencia información importante sobre la atención que ha recibido el paciente.	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
28. Suele resultar incómodo tener que trabajar con personal de otros servicios/unidades.	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo

			en desacuerdo		
29. El intercambio de información entre los diferentes servicios es habitualmente problemático.	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
30. La gerencia o dirección de la Clínica muestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades.	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
31. La gerencia/dirección de la Clínica sólo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún evento adverso.	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
32. Los servicios/unidades trabajan de forma coordinada entre sí para proporcionar la mejor atención posible a los pacientes.	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
33. Surgen problemas en la atención de los pacientes como consecuencia de los cambios de turno.	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo

SECCIÓN C: COMUNICACIÓN EN SU SERVICIO/UNIDAD

Con qué frecuencia ocurren las siguientes circunstancias en su servicio/unidad de trabajo

PREGUNTA	OPINIÓN				
	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
34. Cuando notificamos algún incidente, nos informan sobre qué tipo de acciones de mejora se han llevado a cabo para evitar que vuelva a ocurrir	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
35. Cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente a la atención que recibe el paciente, habla de ello con total libertad	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
36. Se nos informa de los errores que ocurren en este servicio/unidad.	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
37. El personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores.	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
38. En mi servicio/unidad discutimos de qué manera se puede evitar que un error vuelva a ocurrir.	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
39. El personal teme hacer preguntas sobre lo que parece que se ha hecho de forma incorrecta.	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
40. Se notifican los errores en el proceso que no alcanzaron a llegar al paciente porque se activaron	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre

barreras de seguridad					
41. Se notifican los errores que llegaron al paciente pero no le ocasionaron lesión o daño.	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
42. Se notifican los errores que no han ocasionado lesión o no han tenido consecuencias adversas.	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre

SECCIÓN D: INFORMACIÓN SOBRE SU CARGO Y NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS

43. Califique, por favor, de uno a diez el grado de seguridad del paciente en su servicio/unidad.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------

44. ¿Cuánto tiempo lleva desempeñándose en su actual profesión/especialidad?

Menos de un año	De 1 a 3 años	De 4 a 6 años	De 7 a 9 años	Más de 10 años

45. ¿Hace cuánto tiempo trabaja en esta Clínica?

Menos de un año	De 1 a 3 años	De 4 a 6 años	De 7 a 9 años	Más de 10 años

46. ¿Hace cuánto tiempo trabaja en su servicio?

Menos de un año	De 1 a 3 años	De 4 a 6 años	De 7 a 9 años	Más de 10 años

47. ¿Cuántas horas por semana trabaja habitualmente en la clínica?

Menos de 44 horas	<input type="checkbox"/>
De 45 a 48 horas	<input type="checkbox"/>
Más de 48 horas	<input type="checkbox"/>

48. Durante el último año ¿Cuántos incidentes de seguridad (evento adverso, incidente, evento sin daño, evento centinela, casi error) ha notificado por escrito?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------

49. ¿En su puesto de trabajo mantiene habitualmente un contacto directo con los pacientes?

SI NO

50. ¿Cuál es su principal servicio o unidad de trabajo en la clínica? Marque una sola respuesta.

	Pediatría	Hospitalización pediátrica
	Cirugía	Hospitalización oncológica
	Radiología	Hospitalización quirúrgica
	Medicina física y rehabilitación	Hospitalización obstetricia y Ginecología
	Servicio Farmacéutico	Hospitalización ortopedia
	Laboratorio Clínico	UCI
	Laboratorio de patología	UCE
	Urgencias	Neonatos
	Electrofisiología	Endoscopia
	Hemodinamia	Neumología
	Cardiología no invasiva	Trasplante
	Consulta externa	Oncología
	Medicina nuclear	Otro, por favor, especifique
	Quemados	

51. ¿Cuál es su posición laboral en su servicio/unidad . Marque una sola respuesta.

<input type="checkbox"/>	Enfermero(a)
<input type="checkbox"/>	Auxiliar de Enfermería

52. ¿Tiene algún comentario adicional sobre la seguridad del paciente, equivocaciones, errores o notificación de incidentes en su servicio/unidad, que no se hayan tratado en el cuestionario y que considere de interés?

SECCIÓN E: INFORMACIÓN SOBRE MANEJO DE MEDICAMENTOS EN SU SERVICIO/UNIDAD*.

Usted participa en el proceso de preparación y aplicación de medicamentos?

SI NO

PREGUNTA	OPINIÓN				
	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
53. Cuando se reciben verbalmente órdenes sobre tratamientos, cuidados o procedimientos a realizar, el personal que las recibe repite en voz alta la orden recibida a quien la emite, para asegurarse que ha sido bien comprendida.					
54. Se elaboran informes o resúmenes de historias clínicas de memoria, sin tener delante toda la documentación (análisis, informes radiológicos, medicación administrada, etc).					
55. Cuando se reciben verbalmente órdenes sobre tratamientos, cuidados o procedimientos a realizar, el personal que las recibe las anota en el documento clínico que corresponde.					

56. Antes de realizar una nueva prescripción se revisa el listado de medicamentos que está tomando el paciente.	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
57. Todos los cambios de medicación son comunicados de forma clara y rápida a todos los profesionales implicados en la atención del paciente.	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
58. Cualquier información que afecte al diagnóstico del paciente es comunicada de forma clara y rápida a todos los profesionales implicados en la atención de ese paciente.	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
59. Antes de que firme el consentimiento informado, se pide al paciente o a su representante que repita lo que ha entendido de las explicaciones recibidas sobre posibles riesgos y complicaciones de la intervención, exploración o tratamiento implicado.	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
60. En los pacientes probablemente terminales, se indagan de forma anticipada sus preferencias sobre tratamientos y procedimientos de soporte vital. (Contestar sólo si en su unidad se atienden pacientes probablemente terminales).	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
61. En el caso de que se maneje quimioterapia, se reciben órdenes verbales en relación con este tratamiento. (Contestar sólo si en su unidad se manejan tratamientos con quimioterapia).	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre

GRACIAS POR SUS VALIOSOS APORTES PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN NUESTRAS INSTITUCIONES

ANEXO 5: Operacionalización de variables

Variables subjetivas				
Variable	Indicador	Valor	Escala De Medición	Pregunta
Frecuencia de eventos notificados	Escala de Licker	Nunca Casi nunca A veces Casi siempre Siempre	Ordinal	- Se notifican los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente. -Se notifican los errores que previsiblemente no van a dañar al paciente

				-Se notifican los errores que no han tenido consecuencias adversas, aunque previsiblemente podrían haber dañado al paciente
Percepción de seguridad	Escala de Licker	Muy en desacuerdo En desacuerdo Ni en acuerdo ni en desacuerdo De acuerdo Muy de acuerdo	Ordinal	- Siempre se tiene en cuenta la seguridad del paciente antes de aumentar el ritmo de trabajo. -Nuestros procedimientos y medios de trabajo son buenos para evitar errores en la asistencia. - Los errores que se presentan son pocos y no ocasionan mayor daño al paciente por un azar del destino y no porque trabajemos para evitarlos. -En esta unidad hay problemas relacionados con la «Seguridad del paciente»
Expectativas y acciones de la dirección/ supervisión de la Unidad	Escala de Licker	Muy en desacuerdo En desacuerdo Ni en acuerdo ni en desacuerdo De acuerdo Muy de acuerdo	Ordinal	-Mi superior/jefe expresa su satisfacción cuando intentamos evitar riesgos en la seguridad del paciente. -Mi superior/jefe tiene en cuenta, seriamente, las sugerencias que le hace el personal para mejorar la seguridad del paciente. -Cuando aumenta la presión del trabajo, mi superior/jefe pretende que trabajemos más rápido, aunque se pueda poner en riesgo la seguridad del paciente. -Mi superior/jefe pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente.
Aprendizaje organizacional/ mejora continua	Escala de Licker	Muy en desacuerdo En desacuerdo Ni en acuerdo ni en desacuerdo De acuerdo Muy de acuerdo	Ordinal	-Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente. -Cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo. -Los cambios que hacemos para mejorar la seguridad del paciente se evalúan para comprobar su efectividad.

Trabajo en equipo en la Unidad/Servicio	Escala de Licker	Muy en desacuerdo En desacuerdo Ni en acuerdo ni en desacuerdo De acuerdo Muy de acuerdo	Ordinal	-El personal se apoya mutuamente -Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo. -En esta unidad nos tratamos todos con respeto. -Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en los compañeros.
Franqueza en la comunicación	Escala de Licker	Muy en desacuerdo En desacuerdo Ni en acuerdo ni en desacuerdo De acuerdo Muy de acuerdo	Ordinal	-Cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente a la atención que recibe el paciente, habla de ello con total libertad. -El personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores. -El personal teme hacer preguntas sobre lo que parece que se ha hecho de forma incorrecta.
Retroalimentación y comunicación sobre errores	Escala de Licker	Nunca Casi nunca A veces Casi siempre Siempre	Ordinal	-Cuando notificamos algún incidente, nos informan sobre qué tipo de actuaciones se han llevado a cabo. -Se nos informa de los errores que ocurren en este servicio / unidad. -En mi servicio / unidad discutimos de qué manera se puede evitar que un error vuelva a ocurrir.
Respuesta no punitiva a los errores	Escala de Licker	Muy en desacuerdo En desacuerdo Ni en acuerdo ni en desacuerdo De acuerdo Muy de acuerdo	Ordinal	Si los compañeros o los superiores se enteran de que has cometido algún error, lo utilizan en tu contra. -Cuando se detecta algún fallo, antes de buscar la causa, buscan un «culpable». -Cuando se comete un error, el personal teme que eso quede en su expediente.
Dotación de personal	Escala de Licker	Muy en desacuerdo En desacuerdo Ni en acuerdo ni en desacuerdo De acuerdo	Ordinal	-Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo. -A veces, no se puede proporcionar la mejor

		Muy de acuerdo		<p>atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora.</p> <p>-En ocasiones no se presta la mejor atención al paciente porque hay demasiados sustitutos o personal temporal.</p> <p>-Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado deprisa.</p>
Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente	Escala de Licker	<p>Muy en desacuerdo</p> <p>En desacuerdo</p> <p>Ni en acuerdo ni en desacuerdo</p> <p>De acuerdo</p> <p>Muy de acuerdo</p>	Ordinal	<p>- La gerencia o la dirección del hospital facilita un clima laboral que favorece la seguridad del paciente.</p> <p>-La gerencia o la dirección del hospital muestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades.</p> <p>-La gerencia / dirección del hospital sólo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente.</p>
Trabajo en equipo entre unidades	Escala de Licker	<p>Muy en desacuerdo</p> <p>En desacuerdo</p> <p>Ni en acuerdo ni en desacuerdo</p> <p>De acuerdo</p> <p>Muy de acuerdo</p>	Ordinal	<p>-Hay una buena cooperación entre las unidades / servicios que tienen que trabajar conjuntamente.</p> <p>-Los servicios/unidades trabajan de forma coordinada entre sí para proporcionar la mejor atención posible.</p> <p>-Las diferentes unidades del hospital no se coordinan bien entre ellas.</p> <p>-Suele resultar incómodo tener que trabajar con personal de otros servicios/unidades.</p>
Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/ unidades.	Escala de Licker	<p>Muy en desacuerdo</p> <p>En desacuerdo</p> <p>Ni en acuerdo ni en desacuerdo</p> <p>De acuerdo</p> <p>Muy de acuerdo</p>	Ordinal	<p>La información de los paciente se pierde, en parte, cuando éstos se trasladan desde una unidad /servicio a otra.</p> <p>-En los cambios de turno se pierde con frecuencia información importante sobre la atención que ha recibido el paciente.</p> <p>-El intercambio de</p>

				información entre los diferentes servicios es habitualmente problemático. -Surgen problemas en la atención de los pacientes como consecuencia de los cambios de turno.
Nivel de seguridad en la unidad/servicio	Escala de Licker	1,2,3,4,5,6,7,8,9,10	Razón	Califique, por favor, de cero a diez el grado de seguridad del paciente en su servicio/unidad.
VARIABLES OBJETIVAS				
Variable	Indicador	Valor	Escala Medición	Pregunta
Profesión u oficio	Título universitario o técnico	Técnico de RX/resonancia/medicina nuclear Enfermero Auxiliar de enfermería Médico general Médico especialista Químico farmacéuta Regente en farmacia Auxiliar de farmacia Fisioterapeuta Instrumentadora Terapista respiratoria Nutricionista	Nominal	Cuál es su posición laboral en su servicio/unidad?
Unidad o servicio	Área asistencial	Pediatría Hospitalización Radiología Oncología Urgencias Hemodinamia Medicina física y Rehabilitación Servicio farmacéutico Laboratorio médico Laboratorio de patología Electrofisiología	Nominal	¿Cuál es su principal servicio o unidad de trabajo en la clínica?
Tiempo de desempeño en la profesión u oficio	Fecha de graduación en la universidad o institución técnica	Menos de un año De 1 a 3 años De 4 a 6 años De 7 a 9 años Más de 10 años	Intervalo	¿Cuánto tiempo lleva desempeñándose su actual profesión/especialidad?
Antigüedad en la clínica	Fecha de contratación	Menos de un año De 1 a 3 años De 4 a 6 años De 7 a 9 años Más de 10 años	Intervalo	¿Hace cuánto tiempo trabaja en esta Clínica?
Antigüedad en el servicio	Fecha de inicio de	Menos de un año De 1 a 3 años	Intervalo	¿Hace cuánto tiempo trabaja en su servicio?

	labores en el servicio	De 4 a 6 años De 7 a 9 años Más de 10 años		
Número de horas de trabajo a la semana.	Horario de trabajo	Menos de 44 horas De 45 a 48 horas Más de 48 horas	Intervalo	¿Cuántas horas por semana trabaja habitualmente en la clínica?

Anexo 6: Cronograma

Cronograma														
FECHAS ACTIVIDAD	SEMESTRE II DE 2014				SEMESTRE I 2015				SEMESTRE II 2015				2016	
	Jul	Ago	Sep	Oct	Feb	Mar	Abr	May	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Ene
1. Revisión bibliográfica, búsqueda en base de datos	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■			
2. Capítulo 1: Problema		■												
3. Capítulo 2: Marco teórico			■											
4. Capítulo 3: Metodología				■										
5. Entrega de la propuesta de investigación					■									
6. Prueba Piloto y ajustes del instrumento							■							
7. Recolección de la información									■	■				
8. Capítulo 4. Análisis de los resultados										■				
9. Capítulo 5. Discusión										■	■			
10. Capítulo 6. Conclusiones y Recomendaciones											■			
11. Informe Final												■	■	
12. Elaboración del artículo científico													■	
13. Sustentación													■	
14. Publicación de artículo científico														■