

**MEDICIÓN DE LA PERCEPCIÓN DE CULTURA DE SEGURIDAD DEL
PACIENTE EN UNA IPS DE PRIMER NIVEL EN BOGOTÁ, COLOMBIA**

**ANDREA JULIANA BURBANO SANDOVAL
ANA CAROLINA ROMERO RANGEL
LIDA CONSTANZA ROMERO CUPAJITA
MARFRY GISELL RAMOS CONVERS**

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA
FACULTAD DE CIENCIAS ECONOMICAS Y ADMINISTRATIVAS
ESPECIALIZACIÓN GERENCIA DE LA CALIDAD EN SERVICIOS DE
SALUD
BOGOTÁ D, C
2018**

**MEDICIÓN DE LA PERCEPCION DE CULTURA DE SEGURIDAD DEL
PACIENTE EN UNA IPS DE PRIMER NIVEL EN BOGOTÁ, COLOMBIA**

ANDREA JULIANA BURBANO SANDOVAL

ANA CAROLINA ROMERO RANGEL

LIDA CONSTANZA ROMERO CUPAJITA

MARFRY GISELL RAMOS CONVERS

**TRABAJO DE GRADO PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN
GERENCIA DE LA CALIDAD EN SERVICIOS DE SALUD**

ASESOR DE PROYECTO: ENFERMERA MONICA LEAL

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA
FACULTAD DE CIENCIAS ECONOMICAS Y ADMINISTRATIVAS
ESPECIALIZACIÓN GERENCIA DE LA CALIDAD EN SERVICIOS DE
SALUD
BOGOTÁ D.C**

TABLA DE CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN	4
2. OBJETIVOS.....	5
2.1 OBJETIVO GENERAL.....	5
3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	6
4. JUSTIFICACIÓN.....	7
5. MARCO TEÓRICO	9
5.1 Desarrollo del concepto mundial de la seguridad del paciente.....	9
5.2 Desarrollo del concepto de seguridad del paciente en Latinoamérica.....	10
5.2.1 Política de seguridad del paciente en Colombia	11
5.3 Seguridad del paciente en instituciones ambulatorias.....	11
5.4 Seguridad del paciente en el ámbito institucional.....	12
7. METODOLOGÍA	16
7.1 TIPO DE ESTUDIO.....	16
7.2 MUESTRA	16
7.3 CRITERIOS DE INCLUSION.....	16
7.4 CRITERIOS DE EXCLUSION.....	16
8. PROCEDIMIENTO	24
9. RESULTADOS	25
9.1 ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	25
9.2 DISCUSION DE RESULTADOS.....	43
10. CONCLUSIONES	48
11. RECOMENDACIONES.....	49
12. PLAN DE MEJORA.....	50
13. REFERENCIAS	58

1. INTRODUCCIÓN

Actualmente la seguridad del paciente es considerada una condición imprescindible de la asistencia sanitaria, reconociendo que la atención en salud es susceptible al riesgo y a la aparición de errores, los cuales se denominan eventos adversos y se definen como lesiones no intencionales producidas en el paciente derivadas del proceso de atención. (Rojas- Armadillo, Jiménez-Báez, Chávez- Hernandez , & González- Frondón , 2016)

El reconocimiento de la existencia de estos eventos ha llevado a incorporar en el ámbito sanitario, procesos adaptados desde el sector industrial con el objetivo de fortalecer la seguridad de la atención y disminuir su aparición, es así como a partir de informes como el *Harvard Medical Practice Study*, donde se realizan reportes iniciales sobre la prevalencia de dichos eventos, se genera preocupación e interés por la seguridad como objetivo del proceso de atención en salud (Arias- Botero & Gómez- Arias, 2017)

El reporte “*To err is human*”, publicado en 1999 por el Institute of Medicine (IOM), demostró que los eventos adversos en salud son fenómenos frecuentes que aumentan la morbilidad, la mortalidad y los costos económicos para el paciente y el sistema de salud, considerándose un indicador fundamental de la calidad de la actividad humana asistencial, que afectan sus atributos, especialmente la seguridad y como “efecto dominó”, van alterando las demás características de la misma, como son la continuidad, oportunidad, pertinencia, accesibilidad y la satisfacción del usuario y su familia (López- Herrera & Gómez-López, 2011)

Se han propuesto varias recomendaciones para disminuir la frecuencia de dichos eventos, entre ellas, desarrollar al interior de las instituciones de salud una cultura de seguridad como política institucional que sea monitorizada regularmente y por medio de la cual se analicen e implementen estrategias que busquen intervenir y disminuir el impacto negativo de esta problemática en los servicios de salud.

Por todo lo anteriormente expuesto, se plantea realizar un estudio con el objetivo principal de conocer la percepción de los profesionales sanitarios sobre la cultura de la seguridad del paciente en una Institución prestadora de servicios de salud (IPS) de primer nivel de Bogotá Colombia, con la finalidad de analizar las fortalezas y oportunidades de mejora en torno a la cultura de seguridad del paciente de parte del personal que allí labora.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la percepción de la cultura de seguridad del paciente en los colaboradores de una IPS de primer nivel en la ciudad de Bogotá, Colombia, durante un periodo de tiempo comprendido entre Marzo - Abril del año 2018

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Aplicar un instrumento adoptado y validado en Latinoamérica para la medición de la cultura de seguridad del paciente en los colaboradores de la IPS

Analizar los hallazgos obtenidos a partir de los resultados de la medición realizada en la población

Comparar los resultados obtenidos con la medición institucional previa, identificando el impacto de las estrategias establecidas por la IPS

Proponer oportunidades de mejora que promuevan la seguridad del paciente en una IPS de primer nivel

3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la percepción de la cultura de seguridad del paciente en los colaboradores de una Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS) de primer nivel en la ciudad de Bogotá, Colombia, durante un periodo de tiempo comprendido entre Marzo - Abril del año 2018?

4. JUSTIFICACIÓN

La OMS define la seguridad del paciente como la ausencia de un daño innecesario, real o potencial, asociado a la atención sanitaria (Pérez- Castro Y Vásquez, Rodríguez- Tanguma, & Recio-España, 2016). El concepto de seguridad del paciente es un eje fundamental de la calidad de la atención, el cual se ha ido transformando progresivamente en uno de los asuntos de mayor interés en el área de la salud, (Gómez- Ramirez, y otros, 2011) ya que su análisis permite retroalimentar los sistemas de atención con el fin de gestionar el riesgo como estrategia preventiva, crear y mejorar la cultura de seguridad de las instituciones y determinar fallas puntuales que sean susceptibles de corrección y que direccionen nuevas acciones de mejora del sistema.

De esta manera, el enfoque de seguridad surge a partir de la necesidad de proveer una atención centrada en el paciente, basándose en la gestión del riesgo, en la educación y preparación de los profesionales de la salud para la identificación y reporte oportuno de los indicios de atención insegura, incidentes y eventos adversos como resultado de la atención sanitaria en la práctica diaria, dentro de un ambiente de confianza y una cultura no punitiva que permita aprender de los errores; muchos de los cuales, de no ser gestionados de forma correcta, pueden acarrear incapacidad, morbilidad, aumento en la estancia hospitalaria y del costo de la atención, conflictos legales e incluso aumento de la mortalidad. (Rodríguez- Morales, Gómez-Ossa, Mondragón-Cardona, Rojas- Mirquez, & Tobón- García, 2011)

El escenario clínico, sumado a circunstancias administrativas y organizacionales, se considera un factor de riesgo para la ocurrencia de estos eventos, los cuales representan un impacto de tipo económico y social en el sistema, al considerarse un indicador significativo del resultado final de la atención y evidencia de la calidad de esta.

En los últimos años, la seguridad del paciente ha tomado fuerza como un elemento clave de la calidad asistencial, al estimarse que aproximadamente 100.000 personas mueren cada año a causa de algún evento adverso, en cualquiera de los momentos de exposición al servicio de salud y que la mayoría de estos son potencialmente prevenibles. (Castañeda- Jaramillo & Henao-Mazo, 2015)

En el proyecto titulado *Estudio sobre la seguridad de los pacientes en hospitales de Latinoamérica* (IBEAS) el cual fue desarrollado en colaboración con la OMS y la OPS con la finalidad de realizar un estudio de prevalencia de efectos adversos y que contó con la participación de cinco países latinoamericanos: México, Costa Rica, Perú, Argentina y Colombia, demostraron que uno de cada diez pacientes hospitalizados sufre al menos un daño durante su atención. Dentro del ámbito nacional, dicho estudio se

sustentó en cifras proporcionadas por entidades acreditadas del país, mostrando una prevalencia de eventos adversos del 13.1%, de los cuales el 27.3% se presentaron en menores de 15 años y el 27.7% fueron atribuidos a la realización de un procedimiento de atención en salud.

En el ámbito ambulatorio se cuenta con información limitada sobre el impacto de dichos eventos debido en parte a que los estudios realizados tienen un enfoque propiamente hospitalario, sin embargo, el estudio APEAS –*Estudio de eventos adversos en atención primaria*–, realizado en España en el 2006 y que se enfoca en el ámbito de atención primaria, estima la prevalencia de eventos adversos en el ámbito ambulatorio alrededor de 18,63%, con un 6,7% de los pacientes acumulando más de un evento adverso (EA). (Hernández, 2013) En la actualidad, no se cuenta con estudios que reflejen el comportamiento de estos a nivel local.

En Colombia, a partir de la expedición de la Política Nacional de Seguridad del Paciente en el 2005, se implementa la creación de Programas de Seguridad del Paciente en las organizaciones sanitarias y se establecen guías de práctica con el objetivo de desarrollar y establecer una cultura enfocada en los procesos, la atención segura y la detección y reporte de fallos en la atención que puedan derivar en un evento adverso. La medición de la cultura de seguridad se constituye entonces en una herramienta que contribuye a la toma de decisiones y el ajuste de estrategias que impacten la atención ofertada de forma positiva. Por lo tanto, se plantea la realización de la medición de la cultura de seguridad como mecanismo de evaluación, seguimiento y como herramienta para proponer nuevas mejoras al programa de seguridad implantado en la IPS.

5. MARCO TEÓRICO

Para efectos del presente trabajo se precisa realizar una investigación en relación al concepto de seguridad del paciente y los diferentes cambios que ha presentado a través del tiempo, partiendo de un ámbito global a uno local, tal como se establece a continuación:

5.1 Desarrollo del concepto mundial de la seguridad del paciente

Los primeros reportes que relacionan el concepto de seguridad con la atención sanitaria se publican en la década de los 50, en estudios realizados por Moser quien los denominó “las enfermedades del progreso de la medicina” (Moser, 1956) y donde se establecen riesgos asociados a las hospitalizaciones. En el año 1964, Schimmel describió cómo alrededor de un 20% de los pacientes con estancia hospitalaria sufrían algún tipo de iatrogenia (Schimmel, 1964) En el año de 1984 con el planteamiento de Brennan y los resultados del *Harvard Medical Practice Study I*, se aportó la metodología para el estudio de los eventos adversos en el mundo (Brennan, y otros, 1991).

Es en el año 1999, donde las fallas en la atención y la seguridad del paciente finalmente alcanzan la dimensión de un problema grave de salud pública en todo el mundo, que encendió las alarmas desde que el Instituto de Medicina de Estados Unidos publicara el informe “*To Err is Human: Building a Safer Health System*”, en el cual se documentó la ocurrencia de 98.000 errores sanitarios por año, que sobrepasa al número de accidentes automovilísticos, el cáncer de mama o el SIDA y que adicionalmente demostró que el costo de los errores asistenciales varía entre 17 mil a 29 millones de dólares anualmente, sin contar con los incalculables costos emocionales relacionados para los pacientes, familiares y cuidadores. (Rojas- Armadillo, Jiménez-Báez, Chávez- Hernandez , & González- Frondón , 2016)

En marzo de 2002, durante la 55ª Asamblea de la Organización Mundial de la Salud (OMS) se reportaron tasas elevadas de eventos adversos para diferentes países desarrollados, oscilando entre 3,2 y 16,6%, corroborando la magnitud del problema existente a nivel mundial (Mondragón, 2011). Durante esta asamblea, la OMS instó a sus estados miembros a “prestar la mayor atención posible al problema de la Seguridad del Paciente” y a “establecer y reforzar sistemas basados en la evidencia científica, necesarios para mejorar la seguridad del paciente y la calidad de la atención sanitaria” (Rocco & Garrido, 2017). Si a estos datos se suman las miles de personas que como producto del error no murieron pero que quedaron con una discapacidad transitoria o permanente, el problema toma dimensiones casi epidémicas, razón por la cual la OMS lanzó en el año 2004, la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, como un paso importante en el desarrollo de la SP y en la que se

definen líneas de trabajo enfocadas a reducir el número de eventos adversos, promoviendo la prestación de servicios de salud con calidad, considerando a la seguridad del paciente como estrategia para alcanzar este logro (Hernandez-Magide, y otros, 2017).

Con la creación de la Alianza Mundial por la SP, se direccionan las acciones en programas, estrategias y retos enfocados a reducir los problemas de mayor frecuencia y mayor repercusión económica. Entre estos se encuentran: Atención limpia es atención segura, la cirugía segura salva vidas, lucha contra la resistencia a antimicrobianos; programas como Pacientes por la seguridad del Paciente, sistemas de notificación y aprendizaje, gestión del conocimiento y prácticas clínicas seguras, (Rocco & Garrido, 2017) los cuales se encuentran enmarcados en las metas internacionales de seguridad del paciente: Identificación correcta, comunicación efectiva, seguridad de los medicamentos de alto riesgo, garantizar las cirugías en el lugar correcto, procedimiento correcto y al paciente correcto, reducir el riesgo de infecciones asociadas al cuidado de la salud, reducir el riesgo de daño al paciente por causa de caídas. (Pérez-Castro y Vásquez, Castillo-Vásquez, Dominguez-dela Peña, Jiménez-Díaz, & Rueda-Rodriguez, 2012)

En el 2007 se destaca la necesidad de unificar las taxonomías para permitir la comparación internacional, razón por la cual se publica la Clasificación internacional para Seguridad del paciente. (Rocco & Garrido, 2017)

En 2009, el *National Quality Forum* expide una nueva versión del documento del proyecto *Safe Practices for Better Health Care*, el cual proporciona bases sólidas para evaluar en las instituciones de salud aspectos relacionados con las buenas prácticas de la seguridad y que se actualiza de forma constante con base en la evidencia para guiar los procesos de atención seguros ((National Quality Forum, 2009))

5.2 Desarrollo del concepto de seguridad del paciente en Latinoamérica

En el año 2010 se lleva a cabo en Latinoamérica el estudio IBEAS que evidenció el problema de la seguridad en la atención a una escala más local, en este participaron un total de 58 Hospitales de diferentes países (Costa Rica, México, Perú, Colombia y Argentina), con una revisión de 11.379 historias clínicas de pacientes, de ellos 2.405 en Colombia. Se contó con la cooperación de 12 hospitales del país, y reveló una prevalencia de eventos adversos del 13.1% en Colombia (López- Herrera & Gómez-López, 2011) La información obtenida, plantea una reflexión en torno a la búsqueda de la calidad en la prestación de servicios sanitarios, y la necesidad de mejorar el conocimiento en relación con la seguridad del paciente, por medio de la aproximación a la magnitud, trascendencia e impacto de los eventos adversos, identificar áreas y

problemas prioritarios de la atención segura, incrementar la masa de profesionales involucrados en la SP e incorporar en la agenda de todos los países, objetivos y actividades encaminados a la mejora de la seguridad en la atención del paciente (Ministerio de Sanidad, 2010).

5.2.1 Política de seguridad del paciente en Colombia

En Colombia se desarrolla la Política Nacional de Seguridad del paciente, liderada por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud (SOGCS), cuyo objetivo es prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y de ser posible, eliminar la ocurrencia de eventos adversos para contar con instituciones seguras y competitivas internacionalmente (Social, 2008). Como parte de ésta, el Ministerio de la Protección Social por medio de la Unidad Sectorial de Normalización, desarrolló un documento que recoge las prácticas más relevantes desarrolladas en el ámbito de la seguridad del paciente, cuyo enfoque es brindar a las instituciones directrices técnicas para la operativización e implementación práctica de los mencionados lineamientos en sus procesos asistenciales. Adicionalmente, existe una Guía Técnica de Prácticas Seguras, las cuales establecen las recomendaciones a tener en cuenta por las Instituciones para incentivar, promover y gestionar la implementación de prácticas seguras de la atención en salud.

Destaca que uno de los elementos constituyentes del documento, es la promoción de las acciones de enseñanza y un entorno de confidencialidad para facilitar el aprendizaje y la ejecución de prácticas seguras en la atención, así como la generación del compromiso de los niveles directivos con estas estrategias en la búsqueda de entornos de atención agradables y enfocados en la gestión de todos los niveles del riesgo

5.3 Seguridad del paciente en instituciones ambulatorias

En el año 2012, el Estudio sobre efectos adversos asociados a la atención primaria APEAS, desarrollado en España, cifra aproximadamente la tasa de eventos adversos presentados en 18,63 por 1000 ciudadanos atendidos en atención primaria. Un 24,8% de los eventos que se dan en relación con la atención primaria generan una atención especializada, dando lugar a un ingreso hospitalario en un 5,8% de los casos (Sanidad, 2008)

El estudio AMBEAS desarrollado en el año 2012, se demostró la capacidad de los pacientes como informantes de eventos adversos graves. En 2080 pacientes entrevistados la prevalencia de eventos adversos fue del 5.6%, de

los cuales el 73.3% de ellos se encontraban relacionados con la medicación (Social, 2008).

En la actualidad, los datos sobre la incidencia de eventos en el ámbito ambulatorio son limitados, teniendo en cuenta que un gran número de los estudios realizados son de aplicación en el ámbito hospitalario. Dicho esto, la aproximación al impacto que tiene el desarrollo de una cultura de seguridad en las instituciones sanitarias se realiza a partir de la evaluación de la cultura de seguridad, lo anterior permite una medición de la calidad de atención ofertada y la percepción de los atributos de esta por parte del personal de salud, así como aquellos aspectos que requieren mayor desarrollo.

Para este propósito se emplea el cuestionario denominado “*Hospital survey on patient safety culture*” elaborado por la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) de los Estados Unidos, el cual ha sido traducido y validado en numerosos países e idiomas y presenta prioridades psicométricas probadas y fiables para medir aspectos relativos a la cultura de seguridad de los pacientes.

5.4 Seguridad del paciente en el ámbito institucional

A partir de la expedición de la Política Nacional de Seguridad del paciente, las instituciones sanitarias inician la creación de programas y políticas institucionales que den cumplimiento a los lineamientos establecidos como parte del Sistema de Garantía de la Calidad en la atención de Salud (SOGCS). Según el Ministerio de la Protección Social de Colombia, la cultura de seguridad del paciente se constituye en el ambiente de despliegue de las acciones de seguridad del paciente, las cuales deben darse en un entorno de confidencialidad y de confianza entre ellos, los profesionales y la comunidad (Gómez- Ramirez, y otros, 2011)

Javesalud es una institución sin ánimo de lucro con experiencia en la atención de pacientes en el ámbito del cuidado primario ambulatorio, con sedes de atención localizadas en el centro, norte y sur de la ciudad. Actualmente es una de las instituciones acreditadas del país y cuenta con una política de calidad enmarcada en la atención centrada en el paciente, teniendo como fundamento, la prestación de servicios con dignidad humana, resolviendo con efectividad las necesidades en salud de las personas, a la vez que genera conocimiento a través de la alianza con la academia dentro de un ambiente donde prima el respeto, la ética y la innovación (Javesalud, 2018)

Como institución acreditada, su programa de seguridad del paciente se encuentra fundamentado en el compromiso de ofrecer a los usuarios y familias una atención y entorno seguro, que les permita resolver efectivamente sus necesidades en salud con los menores riesgos posibles, la entidad y sus colaboradores trabajan activamente en la identificación y gestión de riesgos

para minimizar la ocurrencia de incidentes y eventos adversos a través de una cultura no punitiva que genere aprendizaje organizacional.

El programa de seguridad al paciente que lleva a dar cumplimiento a dicha política encuentra sus primeras bases en el año 2006. En esta aproximación se incorporaron conceptos como integralidad, eficiencia, gestión del riesgo y capacitación del recurso humano. En el 2007 se definió y socializó el principio de calidad del paciente "hay que hacerle todo lo que necesita, pero nada de lo que no necesita". A partir del año 2008 se empieza a trabajar en un programa de gestión clínica considerado como una estrategia transversal incorporada al modelo asistencial y abarcando el tema de atención segura, sumada a los componentes trabajados desde el inicio.

Dentro del marco de dicho programa se establece la "Política de Gestión de Eventos Adversos" donde se consignan los principios y definiciones básicas de evento adverso, se explica la importancia del reporte y estudio y se define el proceso de metodología y reporte, desarrollando una política no punitiva frente a los involucrados en dichos eventos.

En el 2015 se realiza una revisión de la política de seguridad del paciente y su familia y de los componentes del programa de seguridad, acorde a los lineamientos de la Política Nacional a fin de ajustar la estructura del programa y su política.

En el 2016 se realiza la medición de la percepción de seguridad del paciente entre los colaboradores de Javesalud, a través de la encuesta de la HSOPSC con el objetivo de establecer una línea de base con respecto la difusión del programa a nivel institucional, buscando con los resultados ajustar los componentes del programa y proponiendo estrategias que contribuyan a la mejora del sistema y la cultura de seguridad que se desarrolló a partir de su política de calidad.

6. MARCO CONCEPTUAL

A continuación, se listan los principales conceptos tenidos en cuenta para el desarrollo de la temática y la posterior implementación de la metodología:

Percepción: Proceso cognitivo de la conciencia que consiste en el reconocimiento, interpretación y significación para la elaboración de juicios en torno a las sensaciones obtenidas del ambiente físico y social, en el que intervienen otros procesos psíquicos entre los que se encuentran el aprendizaje, la memoria y la simbolización. (Vargas Melgarejo, 1994)

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. (Social, 2008)

Atención En Salud: Servicios recibidos por los individuos o las poblaciones para promover, mantener, monitorizar o restaurar la salud. (Social, 2008)

Incidente: Evento o circunstancia que sucede en la atención clínica de un paciente que no le genera daño, pero que en su ocurrencia se incorporan fallas en los procesos de atención (Social, 2008)

Evento adverso: Hecho inesperado, no relacionado con la historia natural de la enfermedad y que se dio como consecuencia del proceso de atención médica. El daño derivado de medidas adoptadas durante la prestación de asistencia sanitaria que no se deba a una enfermedad o lesión subyacente es conocido como daño asociado a atención sanitaria. (Social, 2008)

Cultura: Conjunto de valores, creencias, actitudes, conductas, lenguajes, costumbres, metas, políticas y operaciones de los diferentes grupos de trabajo que crea un sentido de identidad y establece vínculos vitales entre los miembros de una organización y su misión. Referida a la salud es el producto de interacciones dinámicas que, a nivel de la atención del paciente, deben integrarse bajo principios éticos y científicos y permear todos los niveles de la organización hospitalaria, para elevar el nivel de la misión institucional (Fajardo-Dolci, y otros, 2010).

Cultura de seguridad: Conjunto de características y actitudes en organizaciones e individuos que aseguren, que como prioridad esencial, las cuestiones de seguridad reciban la atención que merecen en razón de su significación, concretándose como el producto de valores individuales y grupales, actitudes, percepciones, competencias y patrones de comportamiento que determinan el compromiso, el estilo y la capacidad de manejo de la seguridad de una organización (Arias- Botero & Gómez- Arias, 2017)

Falla de la atención en salud: Deficiencia para realizar una acción prevista según lo programado o la utilización de un plan incorrecto, lo cual se puede manifestar mediante la ejecución de procesos incorrectos (falla de acción) o mediante la no ejecución de los procesos correctos (falla de omisión) en las fases de planeación o de ejecución. Las fallas son por, definición, no intencionales. (Social, 2008)

Riesgo: Probabilidad de que un evento adverso o incidente suceda. (Espinal- García, Yepes- Gil, & García-Gómez, 2010)

Error asistencial: Falla humana de cualquier integrante del equipo de salud que hace parte del proceso asistencial. (Espinal- García, Yepes- Gil, & García- Gómez, 2010)

Daño: Alteración estructural o funcional del organismo y/o cualquier efecto perjudicial derivado de aquella. (Espinal- García, Yepes- Gil, & García-Gómez, 2010)

Enfermedad: Disfunción fisiológica o psicológica. (Espinal- García, Yepes- Gil, & García-Gómez, 2010)

Complicación: Daño o resultado clínico no esperado y no atribuible a la atención en salud sino a la enfermedad o a las condiciones propias del paciente. (Espinal- García, Yepes- Gil, & García-Gómez, 2010)

Salud: Estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. (Salud, s.f.)

Practica segura: Intervención científica, tecnológica y administrativa en el proceso asistencial con resultado clínico exitoso, que minimiza la probabilidad de ocurrencia de un evento adverso. (Espinal- García, Yepes- Gil, & García-Gómez, 2010)

Indicio de atención insegura: Acontecimiento o circunstancia que puede alertar acerca del incremento del riesgo de ocurrencia de un incidente o evento adverso. (Social, 2008)

Mejora del sistema: Resultado de la cultura, los procesos y las estructuras dirigidos a prevenir fallos en el sistema y a mejorar la seguridad y la calidad. (Social, 2008)

7. METODOLOGÍA

7.1 TIPO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio cuantitativo/descriptivo de corte transversal, en una IPS de primer nivel, en Bogotá, Colombia durante los meses de marzo y abril del 2018

7.2 MUESTRA

La muestra se encuentra constituida por 174 colaboradores asistenciales y administrativos vinculados a la institución prestadora de salud de primer nivel de la ciudad de Bogotá, quienes aceptaron participar de manera autónoma en el estudio.

7.3 CRITERIOS DE INCLUSION

Se determinaron como criterios de inclusión del presente estudio en relación con los participantes y encuestas aplicadas:

- Personal de salud asistencial que labora en los servicios de Javesalud
- Personal administrativo que interviene directa o indirectamente con la atención de los pacientes

7.4 CRITERIOS DE EXCLUSION

Se determinaron como criterios de exclusión del presente estudio con relación a los participantes y encuestas aplicadas

- Personal de salud que no labore en Javesalud
- Preguntas con codificación de respuesta incorrecta

7.5 INSTRUMENTO

La medición de la cultura de la seguridad del paciente inicia formalmente hacia el año 2004 con el desarrollo por parte de la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) de los Estados Unidos, de un cuestionario denominado "*Hospital survey on patient safety culture*". Este instrumento ha sido validado en numerosos países e idiomas y presenta prioridades psicométricas probadas y fiables para medir aspectos relativos a la cultura de seguridad de los pacientes.

En el personal que integró la muestra se aplicó una adaptación por parte de la OPS, de la versión española del instrumento Hospital Survey on Patient Safety Culture. A continuación, se describe el contenido del instrumento:

**ENCUESTA DE PERCEPCIÓN DE LOS COLABORADORES SOBRE LA
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN “JAVESALUD IPS”**

SECCIÓN	PREGUNTAS	VARIABLE
A. ÁREA DE TRABAJO	1. ¿Cuál es su servicio?	<ul style="list-style-type: none"> a) Servicios médicos generales b) Servicios médicos especialistas c) Servicio de odontología servicio de enfermería asistencial d) Servicio de enfermería p y p e) Servicio de apoyo terapéutico f) Plataforma de servicios g) Administrativos en dirección general h) Otros administrativos i) Otros:
	2. ¿Cuál es su cargo?	<ul style="list-style-type: none"> a) Auxiliar de enfermería b) Auxiliar de laboratorio c) Auxiliar de odontología d) Auxiliar de vacunación e) Enfermera profesional de p y p f) Fisioterapeuta g) Fonoaudiólogo h) Gerontólogo i) Ginecólogo j) Higienista oral k) Jefe de enfermería l) Jefe médico m) Médico deportólogo n) Médico familiar o) Médico general p) Médico internista q) Médico laboral r) Nutricionista s) Odontólogo general t) Ortopedista u) Otorrinolaringólogo v) Pediatra w) Psicólogo x) Terapeuta ocupacional y) Terapeuta respiratoria z) Urólogo aa) Asesor integral de servicios bb) Radiología cc) Otros:
B. INFORMACIÓN GENERAL	3. ¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en JAVESALUD?	<ul style="list-style-type: none"> a) Menos de un año b) De 1 a 5 años. c) De 6 a 10 años d) Más de 10 años
	4. ¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en esta área?	<ul style="list-style-type: none"> a) Menos de un año b) De 1 a 5 años. c) De 6 a 10 años d) Más de 10 años
	5. ¿Cuántas horas a la semana trabaja usted en esta área?	<ul style="list-style-type: none"> a) Menos de 20 horas a la semana. b) De 20 a 39 horas a la semana. c) De 40 a 59 horas a la semana d) Más de 60 horas de la semana.
	6. En su área de trabajo, ¿tiene usted interacción	<ul style="list-style-type: none"> a) Si b) No

	directa o contacto con pacientes?	
	7. ¿Cuánto tiempo lleva usted ejerciendo su actual profesión o especialidad?	a) Menos de un año b) De 1 a 5 años. c) De 6 a 10 años d) Más de 10 años
	8. ¿Labora usted en otra jornada en otra institución?	a) Si b) No
C. DE ACUERDO A SU SERVICIO	9. ¿El personal se apoya mutuamente?	a) Muy de acuerdo b) De acuerdo c) Indiferente d) En desacuerdo e) Muy en desacuerdo
	10. Existe suficiente personal para afrontar la carga de trabajo	a) Muy de acuerdo b) De acuerdo c) Indiferente d) En desacuerdo e) Muy en desacuerdo
	11. Cuando hay mucho trabajo, todos colaboran como un equipo para poder terminarlo	a) Muy de acuerdo b) De acuerdo c) Indiferente d) En desacuerdo e) Muy en desacuerdo
	12. En esta área de trabajo, todos se tratan con respeto	a) Muy de acuerdo b) De acuerdo c) Indiferente d) En desacuerdo e) Muy en desacuerdo
	13. A veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora	a) Muy de acuerdo b) De acuerdo c) Indiferente d) En desacuerdo e) Muy en desacuerdo
	14. ¿Tienen actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente?	a) Muy de acuerdo b) De acuerdo c) Indiferente d) En desacuerdo e) Muy en desacuerdo
	15. En ocasiones no se presta la mejor atención al paciente, porque hay cambios periódicamente al personal.	a) Muy de acuerdo b) De acuerdo c) Indiferente d) En desacuerdo e) Muy en desacuerdo
	16. Siente que sus errores podrían ser usados en su contra.	a) Muy de acuerdo b) De acuerdo c) Indiferente d) En desacuerdo e) Muy en desacuerdo
	17. Los errores han llevado a cambios positivos en la institución.	a) Muy de acuerdo b) De acuerdo c) Indiferente d) En desacuerdo

		e) Muy en desacuerdo
	18. Es solo por casualidad que los errores más serios no ocurren dentro de la institución.	a) Muy de acuerdo b) De acuerdo c) Indiferente d) En desacuerdo e) Muy en desacuerdo
	19. Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en los compañeros.	a) Muy de acuerdo b) De acuerdo c) Indiferente d) En desacuerdo e) Muy en desacuerdo
	20. Cuando se informa de un incidente, siente que la persona está siendo reportada y no el incidente.	a) Muy de acuerdo b) De acuerdo c) Indiferente d) En desacuerdo e) Muy en desacuerdo
	21. Los cambios que hacen para mejorar la seguridad del paciente se evalúan para comprobar su efectividad.	a) Muy de acuerdo b) De acuerdo c) Indiferente d) En desacuerdo e) Muy en desacuerdo
	22. Cuando usted trabaja bajo presión, ¿intenta hacer mucho, en menos tiempo?	a) Muy de acuerdo b) De acuerdo c) Indiferente d) En desacuerdo e) Muy en desacuerdo
	23. La seguridad del paciente nunca se sacrifica por hacer más trabajo.	a) Muy de acuerdo b) De acuerdo c) Indiferente d) En desacuerdo e) Muy en desacuerdo
	24. Cuando se comete un error, el personal teme a que eso quede en su hoja de vida	a) Muy de acuerdo b) De acuerdo c) Indiferente d) En desacuerdo e) Muy en desacuerdo
	25. En esta área de trabajo hay problemas relacionados con la "seguridad del paciente".	a) Muy de acuerdo b) De acuerdo c) Indiferente d) En desacuerdo e) Muy en desacuerdo
	26. Los procedimientos y medios de trabajo son buenos para evitar errores en la atención asistencial.	a) Muy de acuerdo b) De acuerdo c) Indiferente d) En desacuerdo e) Muy en desacuerdo

	<p>27. El personal se encuentra capacitado según los protocolos y lineamientos de la institución para la atención del paciente.</p>	<p>a) Muy de acuerdo b) De acuerdo c) Indiferente d) En desacuerdo e) Muy en desacuerdo</p>
	<p>28. Usted debe realizar tareas en las cuales no considera que ha sido formado.</p>	<p>a) Muy de acuerdo b) De acuerdo c) Indiferente d) En desacuerdo e) Muy en desacuerdo</p>
D. SU JEFE INMEDIATO	<p>29. Mi Jefe inmediato expresa su satisfacción cuando intentamos evitar riesgos en la seguridad del paciente.</p>	<p>a) Muy de acuerdo b) De acuerdo c) Indiferente d) En desacuerdo e) Muy en desacuerdo</p>
	<p>30. Mi Jefe inmediato tiene en cuenta, seriamente, las sugerencias que le hace el personal para mejorar la seguridad del paciente.</p>	<p>a) Muy de acuerdo b) De acuerdo c) Indiferente d) En desacuerdo e) Muy en desacuerdo</p>
	<p>31. Cuando aumenta la presión del trabajo, mi Jefe inmediato pretende que trabajemos más rápido, aunque se pueda poner en riesgo la seguridad del paciente.</p>	<p>a) Muy de acuerdo b) De acuerdo c) Indiferente d) En desacuerdo e) Muy en desacuerdo</p>
	<p>32. Mi Jefe inmediato pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente.</p>	<p>a) Muy de acuerdo b) De acuerdo c) Indiferente d) En desacuerdo e) Muy en desacuerdo</p>
E. SU COMUNICACIÓN	<p>33. ¿Cuándo usted notifica algún incidente; le informan sobre qué tipo de actuaciones se han llevado a cabo?</p>	<p>a) Siempre b) Casi siempre c) Algunas veces d) Casi nunca e) Nunca</p>
	<p>34. Cuando el personal de la institución ve algo que puede afectar negativamente la atención que recibe el paciente, usted habla de ello con total libertad.</p>	<p>a) Siempre b) Casi siempre c) Algunas veces d) Casi nunca e) Nunca</p>
	<p>35. Se nos informa de los errores que ocurren en el área.</p>	<p>a) Siempre b) Casi siempre c) Algunas veces d) Casi nunca e) Nunca</p>
	<p>36. El personal puede</p>	<p>a) Siempre b) Casi siempre</p>

	<p>cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores.</p>	<p>c) Algunas veces d) Casi nunca e) Nunca</p>
	<p>37. En mi área discutimos de qué manera se puede evitar que un error vuelva a ocurrir.</p>	<p>a) Siempre b) Casi siempre c) Algunas veces d) Casi nunca e) Nunca</p>
	<p>38. El personal teme hacer preguntas cuando se realiza algo incorrecto.</p>	<p>a) Siempre b) Casi siempre c) Algunas veces d) Casi nunca e) Nunca</p>
F. FRECUENCIA DE INCIDENTES REPORTADOS	<p>39. Se notifican los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente.</p>	<p>a) Siempre b) Casi siempre c) Algunas veces d) Casi nunca e) Nunca</p>
	<p>40. Se notifican los errores que probablemente no le hayan hecho daño al paciente.</p>	<p>a) Siempre b) Casi siempre c) Algunas veces d) Casi nunca e) Nunca</p>
	<p>41. Se notifican los errores que no han tenido consecuencias adversas, aunque probablemente haya tenido daño el paciente.</p>	<p>a) Siempre b) Casi siempre c) Algunas veces d) Casi nunca e) Nunca</p>
G. GRADO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	<p>42. Por favor, califique el grado de seguridad de su área de trabajo</p>	<p>a) Excelente b) Muy bueno c) Aceptable d) Regular e) Malo</p>
H. LA INSTITUCIÓN (JAVESALUD)	<p>43. La Dirección de la institución facilita un clima laboral que favorece la seguridad del paciente.</p>	<p>a) Muy de acuerdo b) De acuerdo c) Indiferente d) En desacuerdo e) Muy en desacuerdo</p>
	<p>44. Las diferentes sedes de la institución no se coordinan bien entre ellas.</p>	<p>a) Muy de acuerdo b) De acuerdo c) Indiferente d) En desacuerdo e) Muy en desacuerdo</p>
	<p>45. La continuidad en la atención se pierde, en parte, cuando los pacientes se transfieren desde un servicio a otro.</p>	<p>a) Muy de acuerdo b) De acuerdo c) Indiferente d) En desacuerdo e) Muy en desacuerdo</p>

	<p>46. Hay una buena cooperación entre las áreas y/o sedes que requieren trabajar conjuntamente.</p>	<p>a) Muy de acuerdo b) De acuerdo c) Indiferente d) En desacuerdo e) Muy en desacuerdo</p>
	<p>47. Suele resultar incómodo tener que trabajar con personal de otras áreas o sedes.</p>	<p>a) Muy de acuerdo b) De acuerdo c) Indiferente d) En desacuerdo e) Muy en desacuerdo</p>
	<p>48. El intercambio de información entre las diferentes áreas y/o sedes es habitualmente problemático.</p>	<p>a) Muy de acuerdo b) De acuerdo c) Indiferente d) En desacuerdo e) Muy en desacuerdo</p>
	<p>49. La gerencia o dirección de la institución muestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades.</p>	<p>a) Muy de acuerdo b) De acuerdo c) Indiferente d) En desacuerdo e) Muy en desacuerdo</p>
	<p>50. La gerencia/dirección de la institución sólo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente.</p>	<p>a) Muy de acuerdo b) De acuerdo c) Indiferente d) En desacuerdo e) Muy en desacuerdo</p>
	<p>51. Las áreas o sedes trabajan de forma coordinada entre sí para proporcionar la mejor atención posible a los pacientes.</p>	<p>a) Muy de acuerdo b) De acuerdo c) Indiferente d) En desacuerdo e) Muy en desacuerdo</p>
I. NUMERO DE INCIDENTES REPORTADOS	<p>52. En el último año, ¿cuántos reportes de incidentes ha reportado?</p>	<p>a) Ningún reporte de incidentes. b) De 1 a 2 reportes de incidentes. c) De 3 a 5 reportes de incidentes. d) De 6 a 10 reportes de incidentes. e) 10 reportes de incidentes o más.</p>
	<p>53. En el último año, ¿cuántos reportes de eventos adversos ha reportado?</p>	<p>a) Ningún reporte de incidentes. b) De 1 a 2 reportes de incidentes. c) De 3 a 5 reportes de incidentes. d) De 6 a 10 reportes de incidentes. e) 10 reportes de incidentes o más.</p>
J. PRÁCTICA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	<p>54. Tienen en cuenta los cinco correctos para la aplicación de medicamentos.</p>	<p>a) Siempre b) Casi siempre c) Algunas veces d) Casi nunca e) Nunca f) No aplica a mi servicio g) Otros</p>

	<p>55. Tienen una adecuada manipulación y limpieza de los dispositivos biomédicos que están a su cargo.</p>	<p>a) Siempre b) Casi siempre c) Algunas veces d) Casi nunca e) Nunca</p>
	<p>56. Tienen en cuenta los cinco momentos para la higiene de manos.</p>	<p>a) Siempre b) Casi siempre c) Algunas veces d) Casi nunca e) Nunca</p>
	<p>57. Realizan el doble chequeo de la identidad del paciente.</p>	<p>a) Siempre b) Casi siempre c) Algunas veces d) Casi nunca e) Nunca</p>
	<p>58. Realizan el adecuado diligenciamiento del consentimiento informado.</p>	<p>a) Siempre b) Casi siempre c) Algunas veces d) Casi nunca e) Nunca f) No aplica a mi servicio</p>
	<p>59. Identifican y notifican oportunamente los eventos de interés en salud pública e infecciones intrainstitucionales.</p>	<p>a) Siempre b) Casi siempre c) Algunas veces d) Casi nunca e) Nunca</p>
	<p>60. Realizan un adecuado manejo de los residuos y las prácticas de bioseguridad</p>	<p>a) Siempre b) Casi siempre c) Algunas veces d) Casi nunca e) Nunca</p>
<p>K. CAUSA DE PRACTICAS INSEGURAS EN LA INSTITUCIÓN</p>	<p>61. ¿Cuál de las siguientes opciones considera usted es la causa de prácticas inseguras en la institución?</p>	<p>a) Falta de tiempo suficiente para la adecuada atención a los pacientes b) Excesivo número de pacientes para atender durante la jornada c) Desconocimiento de las prácticas seguras en la institución d) Falta de divulgación de las prácticas seguras por parte de la institución. e) Falta de insumos para llevar a cabo una atención segura.</p>
<p>L. SUS COMENTARIOS</p>	<p>62. Por favor, siéntase con libertad para escribir cualquier comentario sobre la seguridad de los pacientes, errores o incidentes reportados en su sede.</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

8. PROCEDIMIENTO

Para la ejecución del presente estudio se obtuvo la aprobación de la Dirección General y de la Dirección de Operaciones y Calidad de la IPS, posteriormente se realizó la aplicación de la encuesta a colaboradores de áreas administrativas y asistenciales de la institución. Cabe resaltar que la encuesta fue aplicada previamente por la IPS en el año 2016, con una muestra total de 202 colaboradores. A partir de los resultados de dicha encuesta, se determinaron estrategias y planes de mejoramiento para las oportunidades de mejora evidenciadas.

Para el proceso de recolección de datos, se realizó el envío de la encuesta en formato de Google Drive a cada uno de los colaboradores, por medio de la página institucional de la IPS en un periodo de tiempo comprendido de Marzo a Abril del presente año, seguido de esto, se obtuvo como producto una hoja de Excel con las preguntas y respuestas de la evaluación, este proceso estuvo a cargo de la Departamento de Calidad y Operaciones de la institución, el cual permitió obtener un acceso a los datos para su análisis.

En el proceso de resultados, se realizó la tabulación y análisis determinados por los siguientes criterios:

Con el fin de facilitar la interpretación de los resultados las dos categorías de respuesta más bajas se combinaron: muy en desacuerdo/en desacuerdo y nunca/rara vez, y fueron catalogadas como *respuestas negativas*; las dos opciones de respuesta más altas también se agruparon: de acuerdo/muy de acuerdo, y se consideran *respuestas positivas*. Las respuestas intermedias (respuesta indiferente/algunas veces) de la escala se reportan como una categoría independiente donde la contestación se catalogó como *respuestas neutrales*. A continuación, ítem por ítem se estableció el número total de respuestas válidas para cada uno y se tabularon las respuestas positivas, las negativas y las neutras para cada pregunta. Para la interpretación se diferenciaron las preguntas formuladas en positivo y negativo según su redacción y enunciado, obteniéndose un total de 16 preguntas formuladas en negativo.

Esta codificación permitió calcular las frecuencias relativas de cada categoría, para cada uno de los ítems y el indicador compuesto de cada dimensión

Dados los criterios de exclusión establecidos, para efectos del presente estudio se excluyeron un total de cuatro preguntas (32, 41, 42, y 51) dada la decodificación de respuesta obtenida en la hoja de Excel posterior a su aplicación, las cuales poseían diferentes escalas de respuesta que no permitieron su análisis.

9. RESULTADOS

9.1 ANÁLISIS DE RESULTADOS

SECCION A. Área de trabajo

1. ¿Cuál es su servicio?

Profesión	Valor Absoluto	Valor Relativo
Sistemas	1	0,57%
Asesor Integral	2	1,14%
Laboratorio Clínico	2	1,14%
Radiología	2	1,14%
Administrativos en Dirección General	8	4,59%
Servicio de Apoyo Terapéutico	8	4,59%
Servicio de Odontología	8	4,59%
Plataforma de servicios	9	5,17%
Servicio de Enfermería P y P	10	5,74%
Servicio de Enfermería Asistencial	24	13,79%
Otros administrativos	28	16,09%
Servicios Médicos Especialistas	36	20,68%
Servicios Médicos Generales	36	20,68%
Total general	174	100%

En la encuesta realizada, se evidencia que se obtuvo igual participación por parte de médicos especialistas y médicos generales con un 20,7% y 20,7% respectivamente; en tercer lugar, se encuentran con un 16,1% el cargo de otros administrativos, seguido por la participación del personal de enfermería. Dentro de la muestra también se encuentran, aunque en menor proporción odontología, apoyo terapéutico, laboratorio, imagenología, etc.

Al compararlo con la encuesta realizada en el año 2016 se demuestra que este año se tuvo una participación similar por parte de los médicos especialistas, siendo para este año del 23,60% seguido por médicos generales con un 20,70%.

2. ¿Cuál es su cargo?

Cuál es su cargo	Valor absoluto	Valor relativo
Administrativo	1	0,57%
Asesor Integral de Servicios	24	13,79%
Auditor Medico	1	0,57%
Auxiliar de Laboratorio	4	2,29%
Auxiliar Administrativo	2	1,14%
Auxiliar de Enfermería	18	10,34%
Auxiliar de Odontología	1	0,57%
Cirujana Oral	1	0,57%
Dermatólogo (a)	3	1,72%
Endodoncista	1	0,57%
Enfermera Profesional de Py P	8	4,59%
Fisioterapeuta	2	1,14%
Fonoaudiólogo	1	0,57%
Gastroenterólogo	1	0,57%
Gerente de Sede	4	2,29%
Gestor Académico	2	1,14%
Gestor de Servicio	4	2,29%
Ginecólogo (a)	8	4,59%
Jefe de Enfermería	7	4,02%
Jefe Medico	6	3,44%
Líder de Servicio	1	0,57%
Médico Familiar	8	4,59%
Médico General	36	20,68%
Médico Internista	3	1,72%
Nutricionista	2	1,14%
Odontólogo Especialista	1	0,57%
Odontólogo General	4	2,29%
Pediatra	6	3,44%
Profesional de Calidad	2	1,14%

Psicólogo	1	0,57%
Radiología	3	1,72%
Supervisor	4	2,29%
Técnico en Sistemas	1	0,57%
Terapeuta Respiratoria	1	0,57%
Urólogo	2	1,14%
Total general	174	100%

Al verificar los resultados de la pregunta ¿Cuál es su cargo? Se evidencia que, de los profesionales participantes en la encuesta, el 20,7% corresponden a médicos generales, seguido por personal auxiliar de enfermería, profesionales especialistas en ginecología y jefes de enfermería. Se evidencia igualmente participación de médicos especialistas de otras áreas, odontólogos, gestores académicos, radiólogos y personal con cargos administrativos. Durante la encuesta del año 2016, la mayor participación también correspondió a los médicos generales con un 20,0%.

SECCION B. Información general

En la segunda sección, se realizan una serie de preguntas, con el fin de describir y conocer la experiencia de los trabajadores a quienes se les realizó la encuesta.

1. ¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en JAVESALUD?

¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en JAVESALUD?	Valor absoluto	Valor relativo
De 1 a 5 años.	82	47,13%
Menos de un año	40	22,99%
De 6 a 10 años	30	17,24%
Más de 10 años	22	12,64%
Total general	174	100,00%

De las personas participantes en la encuesta realizada, el 47,13% corresponde a trabajadores que llevan laborando en la institución entre 1 a 5 años, con una representación de casi la mitad de la muestra. El porcentaje de trabajadores que llevan trabajando en Javesalud menos de un año corresponde al 22,99%. En la encuesta realizada durante el año 2016, se obtuvieron resultados similares ya que el 50% del total de la muestra correspondió a trabajadores con

un periodo laboral en Javesalud de entre 1 a 5 años. Es así como se evidencia un incremento discreto entre las muestras de las dos encuestas, con un porcentaje similar para quienes llevaban menos de un año trabajando en la institución lo cual para la encuesta actual disminuyó su porcentaje.

2. ¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en esta área?

¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en esta área?	Valor absoluto	Valor relativo
De 1 a 5 años.	90	51,72%
Menos de un año	33	18,97%
De 6 a 10 años	26	14,94%
Más de 10 años	25	14,37%
Total general	174	100,00%

El 51,72% de los trabajadores, llevan trabajando en su área actual de entre 1 a 5 años, en segundo lugar, el 18,97% corresponde a colaboradores quienes llevan en el área menos de 1 año. El tercer lugar lo ocupa con un 14,94% aquellos que llevan de 6 a 10 años y por último con 14,37% las personas que llevan más de 10 años. Se infiere con base en los resultados que un porcentaje significativo de los trabajadores cuentan con un tiempo prolongado de desarrollo de sus labores en el área.

En la encuesta del año anterior, se obtuvieron resultados similares, el 52% de la muestra correspondió a los trabajadores que llevaban en el área de 1 a 5 años, seguido por un 21% correspondiente a quienes llevaban menos de 1 año.

3. ¿Cuántas horas a la semana trabaja usted en esta área?

¿Cuántas horas a la semana trabaja usted en esta área?	Valor absoluto	Valor relativo
De 40 a 59 horas a la semana	109	62,64%
De 20 a 39 horas a la semana.	46	26,44%
Más de 60 horas de la semana.	11	6,32%
Menos de 20 horas a la semana.	8	4,60%
Total, general	174	100,00%

El cuestionamiento sobre cuantas horas a la semana labora cada uno de los trabajadores a quienes se les realizó la encuesta, evidencia que, del total de la muestra, el 62,64% cumplen con un total de 40 a 59 horas semanales y en

segundo lugar se encuentran los trabajadores que laboran de 20 a 39 horas a la semana con un 26,44% del total de la muestra. Con más de 60 horas a la semana trabajan el 6,32% de la población y por último, el 4,60% de la muestra cumplen con menos de 20 horas semanales.

4. En su área de trabajo, ¿tiene usted interacción directa o contacto con pacientes?

En su área de trabajo, ¿tiene usted interacción directa o contacto con pacientes?	Valor absoluto	Valor relativo
Si	164	94,25%
No	10	5,75%
Total general	174	100,00%

Los trabajadores que tienen contacto o interacción directa con pacientes representan un 94,25% de la muestra total, mientras que quienes no lo hacen son tan solo el 5,75%. En la encuesta del año 2016, el total de los trabajadores en contacto directo con pacientes fueron el 96,1% de la muestra y el 3,9% no. Se muestra que no existe mayor diferencia entre las encuestas realizadas en el 2016 y 2018 ya que del mayor porcentaje hubo una disminución en la encuesta actual de 1,9%.

5. ¿Cuánto tiempo lleva usted ejerciendo su actual profesión o especialidad?

¿Cuánto tiempo lleva usted ejerciendo su actual profesión o especialidad?	Valor absoluto	Valor relativo
De 1 a 5 años.	66	37,9%
Más de 10 años	55	31,6%
De 6 a 10 años	47	27,0%
Menos de un año	6	3,4%
Total general	174	100,0%

De las personas que participaron en la encuesta, los colaboradores que han ejercido su profesión por un periodo de entre 1 a 5 años, representaron un 37,9% del total de la muestra, seguido por aquellos quienes ejercen hace más de 10 años con el 31,6%. Los trabajadores que llevan entre 6 a 10 años se ubican en el tercer lugar con un 27% y con el menor porcentaje están quienes llevan menos de un año ejerciendo su profesión con un 3,4%. En la encuesta realizada en el año 2016, el 33% de los encuestados, llevaba ejerciendo su profesión de 1 a 5 años, con el mismo porcentaje quienes llevaban más de 10 años; con un 25,10% de 6 a 10 años y finalmente con un 8,90% los trabajadores que llevaban menos de 1 año ejerciendo su profesión.

6. ¿Labora usted en otra jornada en otra institución?

¿Labora usted en otra jornada en otra institución?	Valor absoluto	Valor relativo
No	124	71,3%
Si	50	28,7%
Total general	174	100,0%

Del total de la población encuestada en la actualidad se evidencia que el 71,3% del total de la muestra no trabajan en otra institución en una jornada diferente a la que tienen establecida en Javesalud, mientras que un 28,7% sí.

En el año 2016, el 62,6% de los participantes si trabajaba en otra institución a diferencia de un 37,4% que si lo hacían se evidencia que hay un aumento en el porcentaje de personas que no trabajan en otra institución.

Sección C. De acuerdo a su servicio

Esta sección da cuenta de la cohesión, el comportamiento y la cooperación existente entre el personal de las áreas y servicios de la organización tendientes a contribuir con la seguridad del paciente.

Está conformada por 12 preguntas formuladas de manera positiva y 8 preguntas formuladas de manera negativa.

Preguntas Formuladas en Positivo	Respuestas Positivas	Respuestas Negativas	Respuestas Neutrales
El personal se apoya mutuamente.	92%	3,40%	4%
Existe suficiente personal para afrontar la carga de trabajo.	63%	27,50%	8,60%
Cuando hay mucho trabajo, todos colaboran como un equipo para poder terminarlo.	80,50%	9,10%	10,30%
En esta área de trabajo todos se tratan con respeto.	94,30%	2,30%	3,40%
Tienen actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente.	85,70%	6,30%	8%
Los errores han llevado a cambios positivos en la institución.	81,60%	2,30%	16,10%

Es solo por casualidad que los errores más serios no ocurren dentro de la institución.	17,20%	53,50%	29,30%
Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en los compañeros.	74,10%	12,10%	13,80%
Los cambios que hacen para mejorar la seguridad del paciente se evalúan para comprobar su efectividad.	81,60%	4,00%	14,40%
La seguridad del paciente nunca se sacrifica por hacer más trabajo.	63,80%	21,80%	14,40%
Los procedimientos y medios de trabajo son buenos para evitar errores en la atención asistencial.	86,70%	8,10%	5,20%
El personal se encuentra capacitado según los protocolos y lineamientos de la institución para la atención del paciente.	93,70%	4,00%	2,30%

Se destaca que un 94.3% de los encuestados reconoció que el personal en las áreas/servicios se trata con respeto, seguido de un 92% que concuerda con la existencia del apoyo mutuo entre los colaboradores de la institución, por otra parte, un 93.7 % afirmó que el personal se encuentra capacitado según los protocolos y lineamientos de la institución para dar la mejor atención al paciente. Estos tres últimos ítems son considerados como fortalezas dentro de la dimensión por ser las preguntas con puntuaciones más altas.

Comparando los datos de la medición actual y con los datos obtenidos en la medición previa, se obtuvieron los siguientes hallazgos: Para la medición anterior, un 83% de la población encuestada refirió que cuando hay mucho trabajo, todos colaboran como un equipo para poder terminarlo, sin embargo, para la medición actual tan solo un 80.5% de la muestra estuvo de acuerdo con esta respuesta. Para la pregunta, es solo por casualidad que los errores más serios no ocurren dentro de la institución en la primera medición, su porcentaje positivo fue del 20% y en esta medición paso a estar en un 17.2%, es decir, la percepción de que es por casualidad que los errores más serios no ocurren dentro de la institución desmejoró, y finalmente para la pregunta, "la seguridad del paciente nunca se sacrifica por hacer más trabajo" en la primera medición el 70.9% de la muestra respondió de manera positiva esta pregunta, mientras que en la medición actual tan solo el 63.8% de la muestra encuestada respondió de manera positiva esta pregunta.

Preguntas Formuladas en Negativo	Respuestas Positivas	Respuestas Negativas	Respuestas Neutrales
A veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora.	33,90%	50,50%	15,50%

En ocasiones no se presta la mejor atención al paciente, porque hay cambios periódicamente al personal.	31,60%	56,30%	12,10%
Siente que sus errores podrían ser usados en su contra.	48,20%	39,50%	17,20%
Cuando se informa de un incidente, siente que la persona está siendo reportada y no el incidente.	20,60%	60,30%	19%
Cuando usted trabaja bajo presión, intenta hacer mucho, ¿en menos tiempo?	63,30%	26,40%	10,30%
Cuando se comete un error, el personal teme a que eso quede en su hoja de vida.	44,20%	47,70%	12,10%
En esta área de trabajo hay problemas relacionados con la "seguridad del paciente".	32%	55,60%	11%
Usted debe realizar tareas en las cuales no considera que ha sido formado.	72,40%	10,90%	16,70%

El 48.2% de la población encuestada percibe que los errores que se cometen pueden ser usados en su contra, cifra que es bastante significativa. De otra parte, el 72.4% de la población percibe que como colaboradores deben realizar tareas en las cuales no se consideran formados, situación que puede considerarse de impacto al momento de la ejecución de los procesos de la organización.

Comparando los datos de la medición actual y con los datos obtenidos la última medición, se obtuvieron los siguientes hallazgos: Para la medición anterior, el 40% de la población percibió que sentían que los errores que se cometían podían ser usados en su contra, mientras que para la medición actual esta cifra se incrementó a un 48,2 % de la muestra encuestada. Para la pregunta ¿Cuándo se informa de un incidente, siente que la persona está siendo reportada y no el incidente? la percepción en desacuerdo pasó del 65% al 60% y de acuerdo pasó del 19,7% al 20%. Para la pregunta ¿cuándo se comete un error el personal teme a que este quede en su hoja de vida? en la primera medición el 41.9% afirmó estar de acuerdo y para esta medición el 44.2% refirió que estaba de acuerdo, es decir con el tiempo el personal persiste con la percepción de que un error que se cometa termine registrado en su hoja de vida.

SECCION D. Su jefe inmediato

Preguntas formuladas	Respuestas Positivas	Respuestas Negativas	Respuestas Neutrales
Mi jefe inmediato expresa su satisfacción cuando intentamos evitar	85%	3,10%	11,50%

riesgos en la seguridad del paciente.			
Mi jefe inmediato tiene en cuenta, seriamente, las sugerencias que le hace el personal para mejorar la seguridad del paciente.	20,10%	64,90%	14,90%
(-) Cuando aumenta la presión del trabajo, mi jefe inmediato pretende que trabajemos más rápido, aunque se pueda poner en riesgo la seguridad del paciente.	4%	87%	8,60%

La presente dimensión tiene como objetivo conocer la percepción de los colaboradores en relación a la importancia otorgada por los jefes y supervisores de cada área o servicio a la seguridad del paciente, se encuentra formada por dos preguntas de tipo positivo y una negativa que se infieren de la siguiente manera:

El 85% de los encuestados consideran que su jefe inmediato expresa satisfacción cuando evidencia que se ha evitado algún error relacionado con la seguridad del paciente lo cual se puede relacionar de manera positiva al denotar en el 87% de los encuestados consideran que su jefe no les solicita agilizar sus funciones o tareas en los momentos en que la demanda del servicio o labor general lo requieran, llegando a poner así en riesgo la seguridad del paciente, por ende estos porcentajes evidencian ésta dimensión como una fortaleza .

En relación a la comunicación efectiva entre jefe-colaborador se demuestra que el 64.9% de los colaboradores consideran que las opiniones otorgadas a su jefe inmediato no son tenidas en cuenta para generar ascensos en temas direccionados a la seguridad del paciente, lo cual nos lleva a determinar que es una oportunidad de mejora a establecer.

Cabe resaltar que la pregunta número 32 inmersa en la actual dimensión, la cual pretendía indagar si el jefe del servicio no tenía en cuenta los problemas de seguridad del paciente que ocurrían de manera reiterada en la institución fue excluida, dados los criterios de respuesta obtenidos en la aplicación no eran acordes a la pregunta.

En relación con la encuesta aplicada en el año 2016, se resalta que el 82.4% estuvieron de acuerdo al enunciar que sus opiniones eran tenidas en cuenta por el jefe para mejorar la seguridad del paciente, lo cual determina aumento significativo, pero, expresado en términos negativos.

SECCION E. Su comunicación

Preguntas	Respuestas Positivas	Respuestas Negativas	Respuestas Neutrales
-----------	----------------------	----------------------	----------------------

Cuando usted notifica algún incidente; le informan sobre qué tipo de actuaciones se han llevado a cabo?.	76,40%	7,50%	16,10%
Cuando el personal de la institución ve algo que puede afectar negativamente la atención que recibe el paciente, usted habla de ello con total libertad.	73%	6,30%	20,70%
Se nos informa de los errores que ocurren en el área.	46,50%	20,70%	32,80%
El personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores.	71,30%	6,90%	21,80%
En mi área discutimos de qué manera se puede evitar que un error vuelva a ocurrir.	16,70%	59,60%	28,70%
(-) El personal teme hacer preguntas cuando se realiza algo incorrecto.	72,50%	9,70%	17,80%

Esta dimensión expresa la existencia de mecanismos de comunicación efectiva que permiten la identificación de eventos relacionados con la seguridad del paciente y las estrategias para evitar su ocurrencia. Se encuentra conformada por cinco preguntas positivas y una negativa interpretadas de la siguiente manera:

Se denota que el 73% del personal encuestado refiere que al evidenciar que algo pueda afectar de manera negativa la atención del paciente puede expresarlo o notificarlo con libertad, ante lo cual asegura el 76.4% que posterior a la notificación es enterado sobre las acciones que se llevaran a cabo posterior al evento. A su vez, aunque el 46.5% indica que es informado sobre los errores que ocurren en su área, el 59,6% indican que no se discute o sobre las acciones a implementar para prevenir la incidencia de errores; este planteamiento, se podría corresponder con el temor que siente el personal de hacer preguntas cuando evidencia que se está realizando algo de forma incorrecta, lo cual permite inferir la comunicación en este aspecto como una oportunidad de mejora dada su importancia para el mejoramiento efectivo de los procesos y la retroalimentación de los mismos.

En relación a la encuesta aplicada en la anterior medición (año 2016) se comprueba un incremento del 22,7% de colaboradores que refieren ser informados sobre las actuaciones que se llevan a cabo frente a los incidentes y una reducción del 19,1% para este año del personal que refiere ser informado sobre los errores que ocurren en el área. Como medidas extremas de cambio, se evidencia que para el año 2016 el 77,4% de los colaboradores expresaron que en su área eran discutidas las medidas a adoptar para evitar la ocurrencia de errores, frente al 16,7% que en la medición actual afirmaron lo mismo, lo cual denota una reducción significativa del 60,7% para este ítem; a su vez, en el año 2016 el 11,4% de los encuestados afirmaron sentir temor al hacer preguntas cuando se llevaba a cabo algún proceso de manera incorrecta, para

el presente año, el 72,4% afirmaron estar de acuerdo con la proposición, lo cual demuestra un incremento del 61% en la percepción negativa de éste ítem, lo cual se reporta como el cambio más significativos de esta dimensión.

SECCION F. Frecuencia de incidentes reportados

Preguntas	Respuestas Positivas	Respuestas Negativas	Respuestas Neutrales
Se notifican los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente.	78,70%	4,60%	16,70%
Se notifican los errores que probablemente no le hayan hecho daño al paciente.	86%	2%	12%

Esta dimensión se encuentra formada por 3 preguntas que determinan la notificación de los errores por parte de los colaboradores. Se destaca que un 78% y un 86% de los colaboradores realizan la notificación de los errores antes de que afecten al paciente o incluso si no le causaron daño. Un 4,6% y un 2% de los encuestados aún no realizan notificaciones de los errores encontrados durante la atención. Con respecto a la medición previa, se analiza que el porcentaje del personal que realiza notificaciones ha disminuido con respecto al previo de 84% y que de igual manera el porcentaje del personal que no cumple con las notificaciones se incrementó con respecto al previo de 3,5%, sin embargo, el porcentaje de colaboradores que afirman realizar los reportes de forma oportuna continúa siendo significativo por lo que se considera éste aspecto como una fortaleza.

La sección cuenta con una tercera pregunta "Se notifican los errores que no han tenido consecuencias adversas, aunque probablemente hayan tenido daño al paciente" se excluyó de la medición puesto que las variables de respuesta no correspondían con el enunciado.

SECCION G. Grado de seguridad del paciente

Por favor, califique el grado de seguridad de su área de trabajo	Valor Absoluto	Valor Relativo
Malo	5	2,87%
Regular	11	6,32%
Indiferente	13	7,47%
Muy bueno	57	32,7%
Bueno	88	50,5%

Total general	174	100%
---------------	-----	------

Para la pregunta " Por favor califique el grado de seguridad de su área de trabajo", las calificaciones planteadas en el ítem se encontraban agrupadas no se consideran pertinentes para la valoración, sin embargo, se realizó la operacionalización de la variable en cuatro categorías, nombradas: Muy bueno, bueno, regular y malo

De acuerdo a esto, el 50,5% de los colaboradores consideran que el grado de seguridad de su área de trabajo es bueno, un 32,7% de los empleados afirman que es muy bueno, 7,4% lo califican como indiferentes, 6,32% como regular y 2,87% como malo.

Respecto a la medición pasada se encuentra que un 69% de los colaboradores lo califican de forma positiva, 24,6% de forma neutra y 6,3% de forma negativa.

SECCION H. La institución (Javesalud)

Preguntas Formuladas en Positivo	Respuestas Positivas	Respuestas Negativas	Respuestas Neutrales
La Dirección de la institución facilita un clima laboral que favorece la seguridad del paciente.	32,10%	43,60%	24,10%
Hay una buena cooperación entre las áreas y/o sedes que requieren trabajar conjuntamente.	14,30%	72,40%	13,20%
La gerencia o dirección de la institución muestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades.	21,30%	71,80%	6,90%

Preguntas Formuladas en Negativo	Respuestas Positivas	Respuestas Negativas	Respuestas Neutrales
Las diferentes sedes de la institución no se coordinan bien entre ellas.	31,60%	45,40%	23%
La continuidad en la atención se pierde, en parte, cuando los pacientes se transfieren desde un servicio a otro	72,90%	8,60%	18,40%
Suele resultar incómodo tener que trabajar con personal de otras áreas o sedes.	8,60%	73,60%	17,20%
El intercambio de información entre las diferentes áreas y/o sedes es habitualmente problemático	81,60%	11,50%	6,90%

La gerencia/dirección de la institución sólo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente.	77,20%	12,70%	9,80%
--	--------	--------	-------

Esta sección realiza una aproximación a la percepción de la interacción administrativa con la seguridad del paciente y el trabajo entre los equipos y sedes. Está compuesta por 9 preguntas, 3 formuladas en positivo y 6 formuladas en negativo, las cuales no tienen comparativo con la medición previa, con los siguientes resultados

El 32,1% de los encuestados percibe una inclinación desde la Dirección hacia la creación de un clima laboral enfocado en la seguridad del paciente, mientras que el 46,6%, perciben una deficiencia en este aspecto.

El 72,4% de los encuestados perciben que no existe una adecuada cooperación entre las sedes para la realización de trabajos en conjunto y solamente un 13,4% de los colaboradores consideran que existe dicha característica.

Un 71,8% de la muestra encuestada, considera que la Gerencia no demuestra compromiso suficiente con la seguridad del paciente, manifestado en hechos. El 21,3% de los colaboradores consideran que si se cumple con esta proposición.

En las preguntas formuladas en negativo se encuentran los siguientes resultados:

Se denota que un 45% de los trabajadores se considera en desacuerdo con que las sedes no trabajan de forma coordinada y que un 31,6% perciben que si existen dificultades con el trabajo entre las diferentes sedes.

Un 72,9% de la muestra se encuentra de acuerdo con la afirmación de que la continuidad de la atención de los pacientes se pierde en las transferencias de los mismos de un servicio a otro. Igualmente, un 81,6% de los colaboradores considera que existe una dificultad con el intercambio de información entre las sedes, mientras que un 8,2 y 11,6% de los encuestados respectivamente consideran que no existe dificultad en estas circunstancias de la atención.

En cuanto al trabajo con personal de otras sedes, se encuentra que el 73,6% de los colaboradores no encuentran dificultad alguna, mientras que el 8,6% aún perciben algún tipo de dificultad para la labor.

Finalmente, existe un porcentaje elevado de colaboradores, situado en el 77,2% de la muestra encuestada que perciben que la dirección únicamente se interesa en la seguridad del paciente cuando se genera algún suceso particular o evento adverso. Un 12,7% se muestran en desacuerdo con la proposición y un 9,8% de los encuestados responden de forma indiferente.

SECCION I. Número de incidentes reportados

En el último año cuantos incidentes ha reportado?	Valor Absoluto	Valor Relativo
10 reportes o más	5	2,87%
De 1 a 2 reportes	45	25,86%
De 3 a 5 reportes	11	6,32%
De 6 a 10 reportes	4	2,30%
Ningún reporte	109	62,64%
Total general	174	100%

Esta sección se encuentra compuesta por dos preguntas enfocadas en el reporte de incidentes y eventos adversos. Para la primera pregunta se denota que el 62,6% de la población no realizó ningún reporte de incidentes durante el año anterior, el 25,86% realizó entre uno y dos reportes, el 6,35% de 3 a 5 reportes y el 25,86% más de 10 reportes de incidentes. Al realizar la tabulación de esta variable se encontró que las opciones de respuesta incluían opciones de reporte de eventos adversos, con lo que se realizó la operacionalización a número de incidentes.

En el último año cuántos Eventos Adversos (EA) ha reportado	Valor Absoluto	Valor Relativo
10 reportes de EA o más	1	0,57%
Algunas veces	3	1,72%
Casi siempre	11	6,32%
De 1 a 2 reportes de EA	6	3,45%
De 3 a 5 reportes de EA	2	1,15%
De 6 a 10 reportes de EA	1	0,57%
Ningún reporte de EA	18	10,34%
No aplica	51	29,31%
Siempre	81	46,55%

Total general	174	100%
----------------------	------------	------

Para la pregunta cuántos reportes de eventos adversos ha reportado en el último año, se encontró que las opciones de respuesta no se relacionaban con el planteamiento de la pregunta, siendo incluidas variables nominales como siempre, nunca y "no aplico medicamentos", por esta razón se decidió no realizar un análisis del resultado.

SECCION J. PRÁCTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Preguntas	Respuestas Positivas	Respuestas Negativas	Respuestas Neutrales	No aplica
Tienen en cuenta los cinco correctos para la aplicación de medicamentos.	83,90%	4,60%	10,30%	1,20%
Tienen adecuada manipulación y limpieza de los dispositivos biomédicos que están a su cargo.	92,60%	4,60%	2,90%	0,00%
Tienen en cuenta los cinco momentos para la higiene de manos.	96%	1,20%	2,90%	0%
Realizan el doble chequeo de la identidad del paciente.	81,60%	0%	1,70%	16,70%
Realizan el adecuado diligenciamiento del consentimiento informado.	84,40%	4%	3,40%	8%
Identifican y notifican oportunamente los eventos de interés en salud pública e infecciones intra-institucionales.	93,70%	3,40%	2,90%	0%
Realizan un adecuado manejo de los residuos y las prácticas de bioseguridad.	91,30%	3,40%	5,20%	0,00%

Esta sección está compuesta por 7 preguntas enfocadas en la percepción del cumplimiento de medidas generales enfocadas en la seguridad del paciente, todas se encuentran formuladas en positivo.

En esta categoría se incluyó la variable NO APLICA, para la tabulación de las respuestas, considerando que un porcentaje de la muestra encuestada hacen parte del área administrativa.

El resultado general de la sección refleja el cumplimiento de los trabajadores con aquellas medidas que promueven la seguridad del paciente, con los siguientes resultados.

El 83,9% de los encuestados, cumple con los cinco correctos en la administración de medicamentos, el 4,6% no cumple y el 1,2% no aplica medicamentos. Los resultados muestran un incremento significativo con respecto al cumplimiento en la medición anterior, el cual se situó alrededor del 62,3%.

El 92,6% del personal que hizo parte de la muestra encuestada, percibe que realizan un buen uso y mantenimiento de los equipos biomédicos a su cargo, resultado que es similar a la medición previa. Un 4,6% de los encuestados refiere no realizar una adecuada manipulación y limpieza de los equipos.

De acuerdo a los resultados, un 96% de los colaboradores cumple con la higiene de manos, resultado que se considera una fortaleza dentro del programa de seguridad del paciente, y que se mantiene similar al medido en la encuesta anterior, teniendo solo un 1,2% de la muestra con respuesta negativa ante el cumplimiento de dicha estrategia.

Igualmente existe un alto cumplimiento frente al doble chequeo de identidad del paciente, con un 81,6% de los trabajadores respondiendo de forma positiva a este ítem. Se tiene en cuenta que para un 16,7% de la muestra no aplica esta proposición.

Un 84,4% de los encuestados consideran que realizan un adecuado diligenciamiento de los consentimientos informados, lo que se constituye en una fortaleza frente a los procesos de atención segura enmarcados en los principios éticos de la atención ambulatoria de salud. En esta pregunta, un 8% de los encuestados refieren no aplicar consentimientos.

En cuanto a la identificación y notificación de eventos de salud pública se encuentra que existe un alto porcentaje de cumplimiento, situándose en el 93% de los encuestados, resultado que muestra un incremento positivo frente a la medición realizada previamente, situación que demuestra mayor compromiso y conocimiento frente a los eventos de notificación inmediata.

En esta variable sólo un 3,4% de los encuestados no realizan identificación y reporte de los eventos, resultado que se correlaciona con el de la medición anterior.

Frente al manejo de los residuos y prácticas de bioseguridad, se encuentra que un 93% de los encuestados considera que realiza un adecuado manejo de los mismos, un 3,4% no lo realiza y un 5,2% responde de forma indiferente ante la pregunta.

La sección cuenta con algunos de los porcentajes más elevados de respuestas positivas por lo que se considera un área de fortaleza en el clima de seguridad del paciente de la institución.

SECCION K. Causa de prácticas inseguras en la institución

¿Cuál de las siguientes opciones considera usted es la causa de prácticas inseguras en la institución?	Valor Absoluto	Valor Relativo
Desconocimiento de las prácticas seguras en la institución	26	14,94%
Excesivo número de pacientes para atender durante la jornada	39	22,41%
Falta de divulgación de las prácticas seguras por parte de la institución.	16	9,20%
Falta de insumos para llevar a cabo una atención segura.	10	5,75%
Falta de tiempo suficiente para la adecuada atención a los pacientes	77	44,25%
No aplica	6	3,45%
Total general	174	100%

La última sección de la encuesta está conformada por una única pregunta, la cual busca determinar la percepción de la causa más común de los errores en la atención de los pacientes. Es así como el 44,3% de la población, considera que la causa más frecuente de las fallas en la atención de los pacientes es la falta de tiempo suficiente para la adecuada atención de los pacientes. Se refleja igualmente que la segunda causa de acuerdo al 22,75% de los encuestados es el excesivo número de pacientes para atender durante la jornada laboral, seguido por el 14,94% de la muestra que considera el desconocimiento de las prácticas seguras en la institución como causa de dicha falla. El 9,2% de los colaboradores afirma que la falta de divulgación de prácticas seguras en la institución puede ser el causal de fallas en la atención y el 5,75% considera que la falta de insumos para el proceso de atención puede relacionarse con errores en la atención segura de los pacientes.

Al terminar de diligenciar el cuestionario, cada uno de los colaboradores podía plasmar algún comentario que tuviera que ver del programa de seguridad del paciente en la institución, los comentarios más repetitivos y significativos fueron:

Comentarios positivos de la seguridad del paciente en la institución:

- “Considero que los eventos o incidentes reportados en la sede desde mi área de trabajo son informados de manera inmediata, siempre estamos comprometidos con la seguridad del paciente en Javesalud”.
- “Estamos muy comprometidos con la seguridad del paciente en todo momento”
- “Siento que la prioridad de los pacientes es muy importante para todos”
- “Solo puedo informar que en la sede se hace lo posible por tener la mayor seguridad en la atención, todos estamos sincronizados para brindarle al paciente una muy buena atención de los diferentes servicios”

- “Siempre nos preocupamos por brindar una seguridad y un entorno seguro al paciente, tratando de mantener los protocolos y las normas de la seguridad de los pacientes “
- “El reporte no es punitivo y hay tranquilidad a la hora de registrar el evento”
- “La seguridad de los pacientes es un compromiso institucional”
- “La seguridad del paciente es un tema transversal a todas las áreas de la institución”
- “El paciente es la prioridad en Javesalud, atención centrada en el paciente”

Comentarios negativos de la seguridad del paciente en la institución:

- “Debemos dedicarles más tiempo a los pacientes para a si mismo orientarlos mejor en lo que necesiten”.
- “Se debe impulsar más la imposición de la manito roja para identificar a los pacientes que tienden hacer más propensos para caídas especialmente en la entrada”.
- “Existen comentarios mal intencionados de los funcionarios que afectan el clima laboral”
- “Muchas veces por la congestión de pacientes que se encuentra el servicio no dedicamos todo el tiempo necesario que se merece el paciente”
- “Hay poco personal para la cantidad de pacientes atendidos en la jornada”
- “Se debe fomentar y mejorar la comunicación efectiva en el equipo de trabajo”
- “Se debería de tener más precaución con los errores, estar prevenidos, antes de que ocurran, y no esperar a que suceda algún evento o incidente para mejorar”.

En términos generales son más los comentarios positivos que hablan de la buena gestión de la seguridad del paciente y de la cultura que se vive en la IPS que los comentarios negativos.

9.2 DISCUSION DE RESULTADOS

De acuerdo a la metodología del trabajo, se decide plantear las discusiones por cada una de las secciones evaluadas:

SECCIÓN C. De acuerdo a su servicio

La sección "De acuerdo a su servicio" pretende determinar la cohesión, el comportamiento y la cooperación que existe entre el personal de las áreas y servicios de la organización tendientes a contribuir con la seguridad del paciente. El 85.7% de la población encuestada percibió que el desarrollo de actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente es de gran importancia, hallazgo respaldado en el estudio de Otero, (Otero , 2008) según el cual, el desarrollo de actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente en una institución sanitaria con el objetivo de fomentar la cultura de seguridad del paciente son un importante factor que influencia la calidad del cuidado de la salud. El mismo estudio describe que las instituciones dedicadas al cuidado de la salud deben desarrollar una cultura de seguridad por medio de diferentes actividades, de tal forma que su fuerza de trabajo y procesos estén enfocados en mejorar la confiabilidad y seguridad del cuidado de los pacientes.

Por otra parte, según el estudio de López, Puentes y Ramírez (López, Puentes, & Ramírez, 2016) el 79.2% de la muestra encuestada refiere que los errores que se cometen en las instituciones han llevado a cambios positivos, percepción similar a la encontrada en el estudio con el 81,6% de colaboradores que afirman dicho planteamiento, con lo que se infiere que el reporte y análisis de los errores cometidos en la atención en salud, promueven una curva de aprendizaje a partir de las correcciones y predicciones que de este se desprenden.

Finalmente, el 48.2% de los participantes sostuvo que sienten que sus errores son considerados en su contra y el 30.6% percibe que es la persona quien está siendo reportada al momento de informar un casi evento y no el problema. (Meyer, Foster, Christup, & Eisenberg, 2001) relacionó la falta de información-comunicación por parte del personal sanitario con una mayor preocupación de sufrir un error en la atención, lo cual coincide con los resultados del presente estudio, en donde 48% de los encuestados siente temor a respuestas punitivas frente al reporte de errores en la atención. Otros estudios, como el realizado por Bilbao y Álvarez (Álvarez & Bilbao , 2014), muestra porcentajes superiores en percepción del uso de errores en su contra, siendo alrededor del 67% para su medición, sin embargo, un 86% afirmó que cuando se detecta algún error, antes de buscar la causa, buscan un culpable.

SECCION D. Su jefe inmediato

En esta sección, se pretende identificar la importancia que otorga el jefe inmediato de cada área a la seguridad del paciente según la percepción de los colaboradores. En el trabajo de grado realizado por Castañeda y Henao (Castañeda- Jaramillo & Henao-Mazo, 2015) se refiere que un 66,2% de los encuestados afirmó tener reconocimiento por parte de los superiores cuando se trabaja de conformidad con los procedimientos establecidos para la seguridad del paciente. En el presente estudio se obtuvo un 85% de respuestas positivas en esta pregunta, lo cual evidencia una fortaleza en relación a la motivación percibida por los colaboradores por parte de su jefe inmediato. Se encuentra una diferencia significativa en la afirmación de que el jefe tiene en cuenta las sugerencias proporcionadas por el personal para mejorar la seguridad de los pacientes ante la cual, el 82.9% de la muestra encuestada en el estudio de Castañeda y Henao, (Castañeda- Jaramillo & Henao-Mazo, 2015) refiere estar de acuerdo y muy de acuerdo con la pregunta en comparación con el 64.9% de la muestra del presente estudio que afirma estar en desacuerdo y muy en desacuerdo, lo cual evidencia una oportunidad de mejora en torno a la franqueza de la comunicación y los resultados que se generan a partir de la misma

SECCION E. Su comunicación

En relación a la comunicación entre los colaboradores y jefe inmediato como estrategia para la identificación y prevención de eventos adversos, se demostró según Castañeda y Henao (Castañeda- Jaramillo & Henao-Mazo, 2015) que un 69.9% de la muestra era informada por los jefes inmediatos sobre los ajustes realizados con base en los reportes de la seguridad del paciente. Al compararse con el estudio realizado fue de 76,4% lo cual muestra una fortaleza asociada con este ítem. En cuanto a la evidencia de fallas de la atención en salud que se cometen en cada área, el estudio mostro que 46,5% de la muestra refieren ser informados de la situación. Al compararse con el estudio de Castañeda y Henao, (Castañeda- Jaramillo & Henao-Mazo, 2015) se encuentra que el 82.1% de los encuestados reportan ser informados al respecto. Este resultado se relaciona con el 59.6% del personal de la IPS encuestada que afirma que en su área no se discute sobre las acciones a implementar para reducir los errores frente al 85.3% de los encuestados en el estudio de Castañeda y Henao, (Castañeda- Jaramillo & Henao-Mazo, 2015) quienes afirmar lo contrario, lo cual permite inferir que existen deficiencias en cuanto a la franqueza de la comunicación. De acuerdo con Reason en el ámbito de la salud, los errores no solo se producen por un descuido personal sino por un conjunto de fallas secuenciales en la que algunos aspectos

estructurales, como la comunicación, tienen una gran participación (Ramos, Coca, & Abendaño, 2014)

Al explorar los resultados obtenidos por el estudio desarrollado en el Hospital de Medellín el 66,1% del personal afirmó nunca o rara vez sentir miedo a realizar preguntas cuando se cometía algún error en los procesos de su área, igualmente en el estudio de Pozo y Padilla (Pozo Muñoz & Padilla Marin, 2013) donde un 60% refieren dificultad en la comunicación frente a los errores. En comparación con el estudio actual, se encuentra que el 72.5% expresan temor ante la misma situación, ante esto, y como lo afirma Murillo (D., 2006): los sistemas de salud deben pasar de la "culpa y la vergüenza, cultura que impide el reconocimiento del error y, por tanto, obstaculiza cualquier posibilidad de aprender de éstos, a una en la que se tenga fácil acceso a la información que apoye el aprendizaje de la experiencia con el fin de promover los sistemas de prevención de errores", por lo tanto, se considera ésta dimensión como una oportunidad de mejora que requiere intervención urgente para promover una comunicación fluida frente a los errores de la atención y el aprendizaje que se derive del análisis de los mismos.

SECCIÓN F. Frecuencia de incidentes reportados

En relación a la frecuencia de incidentes reportados, de acuerdo con el estudio de Castañeda y Henao el 70% de los colaboradores afirman realizar el reporte de los eventos a tiempo, el estudio de López y Puentes (López, Puentes, & Ramírez, 2016), informa que un 59% de los colaboradores consideran que realizan la notificación de incidentes a tiempo. En el presente estudio, el 78% de la muestra reporta que los errores e incidentes son notificados a tiempo. En comparación los colaboradores que hicieron parte de la encuesta muestran un porcentaje de respuestas positivas elevado, lo que permite afirmar que esta dimensión se cataloga como una fortaleza al incentivar la cultura del reporte oportuno frente a las acciones de atención insegura.

SECCIÓN G. Grado de seguridad del paciente

La percepción de la seguridad del área de trabajo se califica como muy buena por un 32,7% y buena por un 50,5%. En comparación con el estudio de Castañeda (Castañeda-Hidalgo, y otros, 2013) donde un 80% de los participantes lo estiman como "muy bueno" y "excelente", y frente a la medición del 48% para el estudio de Ramos (Ramos, Coca, & Abendaño, 2014) De esta manera, la percepción global de la seguridad puede considerarse una fortaleza.

SECCION H. La institución (Javesalud)

En lo que concierne al apoyo de la gerencia de la clínica en la seguridad del paciente, existe una percepción negativa por parte de la muestra encuestada. Un 32,1% de los colaboradores considera que la Dirección de la institución facilita un clima laboral enfocado en la seguridad del paciente, con una percepción aún más negativa frente a la cooperación observada entre las diferentes sedes, aunado a una pobre percepción sobre la participación activa de la gerencia o dirección en la seguridad del paciente con un porcentaje del 21%. Esta dimensión no cuenta con un elemento comparador respecto al previo estudio, sin embargo, frente a otros estudios consultados los resultados que se encuentran son similares. Para Alarcón y Pommier, (Alarcón & Pommier, 2018) solo un 38% de los trabajadores consideran que la dirección actúa como un apoyo para la seguridad clínica; iguales valores son reportados en el estudio de Castañeda, (Castañeda- Jaramillo & Henao-Mazo, 2015) donde solamente un 28% de los trabajadores perciben un apoyo de la dirección frente al tema de seguridad del paciente. (Castañeda-Hidalgo , y otros, 2013)

Frente a la continuidad de la atención, un alto porcentaje de colaboradores coinciden en afirmar que la misma se pierde durante las transferencias de los pacientes entre servicios o unidades y que el intercambio de información entre éstas resulta problemático. Igualmente existe una pobre percepción frente a la priorización de la seguridad del paciente por parte de la gerencia.

El resultado de la dimensión se encuentra en contraste con estudios como el realizado por Castañeda y Henao (Castañeda- Jaramillo & Henao-Mazo, 2015) donde el 92% de los colaboradores encuestados refiere sentir un compromiso significativo por parte de la dirección en aquellas acciones que priorizan la seguridad del paciente,

Con las anteriores consideraciones, se concluye que la percepción que tienen los profesionales es de requerimiento de un mayor compromiso por parte de los directivos en la generación de un ambiente enfocado en la seguridad del paciente y de la necesidad de generación de mecanismos que permitan fluidez en la comunicación y transferencia de los pacientes para mejorar la continuidad de la atención que se les brinda.

SECCIÓN I. Número de incidentes reportados

Dentro de esta sección se denota que los trabajadores que no realizan ningún tipo de reporte de incidentes o eventos, es elevado, situándose en el 64%, sin embargo, es inferior en comparación con las mediciones realizadas por el estudio de Castañeda, (Castañeda-Hidalgo , y otros, 2013) donde un 80% de los encuestados no realizan ningún tipo de reporte en el año. Respecto a la medición previa se encuentra que se ha incrementado el número de colaboradores que no realizan ningún reporte de incidente o evento, con porcentajes previos de 55 y 66% respectivamente. Igualmente, dichas

mediciones se corroboran con el estudio de López y Puentes (López, Puentes, & Ramírez, 2016), donde un 55% de los colaboradores refieren no haber realizado ningún tipo de reporte y un 24% de los empleados refieren haber realizado entre 1 y 2 reportes. Esta situación se considera un área susceptible de mejora puesto que al contrastar la información frente a la obtenida en las demás dimensiones es posible inferir que la ausencia de reportes aún se encuentra influida por errores en la comunicación o un temor infundado en la consecuencia del mismo. A fin de promover la detección temprana de aquellas acciones que se consideren inseguras en el marco de la atención de los pacientes, es necesario mantener una educación continua para que los colaboradores tengan claridad frente a la diferenciación entre incidente y evento adverso, además de incentivar como parte de la cultura de seguridad de la institución el reporte temprano de aquellas circunstancias que puedan derivar en un retraso o en consecuencias para el proceso de atención en salud de los usuarios de Javesalud.

SECCIÓN J. Práctica de la seguridad del paciente

En relación a esta dimensión, se destaca que es un área de fortaleza para la institución, considerando que las respuestas obtenidas demuestran compromiso por parte de los colaboradores para el cumplimiento de aquellas actividades que se enfocan en la adecuada identificación y el uso del consentimiento informado. Frente a la medición realizada previamente se encuentran resultados similares, denotando el esfuerzo de los colaboradores en cuanto a mantener dichas actividades priorizadas dentro del proceso de atención del paciente. Igualmente cabe resaltar que un alto porcentaje de los encuestados para las dos mediciones refiere hacer buen uso de los equipos biomédicos a su cargo.

SECCION K. Causa de prácticas inseguras en la institución

En relación a esta sección, al analizar el resultado de la encuesta, como anteriormente se mencionaba, el 44,3% de los encuestados, percibe que la principal causa de prácticas inseguras en la institución es la falta de tiempo suficiente para la adecuada atención a los pacientes y el 22,41% refieren que la causa es el excesivo número de pacientes para atender durante la jornada. Lo anterior se relaciona directamente con la sobrecarga laboral, y como bien lo menciona Martínez en el estudio realizado en clínica de Medellín Colombia (Martínez, 2013) ante la insuficiencia de personal para la carga del trabajo, no sólo se afectan principios básicos de la atención en salud, como la oportunidad y la calidad, sino que además se incrementan ostensiblemente las posibilidades de error y de subregistro de los mismos.

10. CONCLUSIONES

A partir de los obtenidos en la encuesta aplicada a los colaboradores de la IPS, es posible concluir lo siguiente:

Existe una percepción mayormente positiva frente a las dimensiones de trabajo en equipo, colaboración, respeto, capacitación en protocolos o procedimientos y prácticas de seguridad del paciente.

Existe una percepción francamente negativa en cuanto al apoyo de la Gerencia frente a la seguridad del paciente.

Se concluye que, con base en las estrategias implementadas posterior a la medición del año 2016, no existe una mejoría significativa en las áreas consideradas como críticas ni en la percepción del personal frente a las acciones punitivas derivadas del reporte de eventos.

Se concluye que la percepción de seguridad del paciente a nivel global se mantiene en aspectos de trabajo en equipo, pero presenta aún debilidades en dimensiones como la franqueza de la comunicación y en el apoyo percibido por parte de los Directivos.

La población administrativa que participó en el desarrollo del cuestionario tuvo un porcentaje significativo dentro de la muestra (27.5%), y aunque en ocasiones tienen contacto directo con usuarios, los riesgos y sujetos de este tipo de población son diferentes, situación que puede influir sobre los hallazgos de la encuesta.

A pesar de que las muestras tanto de la medición llevada a cabo en el 2016 como la del 2018 no fueron idénticas, puede concluirse que son comparables.

Los resultados obtenidos en esta investigación permiten medir el impacto del desarrollo del Programa de Seguridad del Paciente implementado en los centros médicos de Javesalud y establecer una línea de base sobre la cultura de seguridad del paciente en la organización, lo cual permitirá implementar acciones de mejora tendientes a incrementar las fortalezas y superar las oportunidades de mejora encontradas.

11.RECOMENDACIONES

Se recomienda la realización de ajustes a algunas preguntas formuladas en negativo, a fin de que la comprensión del enunciado no se vea alterado por el distractor y permita una medición crítica de la variable.

Se recomienda continuar la aplicación de la encuesta en muestras de tamaños similares para obtener homogeneidad en la comparación de los resultados y con esto mantener la trazabilidad de la implementación de las estrategias formuladas para las áreas susceptibles de mejora

Se recomienda determinar un método mejor en la tabulación de los datos, puesto que se encontró que hubo respuestas y categorías que no correspondían con las preguntas planteadas.

Es indispensable efectuar más investigaciones con el instrumento utilizado, con el fin de confirmar los hallazgos del presente trabajo, sin embargo, existen resultados importantes en algunas dimensiones que pueden utilizarse para establecer estrategias de mejora para beneficio tanto del cliente interno como del cliente externo.

Se resalta la importancia de promover una cultura de seguridad del paciente en la práctica profesional con el objetivo de brindar el máximo de satisfacción y bienestar a los pacientes, por medio de bases teóricas sólidas (reporte de investigaciones, estudios documentales de revisión) que apoyen los procesos destinados al logro de la Seguridad del paciente y soportar la capacitación de quienes participan directa e indirectamente en la seguridad del paciente en su quehacer diario.

12. PLAN DE MEJORA

Para la elaboración del plan de mejoramiento direccionado a los resultados obtenidos, se realizó una clasificación de las oportunidades de mejora evidenciadas en las diferentes secciones y áreas de las mismas, mediante los criterios establecidos en el proyecto de grado titulado "Clima de seguridad del paciente Hospital General de Medellín, 2015" (Castañeda- Jaramillo & Henao-Mazo, 2015) en el cual también se empleó como instrumento de medición la escala desarrollada en 2004 por la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) de Estados Unidos.

Mediante esta directriz, se consideró como oportunidad de mejora a los ítems de cada dimensión con un porcentaje de 50% o más de respuestas negativas («en desacuerdo/muy en desacuerdo» o «rara vez/casi nunca/nunca») a preguntas formuladas en positivo y 50% o más de respuestas positivas («de acuerdo/muy de acuerdo» o «la mayoría de veces/casi siempre/siempre») a preguntas formuladas en negativo.

Teniendo en cuenta este criterio se encontraron se evidencian a continuación las áreas críticas de mejora evidenciadas:

SECCIÓN	Nº DE PREGUNTA	PREGUNTA	PORCENTAJE DE RESPUESTA
C. De acuerdo a su servicio	22	<i>Cuando usted trabaja bajo presión, intenta hacer mucho, ¿en menos tiempo?</i>	63,3% de respuestas positivas a una pregunta formulada en negativo
	28	<i>Usted debe realizar tareas en las cuales no considera que ha sido formado.</i>	72,4% de respuestas positivas a una pregunta formulada en negativo
	16	<i>Siente que sus errores podrían ser usados en su contra</i>	50.2% de respuestas positivas a una pregunta formulada en negativo
D. Su jefe inmediato	30	<i>Mi jefe inmediato tiene en cuenta, seriamente, las sugerencias que le hace el personal para mejorar la seguridad del paciente.</i>	64.9% de respuestas positivas a una pregunta formulada en positivo
E. Su comunicación	37	En mi área discutimos de qué manera se puede evitar que un error vuelva a ocurrir.	59.6% de respuestas negativas a una pregunta formulada en positivo
	38	<i>El personal teme hacer preguntas cuando se realiza algo</i>	72.5% de respuestas positivas a una pregunta formulada en

		<i>incorrecto.</i>	negativo
H. La institución (Javesalud)	44	<i>Hay una buena cooperación entre las áreas y/o sedes que requieren trabajar conjuntamente.</i>	72,4%% de respuestas negativas a una pregunta formulada en positivo
	45	La continuidad en la atención se pierde, en parte, cuando los pacientes se transfieren desde un servicio a otro	72,9% de respuestas positivas a una pregunta formulada en negativo
	46	Hay una buena cooperación entre las áreas y/o sedes que requieren trabajar conjuntamente.	72,4% de respuestas negativas a una pregunta formulada en positivo
	48	El intercambio de información entre las diferentes áreas y/o sedes es habitualmente problemático	81,6% de respuestas positivas a una pregunta formulada en negativo
	49	<i>La gerencia o dirección de la institución muestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades.</i>	71,8% de respuestas negativas a una pregunta formulada en positivo
	50	<i>La gerencia/dirección de la institución sólo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente.</i>	77,2% de respuestas positivas a una pregunta formulada en negativo

Posterior a la identificación de las preguntas con mayor porcentaje de respuestas positivas o negativas se proponen entonces las siguientes acciones de mejoramiento enfocadas principalmente en las áreas determinadas como críticas y se redactan algunas recomendaciones para el refuerzo de otras áreas que a consideración deben ejecutarse.

PLAN DE MEJORAMIENTO

Institución: IPS Javesalud - Bogotá	Fecha de elaboración: Mayo/ 2018	Elaborado por: Grupo Práctica II Semestre de Especialización en Gerencia de la Calidad de Servicios de Salud – Universidad Javeriana
		Revisado por: Mónica Leal

ÁREA DE MEJORA Nº 1: Formación y ejecución de trabajo seguro

Acciones de mejora	Justificación	Tarea (s)	Responsable de tarea	Recursos necesarios	Seguimiento	
					Método	Periodicidad
1. Establecer un proceso de formación efectivo a colaboradores según el área de trabajo a desempeñarse	La formación de los colaboradores en las actividades a desempeñar en cada área de trabajo permitirá estandarizar los procesos y minimizar el riesgo potencial de eventos adversos asociados a una mala praxis o ejecución en la tarea, a su vez genera mayor eficiencia para la institución el instruir personal ya existente que la contratación de personal nuevo.	En la entrevista inicial evaluar fortalezas, oportunidades de mejora y experiencia del personal para realizar una caracterización y ubicación en el área/servicio en la cual evidencie mayores fortalezas	* Departamento de recursos humanos *Coordinación médica de enfermería	*Documentación de aspirantes *Oficina *Medios electrónicos	Evaluación de conocimientos técnicos y habilidades del aspirante durante antes, durante y posterior a la contratación laboral	Colaboradores nuevos: durante la entrevista Colaboradores antiguos: De manera semestral y al finalizar contratación
		Realizar jornadas de reinducción al personal según las actualizaciones de protocolos o guas de manejo y según procesos nuevos adheridos a la atención del usuario en juntas, reuniones, socializaciones por áreas y ejecución de cursos en intranet	*Coordinación médica de enfermería	*Recurso humano (colaboradores, educadores, jefes de área) *Infraestructura de la institución (sala de juntas, servicios, oficina) *Material de apoyo	Programación anual de las actualizaciones y capacitaciones que se deben asegurar a cada colaborador, quien podrá desarrollarlas en la intranet y otorgar el certificado de cumplimiento lo cual reposará en su hoja de vida	De manera anual se realizara una evaluación del personal con la verificación del cumplimiento y asistencia a las actualizaciones y cursos programados

2. Identificar en los diferentes procesos instituciones y áreas los momentos de mayor demanda de recurso humano	La identificación de los procesos y/o horarios críticos en la institución según cada área, permitirá planear ajustes en la rotación del personal de tal manera que sea suficiente para cubrir los servicios de manera adecuada, disminuyendo así la sobrecarga laboral y la ocurrencia de errores en la seguridad del paciente otorgados a este hecho	Solicitar al personal de cada área que identifique, clasifique e informe los procesos y horarios de mayor demanda de servicio	*Personal asistencial y administrativo de cada área o servicio	*Recurso humano *Material de apoyo	Diseñar un formato de identificación de necesidades y momentos críticos de los procesos de cada área, con el fin de hacer entrega al personal para su diligenciamiento al finalizar jornada laboral.	Realizar evaluación de identificación de necesidades de manera anual , con el diligenciamiento del formato por una semana todos los días
	Realizar rondas de verificación de información proporcionada, identificando los recursos necesarios para suplir las necesidades evidenciadas y generar acciones correctivas	*Jefes de cada área *Personal de recursos humanos	*Recurso humano *Material de apoyo *infraestructura (áreas o servicios de la institución)	Auditorías internas no informadas en las diferentes áreas y servicios de la institución	Semestral , lo cual permita identificar si las acciones correctivas y preventivas implementadas son efectivas o realizar ajustes	

ÁREA DE MEJORA Nº 2: Sugerencias del personal frente a la seguridad del paciente

1. Implementar un sistema de sugerencias por parte de los colaboradores en temas de seguridad del paciente el cual permita mejorar la atención integral segura.	Al ser el recurso humano el principal activo de la institución y teniendo en cuenta que un gran porcentaje pertenecen al área asistencial, se precisa la ejecución de estrategias diseñadas para recepcionar las sugerencias de manera anónima en relación a temas que aseguren o expongan al riesgo la seguridad del paciente, lo	Establecer en un área estratégica de la institución, buzón de sugerencias para colaboradores, el cual contenga un distintivo que permita su rápida identificación	*Departamento de calidad	*Recurso humano *Recurso físico (Buzón, formato de reporte) *Infraestructura	Establecer un formato único de reporte de sugerencias que facilite su tabulación, el cual será auditado, recolectando e interpretando la información	Auditoria de buzón de sugerencias: trimestral
	Realizar lectura de las sugerencias durante comité de seguridad o ronda médica según cada área o servicio donde se evidenció la oportunidad de mejora	*Departamento de calidad *Comité de seguridad del paciente	*Recurso humano *Material de apoyo *Equipo magnético	Proporcionar una lista soporte de reunión o ronda generada donde se certifique la información proporcionada	Trimestral	

	cual permitirá direccionar acciones encaminadas al control de los resultados que sean confirmados				Dado que las sugerencias serán anónimas, se precisa informar al personal del área sobre las sugerencias recibidas de forma general y los ajustes ejecutados	Según necesidad o periodicidad
		Cuando se tome en cuenta alguna sugerencia, informar al trabajador de dicho suceso	*Coordinación de cada área *Departamento de calidad	*Recurso humano de apoyo *Material de apoyo	Reconocer en la intranet y boletín institucional aquellas sugerencias que provean soluciones efectivas a problemas de seguridad.	Semestral
2. Estimular el reporte de eventos e incidentes en la institución	Para que el abordaje institucional de la seguridad del paciente se mantenga como una prioridad estratégica, que incluya la respuesta organizacional no punitiva ante la presencia y reporte de eventos adversos o errores, se debe promover la búsqueda activa de estos sin temor a las posibles represalias y castigos, generando así una cultura justa y de seguridad integral en los	Fomentar el reporte anónimo de los eventos adverso por todos los mecanismos que se tengan instaurados en la institución	*Comité de seguridad del paciente *Departamento de calidad	*Recurso humano de apoyo *Material de apoyo *Tecnologías de la información	En los mecanismos de reporte: intranet, buzón etc., establecer un formato de reporte el cual no solicite la información personal del colaborador	Transversal
		Diseñar un plan de estímulos basado en el numero de reportes generados por área	*Comité de seguridad del paciente *Coordinadores de cada área	*Recurso humano *Recurso magnético *Infraestructura *Formato de análisis de eventos adversos	Realizar estímulos con jornadas especiales, compensatorios al área con mayor cantidad de reportes de incidentes, ronda de seguridad con énfasis en las áreas que presenten un mayor número de reporte de eventos adversos	Trimestral

	colaboradores	Establecer procesos educativos de seguridad del paciente en personal reincidente de errores o fallas de la atención, indicando que esto no será registrado en su hoja de vida	*Comité de seguridad del paciente *Coordinador de cada área	*Recurso humano *Infraestructura *Recurso magnético	Proporcionar ejercicio de análisis de eventos adversos y mejoramiento continuo a cada colaborador según la oportunidad de mejora evidenciada, tomando como proceso de formación y no acción punitiva.	Según ocurrencia de errores adversos
ÁREA DE MEJORA Nº 3: Compromiso de la dirección frente a la seguridad del paciente						
1. Fomentar rondas de seguridad que incluyan a personal directivo	A través de las jornadas o rondas de seguridad instauradas en la institución se dan a conocer diversas problemáticas generadas en los servicios, muchas de las cuales se relacionan directamente con la seguridad del paciente	Invitar a los directivos a hacer parte de las rondas de seguridad (uno por mes) para que tomen parte en los procesos de la institución a nivel asistencial	*Departamento de calidad *Directivos de la institución	*Material de apoyo para rondas de seguridad	Realizar ronda de seguridad del paciente con participación de un directivo de forma mensual, consignando sus observaciones y sugerencias frente a los hallazgos Publicar en la intranet institucional la participación de los directivos en los procesos de rondas de seguridad	Mensual
2. Establecer un día anual de la "Seguridad del paciente" en toda la organización	Con el ánimo de que el área directiva fomente y promueva las prácticas seguras y la disminución del riesgo, a nivel organizacional se creará un día anual sobre la "Seguridad del paciente"	Se creará y promulgara un día anual sobre la seguridad del paciente en el cual se invitara la participación de TODOS los funcionarios de cada uno de los puntos de la Institución Prestadora de Servicios de Salud.	*Comité de seguridad del paciente *Coordinadores de cada área	*Recurso humano *Material de apoyo *infraestructura (áreas o servicios de la institución)	Se creará una agenda para el día de la "Seguridad del paciente" con el desarrollo de actividades corporativas que se instauraran en cada una de las sedes de la IPS, que incluyan: actividades de integración y de participación sobre la	Anual

					cultura de seguridad al paciente, practicas seguras, gestión del riesgo y prevención y mitigación de errores, además se les dará un estímulo a los funcionarios que demuestren mayor compromiso con las actividades y con el programa.	
ÁREA DE MEJORA Nº 4: Cooperación entre las áreas						
1. Realizar una revisión de los mecanismos de información utilizados entre las áreas y sedes	La comunicación entre las áreas y sedes de la institución debe regirse por unos lineamientos claros y concisos que permitan obtener la información necesaria para la continuidad en la atención de los pacientes o en los procesos administrativos, por lo tanto se requiere establecer o revisar los canales de comunicación y el tipo de información que se entrega por medio de ellos	Auditorías al azar de los procesos de comunicación entre áreas y sedes para determinar los puntos críticos de dificultades en el mismo	*Departamento de calidad	*Formatos de seguimiento	Realizar seguimiento aleatorio de comunicaciones entre sedes y consignar los hallazgos en un formato diseñado para tal fin con el objetivo de determinar las falencias en la comunicación y establecer mejoras frente al proceso para garantizar un adecuado flujo de la información	Trimestral
2. Establecer un circuito de comunicación efectiva	Una comunicación adecuada se basa en entregar la información correcta, concreta, concisa, clara, completa y de forma cortés. De esta	Diseñar una ruta de comunicación efectiva para el intercambio de la información que contenga las 6 C de la comunicación - Clara	*Departamento de calidad *Departamento de Talento Humano	*Formatos de comunicación *rotafolios *Intranet * Videos institucionales	Diseñar una ruta de fácil seguimiento para los colaboradores con el objetivo de transmitir una información clara y pertinente de una forma	Trimestral

	forma se estimula una ruta de comunicación similar en todas las áreas, que tienda a normalizar el proceso de intercambio de la misma y que disminuya los errores y las dificultades de la interacción entre las sedes	<ul style="list-style-type: none">- Concisa- Correcta- Concreta- Completa- Cortés			efectiva.	
--	---	---	--	--	-----------	--

13. REFERENCIAS

- Alarcón, C., & Pommier, A. (7 de Mayo de 2018). *Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el Hospital Padre Hurtado*. Obtenido de http://www.supersalud.gob.cl/observatorio/671/articles-6440_recurso_1.pdf: http://www.supersalud.gob.cl/observatorio/671/articles-6440_recurso_1.pdf
- Álvarez, D., & Bilbao, D. (2014). *Medición del clima de seguridad del paciente Clínica de las Américas. Trabajo de grado para optar al título de Administrador en salud con énfasis en Gestión de servicios de Salud*. Medellín: Universidad de Antioquia.
- Arias- Botero, J., & Gómez- Arias, R. (2017). La cultura de seguridad del paciente: enfoques y metodologías para su medición . *CES Medicina* , ;31(2):179-190.
- Brennan, T., Leape, L., Laird, N., Hebert, L., Localio, R., Lawthers, A., . . . Hiatt, H. (1991). Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. *New England Journal of Medicine* , ;324:370-376.
- Castañeda- Jaramillo, S., & Henao-Mazo, J. (2015). Clima de seguridad del paciente. Hospital General de Medellín. *Trabajo de Grado*.
- Castañeda-Hidalgo, H., Garza, R., González, J., Pineda, M., Acevedo, G., & Aguilera, A. (2013). Percepción de la cultura de la seguridad de los pacientes por personal de enfermería . *Ciencia y Enfermería XIX*, (2): 77- 88.
- D., M. (2006). *La gestión de enfermería y los servicios generales en las organizaciones*. España: Ediciones Diaz de Santos.
- Espinal- García, M., Yepes- Gil, L., & García-Gómez, L. (2010). Seguridad del Paciente: Aspectos Generales y Conceptos básicos. (*Tesis de Grado*) Universidad CES .
- Fajardo-Dolci, G., Rodríguez-Suarez, J., Arboleya-Casanova, H., Rojano-Fernández, C., Hernández- Torres, F., & Santacruz- Varela, J. (2010). Cultura sobre seguridad del paciente en profesionales de la salud . *Cirugía y Cirujanos*, ;78:527-532.
- Gómez- Ramirez, O., Soto- Gámez, A., Arenas-Gutierrez, A., Garzón- Salamanca, J., González- Vega, A., & Mateus- Galeano, E. (2011). Una mirada actual de la cultura de seguridad del paciente . *Avances en enfermería* , ;29(2):363.374.
- Hernández, Y. (2013). Cultura de seguridad del paciente en el servicio de urgencias del sistema Andaluz de salud . *Revista CONAMED*.
- Hernandez-Magide, C., Partera-Luque, C., Caro-Miqueta, A., Rus-García, M., Valls-García, M., & Fernández-Iruela, D. (2017). Cultura de seguridad en los profesionales sanitarios. *Metas de enfermería* , ;20(1):6-15.
- Javesalud. (marzo de 2018). *Programa de Seguridad del Paciente y su Familia*. Obtenido de Pagina Javesalud: <https://sgi.almeraim.com/sgi/seguimiento/index.php?ingresar=true&nosgim>

- López- Herrera, J., & Gómez-López, J. (2011). Recomendaciones para la implementación de herramientas en programas de atención segura en Instituciones Prestadoras de Salud (IPS). *Archivos de Medicina Universidad de Manizales*, ;11(2): 169-182.
- López, V., Puentes, M., & Ramírez, A. (2016). *Medición de la cultura de seguridad del paciente en un hospital público de primer nivel en el Municipio de Villeta. Trabajo de grado para obtener el título de Maestría en Administración en Salud*. Bogotá: Universidad del Rosario .
- Martínez, C. (2013). *Análisis de la Cultura de Seguridad del Paciente aplicada en la clínica Las Américas. Medellín* . Murcia: Trabajo de Grado .
- Meyer, G., Foster, N., Christup, S., & Eisenberg, J. (2001). Setting a research agenda for medical errors and patient safety. *HSR: Health Services Research* , (36) 1.
- Ministerio de Sanidad, P. S. (2010). *Estudio IBEAS. Prevalencia de eventos adversos en hospitales de Latinoamérica* . Madrid.
- Mondragón, A. (2011). Seguridad del paciente: implementación de políticas para la creación de cultura en la promoción de prácticas seguras . *Revista Médica de Risaralda* .
- Moser, R. (1956). Diseases of medical Progress. *New England Journal of Medicine* , ;255(13):606-14.
- National Quality Forum. (Marzo de 2009). *Safe Practices for a Better Healthcare 2009 Update*. Obtenido de https://www.qualityforum.org/Publications/2009/03/Safe_Practices_for_Better_Healthcare-2009_Update.aspx
- Otero , P. (2008). Medication errors in patients: prevalence and resultados of a prevention program . *Pediatrics*, 122 (3); 737-743.
- Pérez- Castro Y Vásquez, J., Rodríguez- Tanguma, E., & Recio-España, F. (2016). Una visión de la cultura de seguridad del paciente en hospitales de México . *Revista CONAMED*, ;21(3):109- 19.
- Pérez-Castro y Vásquez, J., Castillo-Vásquez, C., Dominguez-dela Peña, M., Jiménez-Díaz, I., & Rueda-Rodríguez, A. (2012). Los pequeños grandes detalles de la Seguridad del Paciente . *Revista CONAMED* , ;17(3):130-135.
- Pozo Muñoz, F., & Padilla Marin, V. (2013). Evaluación de la cultura de seguridad del paciente en el ámbito de un área sanitaria. *Revista de Calidad Asistencial* , ;28(6): 239-336.
- Ramos, F., Coca, S., & Abendaño, R. (2014). Percepción de la cultura de seguridad de pacientes en profesionales de una institución argentina. *Enfermería Universitaria*, 14 (1); 47-53.
- Rocco, C., & Garrido, A. (2017). Seguridad del Paciente y Cultura de Seguridad. *Revista Médica Clínica Condes*, ;28(5):785-795.
- Rodríguez- Morales, A., Gómez-Ossa, R., Mondragón- Cardona, A., Rojas- Mirquez, J., & Tobón- García, D. (2011). Seguridad del paciente: Implementación de políticas para la creación de cultura en la promoción de prácticas seguras. *Revista Médica de Risaralda*, ;17(2):131-132.

- Rojas- Armadillo, M., Jiménez-Báez, M., Chávez- Hernandez , M., & González-Frondón , A. (2016). Validación de un sistema de registro de eventos adversos en atención Primaria . *Revista Médica Instituto Mexicano de los Seguros Sociales* , 54; (3): 327-33.
- Salud, O. M. (s.f.). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de www.oms.org
- Sanidad, M. d. (2008). *Estudio APEAS. Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud*. Madrid.
- Schimmel, E. (;60(1) 100-10 de 1964). *The hazzards of Hospitalization*. Obtenido de <http://annals.org/>: <http://annals.org/aim/article-abstract/679014/hazards-hospitalization>
- Social, M. d. (2008). *La Seguridad del Paciente y la atención Segura: Paquetes Instruccionales "Guía técnica para la seguridad del paciente en la atención en salud"*. Bogotá.
- Vargas Melgarejo, L. (1994). Sobre el concepto de percepción . *Alteridades*.