

DIVISIÓN DE HUMANIDADES Y CIENCIAS SOCIALES
DEPARTAMENTO DE COMUNICACIÓN SOCIAL
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN COMUNICACIÓN



**CARACTERÍSTICAS DE LA COMUNICACIÓN QUE DAN LUGAR A FALLOS
EN LA ATENCIÓN EN SALUD EN UN HOSPITAL EN EL DEPARTAMENTO
DEL ATLÁNTICO, EN LOS PERIODOS 2016-2017.**

Daniela Manotas Llinás

BARRANQUILLA
2018

**CARACTERÍSTICAS DE LA COMUNICACIÓN QUE DAN LUGAR A FALLOS
EN LA ATENCIÓN EN SALUD EN UN HOSPITAL EN EL DEPARTAMENTO
DEL ATLÁNTICO, EN LOS PERIODOS 2016-2017.**

DANIELA MANOTAS LLINAS

**PROYECTO DE GRADO PRESENTADO COMO REQUISITO PARA OPTAR AL
TÍTULO DE MAESTRÍA EN COMUNICACIÓN**

**Asesorado por
ALBERTO MARTÍNEZ**

**FUNDACIÓN UNIVERSIDAD DEL NORTE
BARRANQUILLA
2018**

Dedicatoria

Le doy gracias a Dios por esta oportunidad de poder formarme y crecer profesionalmente, preparándome y calificándome para el mejor servicio a la sociedad. También agradezco a mis padres, hermanos y familiares que me apoyan en los proyectos que emprendo; a la Universidad, a mis maestros, docentes y tutor de tesis, por su paciencia y dedicación en el arte de facilitarme el conocimiento y promover las habilidades, destrezas y competencias necesarias para mi desarrollo y crecimiento profesional.

TABLA DE CONTENIDO

1.	INTRODUCCIÓN.....	10
2.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
3.	JUSTIFICACIÓN.....	18
4.	OBJETIVOS	20
4.1	OBJETIVO GENERAL.....	20
4.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	20
5.	MARCO TEÓRICO Y ESTADO DEL ARTE.....	21
5.1	IMPORTANCIA DE LA COMUNICACIÓN	21
5.2	LA SALUD COMO DERECHO.....	26
5.2.1.	<i>La salud derecho fundamental y servicio público esencial.</i>	26
5.2.2.	<i>Seguridad del paciente</i>	30
5.2.3.	<i>Ética, derecho y deberes de pacientes.</i>	32
5.2.4.	<i>Tecnología: normas y avances</i>	35
5.2.5.	<i>Telemedicina.</i>	36
5.2.6.	<i>La relación médico-paciente: elementos y características.</i>	36
5.2.7.	<i>Fallas en la comunicación médico-paciente</i>	42
6.	DISEÑO METODOLÓGICO	49
6.1.	Tipo de estudio	49
6.2	Técnica.....	49
6.2.1.	<i>Instrumento</i>	49
6.3.	Procedimiento para la recolección de los datos	51
6.4.	Población de estudio.....	57
6.5.	Muestra.....	57
6.6.	Muestreo.....	57

6.7. Aspectos éticos	58
7. RESULTADOS	60
8. DISCUSIÓN.....	69
9. CONCLUSIÓN Y RECOMENDACIONES	76
10. BIBLIOGRAFÍA	79
ANEXOS	90

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Proceso de comunicación.....	37
Tabla 2. Fallos de la atención en salud.....	60
Tabla 3. Atenciones inseguras por tipo de fallos en la comunicación.....	60
Tabla 4. Atenciones inseguras con fallos en la comunicación.	62
Tabla 5. Factores organizacionales relacionados con los procesos de la comunicación que influyen en la cultura de la seguridad en el proceso de atención.....	65
Tabla 6. Categorización de la calificación del cuestionario aplicado a personal cualificado	66
Tabla 7. Factores que influyen en la ocurrencia de fallos en la atención en salud.....	66
Tabla 8. Características de la comunicación en la relación médico paciente.....	67

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1	91
Anexo 2	91

Resumen

La comunicación es un elemento fundamental que se lleva a cabo cuando dos o más personas se relacionan entre sí y las partes que intervienen envían mensajes y dan a conocer sus puntos de vista sobre algún tema. Aunque se trata de un proceso natural, muchos de los errores en las relaciones humanas ocurren por esa falta de comunicación. En salud, una buena relación entre el médico-paciente puede disminuir los riesgos, toda vez que el 90% de los eventos adversos son previsible.

En este sentido, el objetivo de esta investigación es determinar las características de la comunicación que dan lugar a fallos en la atención en salud en un Hospital en el Departamento del Atlántico, en los periodos 2016 y 2017, apelando a un estudio cuantitativo, descriptivo, transversal y retrospectivo, con apoyo cualitativo con la aplicación de cuestionario a población calificada. Del total de fallos en la atención en salud (324) que se analizaron el 50,3% (163) presentaron fallos en la comunicación; de ellos el 2% de tipo verbal, el 8% de tipo escritos, y el 90% con fallos en la comunicación organizacional, correspondientes a protocolos que siempre deben cumplirse por el personal que participa en el proceso de atención, y que comprenden verificaciones verbales y escritas; además, la percepción del personal calificado considera como no satisfactoria la comunicación en la relación médico-paciente en la ocurrencia de fallos en la atención en salud.

Palabras Clave: Fallos, Atención en Salud, Comunicación.

Abstract

Communication is a fundamental element that takes place when two or more people interact with each other, and the parties involved deliver messages and disclose their points of view regarding any subject. Although it is a natural process, most of the misunderstandings in people's relationships occur due to lack of communication. In healthcare, a good doctor-patient relationship could minimize risks, since 90% of the adverse events are foreseeable.

In this sense, the objective of this research is to determine the characteristics of communication that give rise to failures in health care in a hospital in the Department of the Atlantic, in the periods 2016 and 2017, appealing to a quantitative study, descriptive, transversal and retrospective, with qualitative support with the application of questionnaire to qualified population. Of the total number of failures in health care (324), 50.3% (163) will be analyzed, presenting failures in the communication; of them 2% of verbal type, 8% of written type, and 90% with failures in organizational communication, those corresponding to the reports that must always be met by the personnel participating in the care process, and that the Verbal and written verifications; In addition, staff perception is not considered good communication in the doctor-patient relationship in the occurrence of failures in health care.

Keywords: Failures, Healthcare, Communications.

1. INTRODUCCIÓN

La ocurrencia de Incidentes y Eventos Adversos por las situaciones de riesgos presentes en la relación médico paciente, es un tema de especial interés para la comunidad en general. Según (Arnaz, Aibar, Galan, Limon, & et, 2006) los sistemas sanitarios son complejos con pacientes más vulnerables, mejor informados y demandantes, conformando un escenario en que los fallos de la atención en salud se encuentran ligados a la asistencia sanitaria. Es así, como para el cuidado de la salud, confluyen diversos factores como son: a) las persona y sus necesidades de salud b) las normas, los procesos e instituciones que se requieren para hacer efectivo el goce del servicio de salud, a las que se les exige eficiencia, eficacia, efectividad y calidad, c) el personal de la salud, que también debe suplir sus necesidades personales, familiares e institucionales. La Constitución de la Organización Mundial de la Salud afirma que “el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano” (Organización mundial de la salud , 2017).

Para articular cada uno de estos elementos se requiere de procesos de comunicación efectivos, ya sean verbales, escritos o mediante señas y, actualmente, el adecuado manejo de la tecnología y las redes sociales, que en este sector son críticos, porque además de proteger el derecho a la salud, también lo debe hacer para otros derechos fundamentales de las personas: la vida, dignidad, intimidad, libertad de culto, además de recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz. En medio de todos esos derechos, emerge uno del mismo modo esencial en salud: otorgar o no consentimiento informado para procedimientos y ser tratado con confidencialidad, entre otros. Por eso el Ministerio de

Salud y Protección Social señala: “La Ley consagra la autonomía médica, persiguiendo la seguridad del paciente, bajo esquemas de autorregulación, la ética, la racionalidad y la evidencia científica”.

Un reciente reporte de (Jha, Larizgoitia, Audera, & al., 2013) muestra que los Eventos Adversos debidos a errores en el cuidado médico representan la mayor fuente de morbilidad y mortalidad global (42.7 millones de eventos adversos que representan 23 millones años vida perdidos por discapacidad). Son fallos de la atención en salud que también afectan la credibilidad y crecimiento profesional del médico, con problemas ético legales, y en sus relaciones con las entidades de salud, entes de control y con la comunidad en general. Esto, sin desconocer el impacto en la economía del sistema de salud que afecta a todos sus actores.

Las estadísticas de la alianza mundial para la seguridad del paciente referidas en el artículo: “Global priorities for patient safety research”, identificaron la comunicación y la coordinación como una de las veinte prioridades que debían ser atendidas para la seguridad del paciente. Para, (Olson, 2010) el 77% de los médicos creen que los pacientes conocen sus diagnósticos, pero sólo el 57% saben de éste. En el mismo sentido, de los dos tercios de los pacientes que recibieron un nuevo medicamento en el hospital, el 90% señaló no haber recibido información acerca de los eventos adversos de los medicamentos, es decir que en esa relación estuvieron presentes riesgos de una mala comunicación.

Por lo anterior el Estado colombiano ha venido exigiendo a las clínicas y hospitales, desde la misma planeación estratégica, definir políticas claras y una cultura de calidad y seguridad para el paciente, que incluye el reporte, análisis de los eventos adversos y las

acciones de mejoramiento pertinentes para disminuir y mitigar errores que dan lugar a fallos en la atención en salud. Ahí la comunicación es un elemento esencial en la relación médico (y del equipo de salud) con el paciente.

Por todo ello este estudio plantea la necesidad de identificar los elementos de la comunicación; analizar la dinámica en esta interacción, los fallos de comunicación que se presenten en el médico (personal de la salud), paciente y el sistema; e identificar, a manera de recomendaciones, estrategias y acciones que contribuyan a mejorar la comunicación médico-paciente-organización, y por consiguiente contribuir a intervenir riesgos en el proceso de atención que generan eventos adversos a pacientes, a profesionales de la salud y a las instituciones que prestan servicios de salud.

Desde el ámbito académico es preciso proveer elementos para fortalecer competencias de profesionales de la salud, y desde el sistema establecer mecanismos para educar al paciente en la necesidad de una comunicación efectiva con el médico, así como mecanismos de control capaces de reducir interferencias en el proceso de atención en salud.

El objetivo de la investigación fue determinar las características de la comunicación que dan lugar a fallos en la atención en salud en un Hospital en el Departamento del Atlántico en el período 2016-2017. Este estudio fue cuantitativo, descriptivo, transversal y retrospectivo, con apoyo cualitativo con la aplicación de cuestionario a población cualificada. La población estuvo conformada por el consolidado de notificaciones de fallos de la atención en salud 2016 - 2017. La muestra estuvo conformada por 182 notificaciones de 2016 y 142 del 2017. El estudio realizó una revisión del consolidado para su análisis estadístico en frecuencia y porcentaje. Se aplicó cuestionario a población cualificada

mediante muestreo por saturación, para verificar el resultado del análisis de los fallos de la atención en salud relacionados con la comunicación.

Los Resultados identificados en la institución revelan que estos cuentan con una política de seguridad del paciente, y un protocolo que incluye plan de comunicación. De hecho, los incidentes y fallos en la comunicación fueron documentados con sus respectivos procedimientos o tratamientos.

En conclusión los resultados del trabajo permiten determinar las características de la comunicación que dan lugar a fallos en la atención en salud en un Hospital en el Departamento del Atlántico en los períodos 2016 al 2017. Demostrando lo esencial de la comunicación en el ser humano, considerando este un ser social que se comunica, se relaciona y que por su necesidad de interactuar con su entorno, trasfiere informaciones con la intencionalidad de crear unos efectos en el objeto de recepción de esa información.

Por ende, la comunicación en el ámbito asistencial, como sus implicaciones en las relaciones entre el personal asistencial, los profesionales de la salud y el paciente, deben establecer mecanismos que garanticen un correcto proceso comunicativo para la comprensión de la información de forma homogénea por todos los involucrados. Analizando que en la teoría matemática de la comunicación, en cuanto a la transmisión y el procesamiento de la información, resulta clara la necesidad de medir los sistemas de comunicación para transmitir y procesar datos y códigos

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La comunicación es un elemento fundamental que se lleva a cabo cuando dos o más personas se relacionan entre sí, intercambian mensajes y dan a conocer el uno al otro sus puntos de vista sobre algún concepto o tema. Según Berelson, & Stein, citado por (Sánchez Rodríguez, s.f) “El acto o proceso de transmisión que generalmente se llama comunicación, consiste en la transmisión de información, ideas, emociones, habilidades, mediante el empleo de signos y palabras”.

La OMS (Organización Mundial de la Salud, 2008), estima que, a escala mundial, cada año decenas de millones de pacientes sufren lesiones discapacitantes o mueren como consecuencia de prácticas médicas o atención insegura. Casi uno de cada 10 pacientes sufre algún daño al recibir atención sanitaria en hospitales bien financiados y tecnológicamente adelantados. Ello hace necesario, como señala (Aibar Remón, s.f) aprender de los errores y mejorar el sistema para disminuir los desaciertos y sus consecuencias.

El estudio IBEAS (Ministerio de Sanidad y Política social , 2009), la Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica, define los Efectos Adversos como: todo accidente imprevisto e inesperado recogido en la historia clínica que ha causado muerte, lesión y/o incapacidad y/o prolongación de la estancia, que se deriva de la asistencia sanitaria y no de la enfermedad de base del paciente.

El Código de Ética Médica en su artículo 34, establece que: “La historia clínica es el registro obligatorio de las condiciones de salud del paciente”. Es decir, es un elemento vital que debe recoger en forma integral todo lo que se le realiza al paciente, y es soporte para

tomar decisiones, y cumplir órdenes encaminadas a realizar procedimientos, suministrar medicamentos, remisiones y traslado de pacientes, consentimientos informado, etc.

Según Franco A, especialista en Seguridad al Paciente y coordinador del I Simposio Internacional de Seguridad del Paciente (Franco, 2010): *“Se estima que una buena relación entre el médico y el paciente puede disminuir en más de un 40 por ciento los riesgos. El 90 por ciento de los eventos adversos son previsibles”*.

En este contexto estudiosos e investigadores del tema recomiendan a los profesionales de la salud (Aranaz, Mira, Guilabert, & et, 2013) “transparencia informativa, pedir disculpas y reparar el daño”. El evento adverso no solo genera consecuencias al paciente y a su familia; el profesional de la salud se constituye como segunda víctima, por lo que el mismo experto recomienda: “búsqueda de apoyo emocional y asesoría legal a la segunda víctima y cómo afrontar desde las instituciones la comunicación”.

Conociendo los motivos que justifican este trabajo, el estudio escogió a una institución prestadora de servicios de salud, de carácter público, con personería jurídica, recursos propios y autonomía administrativa y financiera, adscrita a la Secretaria de Salud en el Departamento del Atlántico. Su principal cliente a la fecha es la población subsidiada, y su objetivo dentro de su área de acción, la prestación de los servicios de salud a la población más pobre y vulnerable del departamento del Atlántico, principalmente en el área materno-infantil. Que es su principal fortaleza.

Al momento de la realización del trabajo la institución presta servicios de: Consulta externa (Medicina Especializada: Anestesia, Medicina Interna, Pediatría, Infectología,

Gineco Obstetricia, Cirugía General, Cirugía Pediátrica, Dermatología, Ortopedia y Traumatología, Gastroenterología, Nutrición, Psicología); Servicios Hospitalarios (General Adulto, General Pediatría y Obstetricia. Adicionalmente, cuentan con UCI Neonatal y UCI Adulto Intermedia e Intensiva); Cirugía (General, Ginecológica, Pediátricas, Dermatológicas, Ortopédicas, Cirugía de mama y tumores tejidos blandos); Urgencias (General, Ginecobstetricia, Sala de Parto y Sala de Reanimación), Apoyo diagnóstico y Terapéutico, Vacunación, Trabajo social. Las especialidades médico – quirúrgicas las presta a través de aliados estratégicos.

El proceso docencia-servicio es particularmente visible por sus relaciones con diferentes Universidades de la región. Por los distintos pabellones rotan estudiantes y residentes de medicina y enfermería, principalmente.

Teniendo en cuenta ese perfil, la investigación plantea como problemática “Identificar las características de la comunicación en los fallos de atención en salud”, no solo buscando describir sino plantear interrogantes y retos para intervenirla de forma técnica y efectiva, en el propósito de reivindicar la comunicación como sustrato esencial en el proceso de las relaciones personales, y para este caso, la atención en salud, por sus implicaciones en la vida y dignidad humana. Todo ello teniendo en cuenta que los fallos se pueden dar en el médico (al que se exige una comunicación verbal, no verbal, escrita), paciente (que se espera facilite una información veraz, suficiente y oportuna), y en el sistema (que transmita datos en forma completa y oportuna).

Considerando lo anterior, se formula la siguiente pregunta problema: ¿Cuáles son las características de la comunicación que dan lugar a fallos en la atención en salud en un Hospital en el Departamento del Atlántico, en el periodo 2016 - 2017?

3. JUSTIFICACIÓN

Esta investigación sobre los atenciones inseguras con fallos de la comunicación en reconocida entidad prestadora de servicios de salud, como referente para la atención de pacientes en el Departamento del Atlántico, fue realizada con el fin de determinar las características de la comunicación en la relación del paciente con el servicio de salud, en un contexto social que reclama la defensa y garantía de los derechos de las personas; y por ello resaltar la necesidad de una relación humana médico-paciente mediada por la comunicación (Antúnez & Torres, 2014).

Realizar este trabajo es oportuno en cuanto al impacto que genera a las personas, quienes acuden en busca de alivio a sus necesidades de salud, y son expuestos a la ocurrencia de lesiones o daños productos del proceso de atención y no de su enfermedad. Que trasciende, a lo socio-económico y político, de las instituciones al mismo estado, que asumen sus costos, las empresas por las incapacidades laborales que se generan y las consecuencias para las segundas víctimas “los profesionales de la salud” en como asumir su responsabilidad. Cuando se habla de relación médico-paciente es necesario comprender el complejo sistema de salud en el cual la población está inmersa, con interacciones que, como hemos visto, generan fallos y barreras. Así lo señala el estudio sobre accesos y barreras a los servicios de salud, realizado por (Restrepo, Silva, Andrade, & et, 2014)

En general la crisis que actualmente afronta el sistema de salud colombiano, reclama a todas las instancias acciones conforme a sus competencias, a las entidades con compromiso misional y/o de responsabilidad social, la investigación para estudiar un fenómeno que comprende diversos factores, pero que giran en torno a ese contacto directo

de las personas con los servicios de salud, y en este escenario la comunicación médico – paciente es vital y central. Estudios han ayudado a identificar barreras, como lo hace (Restrepo, Silva, Andrade, & et, 2014), “diferencia claramente el aseguramiento del acceso, no hace un análisis del concepto por parte de los actores del sistema, ni discrimina las limitantes del sistema teniendo en cuenta las etapas del proceso de acceso”.

La comunicación, como campo disciplinar, tiene el llamado y el escenario propicio para ser generadora de cambio social, proporcionando elemento que fortalezcan la disciplina comunicacional en el campo organizacional en las entidades que prestan servicios de salud y al mismo estado en la forma que organiza la prestación del servicio. Generando nuevo conocimiento, no solo desde la academia en la entidades educativas y universidades, sino en el contexto de los convenios docente – asistenciales, para incentivar la transformación necesaria en lo relacionado con la comunicación organizacional y en la relación médico – paciente. “Centrados en los hospitales, la tasa de Eventos Adversos (EA) ha sido estimada entre un 4% y un 17%” (Aranaz, Mira, Guilabert, & et, 2013), lo que renueva la importancia del tema.

Por último, los resultados de esta investigación, servirán como marco de referencia para indagar en el análisis de la información, en la manera como se visualiza la importancia real de la comunicación en la relación médico – paciente, y las variables que la afectan en la generación de fallos de la atención, en consideración a que se ha identificado como una de las causas, pero la generación de nuevo conocimiento le debe invitar a profundizar en estos elementos, entendiendo que el reto es centrar la prestación del servicio de salud en la personas.

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar las características de la comunicación que dan lugar a fallos en la atención en salud en un Hospital en el Departamento del Atlántico en los períodos 2016 al 2017.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analizar los fallos de la atención en salud que ocurrieron en un Hospital en el Departamento del Atlántico en el período 2016 al 2017.
- Identificar las características de la comunicación que podrían dar lugar a fallos en la atención en salud en un Hospital en el Departamento del Atlántico en el período 2016 al 2017.

5. MARCO TEÓRICO Y ESTADO DEL ARTE

5.1 IMPORTANCIA DE LA COMUNICACIÓN

(Zayas, (s.f)) Afirma: “Son funciones de la comunicación: informativa (consiste en la construcción, transmisión y recepción de la información e incluye: -contenido -variedad -riqueza -apertura comunicativa, -profundidad - frecuencia en que aparece), afectiva (no es sólo lo que se dice, sino como se dice, sus elementos son: necesidades, motivaciones, emociones y sentimientos), regulativa (hay que cumplir normas y valores)”. En las relaciones que se dan en la atención en salud, cada uno de estos elementos adopta una condición especial que gira en torno al derecho a la salud, la dignidad y la vida.

Para (Watzlawick, Beavin, & Jackson, 1991, pág. 5) “resulta evidente que la comunicación es una condición *sine qua non* de la vida humana y el orden social. También es obvio que desde el comienzo de su existencia, un ser humano participa en el complejo proceso de adquirir las reglas de la comunicación, ignorando casi por completo en qué consiste ese conjunto de reglas, ese *calculus* de la comunicación humana. Por lo tanto, que sin necesidad de tener conceptos claros, el ser humano por su condición, participa en procesos comunicativos”.

Estos procesos comunicativos, según (Cisneros, 2002), genera “una confrontación entre dos sentidos del concepto, que en mayor y en menor medida, respectivamente, han sido desarrollados durante el siglo que recién terminó: la persuasión y el entendimiento”.

El diccionario de la Real Academia de la Lengua Española (Günther & Omeñaca, 2004) define persuasión: “que tiene fuerza y eficacia para persuadir,

facultad, virtud o eficacia para persuadir, y el entendimiento es inteligencia o sentido que se da a lo que se dice o escribe”. Además, define a la comunicación como “acción y efecto de comunicar o comunicarse, trato, correspondencia entre dos o más personas”.

Los estudiosos y científicos han planteados no solo conceptos, sino teorías para explicar y comprender la comunicación y sus procesos.

“Harold Laswell, Carl Hovland, Kurt Lewin y Paul Lazarsfeld dirigían su interés en las funciones de los medios”, se le conozca como “funcionalista”, que finalmente iba a desarrollar objetivos sociales en los diferentes escenarios de las comunidades: político, económico, laboral, etc. El modelo de (Laswell, 1948), en su artículo “Estructura y Función de la Comunicación de Masas” en donde primaba el comportamiento de las masas como respuesta a diversos estímulos. Además de la Teoría estructural funcionalista, se encuentran: la Teoría crítica, la cual los medios de comunicación masiva tenían efectos sobre la sociedad sin que ésta pudiese impedir dichos efectos, más bien creía que, cuando se enviaba un mensaje, el público lo recibía y, sin discriminación alguna, se veía afectado por él. Max Horkheimer, es el representante más notorio de esta escuela (Santos, 2012), en Fundamentos de la comunicación.

La Teoría de los efectos enmarca importantes despliegues respecto a los medios de comunicación (cine, radio, etc.) y observa como principio del periodismo a la sociedad de masas; es decir, a un público indiferenciado al que se trata de persuadir acerca de algo concreto a través de los medios de comunicación (Weber, Durkheim & Horkheimer, citado

en (Mendez, Francisco, Artero, & et, 2006). La Teoría del conductismo o de efectos limitados, se basa en los efectos, pero esta entiende y percibe que la gente se deja persuadir de los medios sólo si quiere. Para la Teoría de la agenda–setting, el público es un ente inerte que recibe mensajes y los asume sin análisis ni cuestionamientos. Desde la Teoría de la aguja hipodérmica, lo que el medio de comunicación diga es cierto y de ninguna manera requiere ser verificado.

En ese mismo contexto la Sociología positivista cree que, cuando se envía un mensaje, el público lo recibía y, sin discriminación alguna, se ve afectado por él. La sociología positivista afirmó que los medios masivos no sólo eran perjudiciales, sino que también lograban aspectos positivos y benéficos dentro de la sociedad (Emile Durkheim y Max Weber” (Red Cultural del Banco de la republica de colombia, s.f.)).

Todas estas teorías son aplicables para analizar en los diferentes escenarios a los grupos sociales. Ahora bien: en las relaciones de las personas con los administradores y prestadores de servicios de salud, no solo media una comunicación entre individuos sino entre grupos de administradores y prestadores de servicios y familias, y personal de la salud y comunidades en los planes de intervenciones colectivas. En tal sentido:

“Es sabido que la comunicación puede entenderse como la interacción mediante la que los seres vivos acoplan sus respectivas conductas frente al entorno, a partir de la transmisión de mensajes, signos convenidos por el aprendizaje de códigos comunes. También se ha concebido a la comunicación como el propio sistema de transmisión de mensajes o informaciones, entre personas físicas o sociales, o de una de éstas

a una población, a través de medios personalizados o de masas, mediante un código de signos también convenido o fijado de forma arbitraria. Y más aún, el concepto de comunicación también comprende al sector económico que aglutina las industrias de la información, de la publicidad, y de servicios de comunicación no publicitaria para empresas e instituciones” (Rizo, 2011).

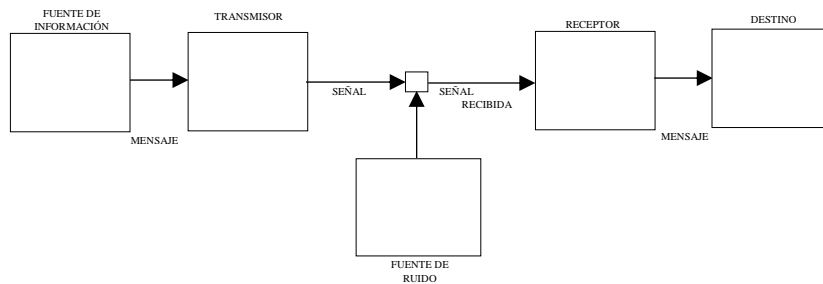
Pero:

“La comunicación no sólo es una necesidad emergente, sino un estilo de vida, una cosmovisión, el corazón de la sociabilidad, La comunicación es efecto de un contexto ecológico de posibilidad, donde las diferencias se encuentran, pueden ponerse en contacto y establecer una estrategia para vincularse cooperando, coordinando, corepresentando” (Galindo, 2013).

Claude Shannon y Warren Weaver, (Baecker, 2017) ya habían referido que las teorías sistémicas de la comunicación se emanan de la deconstrucción de la teoría matemática de la comunicación y del modelo de transmisión, el cual expresa que una pregunta irresuelta sobre la identidad de un mensaje para distintos observadores, estas teorías desarrollaron un modelo selectivo de comunicación. Las teorías sistémicas no asumen que un mensaje es seleccionado de un set de mensajes posibles, sino, como el mensaje que será seleccionado de ese set (contexto), debe ser construido por los participantes de la comunicación.

El Diagrama planteaba así el modelo de Las teorías sistémicas de la comunicación (Shannon & Weaver, 1948):

Figura 1. Diagrama de un sistema general de comunicación



Fuente: (Shannon & Weaver, 1948, pág. 34)

El propósito es:

“...permitirle al lector enfocarse en la pregunta ingenieril de cómo asegurar que una señal transmitida pueda ser recibida como la misma señal por un receptor, a pesar de la existencia de ruido proveniente de una fuente. La idea clave de él fue usar conceptos de la mecánica estadística para asegurar que las posibles distorsiones por interferencia de una fuente de ruido pudieran ser corregidas por el receptor. El mensaje que llega al receptor se entendió como si este fuese: “seleccionado de un set de posibles mensajes” (Shannon & Weaver, 1948), de modo de que el receptor solo tuviese que calcular la probabilidad de los mensajes posibles para así sustituir uno probablemente distorsionado por otro probablemente correcto. Por ello, no hay nunca un solo mensaje, sino que siempre son muchos, y todos ellos pertenecen a un “set de posibles mensaje”, (Shannon & Weaver, 1948) pues uno es determinado por la probabilidad de todos los demás””.

(Baecker, 2017), expreso en su artículo que Shannon enfatizó que esta “teoría matemática de comunicación” “es relevante para comprender y resolver el problema

ingenieril de la transmisión de señales y rechazó las implicancias que pudiera tener la solución de este problema para la comprensión de los ‘aspectos semánticos de la comunicación’.

5.2 LA SALUD COMO DERECHO.

5.2.1. La salud derecho fundamental y servicio público esencial.

“La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. La definición fue adoptada por la Organización Mundial de la Salud, en la Conferencia Sanitaria Internacional de 1946, y entró en vigor el 7 de abril de 1948. La definición no ha sido modificada desde entonces. (Alcántara Moreno, 2008)

Por su parte la Constitución Política señala en su preámbulo como uno de los fines esenciales del Estado “asegurar a sus integrantes la vida”; y hace explícita la obligación de proteger la vida de los ciudadanos en el artículo 11, como un derecho fundamental. Desarrolla en sus artículos 44 y 49 a la salud como un derecho de las personas. En los artículos 48 y 49, formaliza el Sistema General de Seguridad Social en Salud, y establece el deber de reglamentar, dirigir y organizar, vigilar y controlar todo lo concerniente con el servicio público de atención de la salud y la prestación de servicios de salud (República de Colombia, 1991).

La ley 100 conforma y organiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), que determina entre sus principios rectores la calidad. La organización ha sido modificada por la Ley 1122 de 2007 (Ministerio de salud y Protección social, 2007) y la

Ley 1438 de 2011 (Ministerio de salud y proteccion Social, 2011). Ahí se establece como afiliados: personas que realizan sus aportes al Régimen Contributivo, personas que recibe subsidio en salud a través del Régimen Subsidiado, afiliados a través de régimen exceptuado y especial (fuerzas públicas, profesores del magisterio, afiliados a universidades, servidores públicos de Ecopetrol) y la Población Pobre no asegurada (no afiliada al contributivo, subsidiado o régimen exceptuado). Inicialmente se reglamentó un Plan Obligatorio de Salud para el Contributivo y Subsidiado, el cual posteriormente fue unificado para los dos regímenes, y actualmente se establece como Plan de Beneficios de Salud. También se encuentran otras de planes de beneficios como son: medicina prepagada, planes complementarios y pólizas de hospitalización y cirugía, provistos por empresas registradas para ese propósito, seguro obligatorio de accidente de tránsito, atención de eventos catastróficos y los riesgos laborales.

El SGSSS está integrado por un ente rector -Ministerio de Salud-, que con la Superintendencia Nacional de Salud también realiza acciones de supervisión, vigilancia y control; entidades de administración y financiación como son las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios: EPS responsables de afiliar y garantizar la prestación del servicio de salud a sus afiliados, Secretarías de Salud Departamental y Municipales, Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA). Y los prestadores de servicios: Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, Empresas Sociales del Estado (Hospitales Públicos) (Alcaldía Santiago de Cali, 2016)

Aunque la salud en la Constitución Política (República de Colombia), se estableció como un Derecho Social y Económico y no como un Derecho Fundamental, mediante la

sentencia T-597 de 1993 (Derecho de los niños a la salud., 1993) había considerado que cuando se encontraba en conexidad con el derecho a la vida, podía ser exigida por medio de la acción de tutela. Por el gran número de decisiones de tutelas en materia de salud en conexidad con la vida, la Corte Constitucional había declarado como fundamental este derecho desde la sentencia T-016 de 2007 (DERECHO A LA SALUD, accion de tutela, 2007). La ley Estatutaria No. 1751 de 2015 (República de Colombia, 2015), era la primera vez desde la Constitución de 1991 que se reglamentaba un derecho fundamental, en este caso a la salud. Que entre los elementos, que regula, a destacar están: menos barreras para la afiliación al sistema, sanciones por negación de servicios, la Política Integral de Atención en Salud, derechos y deberes de pacientes.

Según lo registrado por el Ministerio de Salud: “La Política Integral de Atención en Salud, presentada el 16 de febrero de 2016, fue una respuesta transversal, en particular en lo referente a la accesibilidad, la integralidad de los servicios, la prevención, los determinantes de la salud, la articulación intersectorial y la atención en zonas marginadas.” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

La ley Estatutaria establece que no se le puede negar a nadie el acceso al servicio de salud, el cual debe ser oportuno, eficaz y de calidad, e integral mediante la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, recuperación, rehabilitación y paliación de la enfermedad, exigiendo la integralidad (Artículo 8. (República de Colombia, 2015), y erradicando la fragmentación de servicios, que expone la integridad y la vida de las personas.

En lo relacionado con la calidad del servicio, dispone un complejo normativo del sector, que comprende la Ley 715 de 2001 (República de Colombia, 2001), ordena la creación del Sistema de Garantía de Calidad y del Sistema Único de Habilitación. El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad tiene como objetivo proveer de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios (Ministerio de Salud y Protección Social, 2006).

Las características de la calidad en salud son: accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad (Artículo 3, Decreto 1011 de 2006 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2006). Las cuales las define así: Accesibilidad. Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Oportunidad. Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios. Seguridad. Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias. Pertinencia. Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia científica y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales. Continuidad. Es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones

requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico.

El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en el Decreto 1011 de 2006 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016)), establece cuatro componentes: Sistema Único de Habilitación, Sistema Único de Acreditación, Programa de Mejoramiento Continuo de la Calidad y Sistema de Información para la Calidad, los cuales entre otros aspectos busca garantizar la calidad, seguridad en el proceso de atención, y evitar la ocurrencia de eventos adversos en la prestación del servicio.

5.2.2. Seguridad del paciente

La OMS (Organización Mundial de la Salud, 2008) señala que “La seguridad del paciente es un principio fundamental de la atención sanitaria. Hay un cierto grado de peligrosidad inherente a cada paso del proceso de atención de salud. Los eventos adversos pueden estar en relación con problemas de la práctica clínica, de los productos, de los procedimientos o del sistema. La mejora de la seguridad del paciente requiere por parte de todo el sistema un esfuerzo complejo que abarca una amplia gama de acciones dirigidas hacia la mejora del desempeño; la gestión de la seguridad y los riesgos ambientales...”.

El primer estudio que en Latinoamérica evidenció el problema de la seguridad fue el estudio IBEAS (Ministerio de Sanidad y Política social, 2009). Hecho en 5 países de la región (México, Costa Rica, Colombia, Perú y Argentina) evidenció que en estos países, en promedio 1 de cada 10 pacientes hospitalizados (10%) sufren al menos un daño durante su atención. Colombia específicamente mostró una prevalencia de eventos adversos del

13,1%, el 27.3% de los eventos se presentaron en menores de 15 años y el 27.7% se presentaron durante la realización de un procedimiento.

El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad define la seguridad como aquellos elementos de estructura, procesos, instrumentos y metodologías, basados en evidencia científicamente probada que propenden minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso o de mitigar sus consecuencias, así lo señalan Los lineamientos de la Política de seguridad del paciente Republica de Colombia- Paquetes instruccionales Guía Técnica “Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud” (Ministerio de Salud y protección social , 2008) . La seguridad por lo tanto, es un atributo fundamental de la calidad de atención, que por sí misma, tiene como propósito ser segura, es decir, libre de daño. Sin embargo, durante su entrega, suceden errores que pueden o no causarle daño al paciente. El error es la falla a terminar una acción como fue planeada (error de ejecución) o el uso de un plan equivocado para terminar una acción (error de planeación).

Desde el 2005 el Sistema Único de Acreditación en salud introdujo, como requisito de entrada a las instituciones que quisieran acreditarse, la exigencia de tener un sistema de reporte de eventos adversos, lo cual llevó voluntariamente a estas instituciones a diseñar, implementar y mejorar continuamente un programa de seguridad del paciente.

En este orden de ideas los prestadores de servicios deben desde su plataforma estratégica disponer de: Política de seguridad del paciente. Programa de auditoria para el mejoramiento continuo. Implementado buenas prácticas para la seguridad del paciente. Programa de seguridad del paciente. Referente de seguridad del paciente. Proceso para el reporte y análisis de seguridad del paciente. Comité de seguridad del

paciente (para el análisis de eventos adversos). Plan de capacitaciones (guías, protocolos, procesos, destrezas y habilidades comunicativas). Plan de comunicaciones o sistema de divulgación de la información (interno y externo en temas de seguridad del paciente).

5.2.3. Ética, derecho y deberes de pacientes.

En la Ley 23 de 1981, Código de Ética Médica, se establecen normas que en el Título II, Capítulo I, desarrolla las relaciones del médico con el paciente, entre otros elementos expresa: actitud del médico ante el paciente será siempre de apoyo, evitará todo comentario que despierte su preocupación y no hará pronósticos de la enfermedad sin las suficientes bases científicas, pedirá su consentimiento para aplicar los tratamientos médicos y quirúrgicos que considere indispensables y que puedan afectarlo física o síquicamente, salvo en los casos en que ello no fuere posible, y le explicará al paciente o a sus responsables de tales consecuencias anticipadamente, la responsabilidad del médico por reacciones adversas, inmediatas o tardías, producidas por efecto del tratamiento, no irá más allá del riesgo previsto, el médico advertirá de el al paciente o a sus familiares o allegados. En otros capítulos trata de las relaciones de médicos, con sus colegas, la sociedad y las empresas con las cuales trabaja. Señala el Código, que el incumplimiento de esta norma es sancionable, desde llamados de atención verbales hasta las sanciones por el ejercicio de la medicina y como órgano rector tienen al Tribunal Seccional de Ética Profesional (Ministerio de Educacion nacional, 1981). Los otros profesionales de la salud también cuentan con su Código de Ética.

Igualmente dedica un capítulo a la Historia Clínica y sus anexos, que se constituyen en un medio de comunicación, que por sus fallos en el registro puede generar la ocurrencia

de eventos adversos. La Historia Clínica, según la Resolución 1995 de 1999 (Ministerio de Salud y protección social, 1999) expresa que es un “documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. El equipo de Salud está constituido por los Profesionales, Técnicos y Auxiliares del área de la salud que realizan la atención clínico asistencial directa del Usuario y los Auditores Médicos de Aseguradoras y Prestadores responsables de la evaluación de la calidad del servicio brindado. Además establece en su Artículo 3, las características: Integralidad: La historia clínica de un usuario debe reunir la información de los aspectos científicos, técnicos y administrativos Secuencialidad: Los registros de la prestación de los servicios en salud deben consignarse en la secuencia cronológica en que ocurrió la atención. Racionalidad científica: aplicación de criterios científicos en el diligenciamiento y registro de las acciones en salud brindadas a un usuario, de modo que evidencie en forma lógica, clara y completa, el procedimiento que se realizó en la investigación de las condiciones de salud del paciente, diagnóstico y plan de manejo. Disponibilidad: posibilidad de utilizar la historia clínica en el momento en que se necesita, con las limitaciones que impone la Ley. Oportunidad: diligenciamiento de los registros de atención, simultánea o inmediatamente después de que ocurre la prestación del servicio.

La Historia Clínica debe diligenciarse en forma clara, legible, sin tachones, enmendaduras, intercalaciones, sin dejar espacios en blanco y sin utilizar siglas. Cada anotación debe llevar la fecha y hora en la que se realiza, con el nombre completo y firma del autor de la misma. En la actualidad se exige que el registro sea automatizado. El no cumplimiento de estas disposiciones es un riesgo para la ocurrencia de eventos adversos e

incidentes que configuran fallos en la atención en salud. Como se observa, la importancia del tema, que establece con detalles cómo debe ser la comunicación escrita.

Otro elemento de especial importancia en la relación médico paciente, es el tener el consentimiento informado para la realización de procedimientos y actividades, se define como la aceptación libre por parte de una paciente de un acto diagnóstico o terapéutico después de haberle comunicado adecuadamente su situación clínica. Los requerimientos básicos necesarios para que sea válido son: libertad de decisión, competencia para decidir e información suficiente (Ministerio de Salud., s.f.)

La ley Estatutaria de la Salud (Ministerio de Salud y protección Social, 2015) en el Artículo 10, determina los derechos y deberes de las personas, relacionados con la prestación del servicio de salud con la información y comunicación en la relación médico paciente. Se trata de:

Derechos de pacientes: mantener una comunicación plena, permanente, expresa y clara con el profesional de la salud tratante; obtener información clara, apropiada y suficiente por parte del profesional de la salud tratante que le permita tomar decisiones libres, conscientes e informadas respecto de los procedimientos que le vayan a practicar y riesgos de los mismos, que se respete su voluntad, a recibir o no un tratamiento de salud; recibir un trato digno, respetando sus creencias y costumbres, así como las opiniones personales que tengan sobre los procedimientos; que la historia clínica sea tratada de manera confidencial y reservada; recibir información sobre los canales formales para presentar reclamaciones, quejas, sugerencias y en general, para comunicarse con la administración de las instituciones, así como a recibir una respuesta por escrito; solicitar y

recibir explicaciones o de los costos por los tratamientos de salud recibidos; que se le respete la voluntad de aceptación o negación de la donación de sus órganos de conformidad con la ley, entre otros.

Deberes de pacientes: suministrar de manera oportuna y suficiente la información que se requiera para efectos del servicio, propender por su autocuidado, el de su familia y el de su comunidad; respetar al personal responsable de la prestación y administración de los servicios salud; actuar de buena fe frente al sistema de salud; contribuir solidariamente al financiamiento de los gastos en salud, de acuerdo con su capacidad de pago, entre otros.

La normatividad resalta la población de niños, niñas e infantes, que son sus padres y/o responsables de suministrar la información necesaria y suficiente en la atención de esta población. Por ello la Ley 1098 de 2006 (República de Colombia, 2006) expide el Código de la Infancia y la Adolescencia, estableciendo normas sustantivas y procesales para la protección integral de los niños, las niñas y los adolescentes, garantizar el ejercicio de sus derechos y libertades.

5.2.4. Tecnología: normas y avances.

La Ley 1438 de 2011, (Ministerio de Salud, 2011) que reformó el Sistema de Seguridad Social en Salud colombiano, estableció la obligatoriedad de la Historia Clínica Única Electrónica. Las Redes Integradas de Servicios de Salud posibilitan el manejo electrónico de información demográfica, clínica y epidemiológica entre los actores del sistema, además de consulta de afiliados en línea (Ministerio de Salud y Protección Social.,

2016) (Base de Datos Única de Afiliados BDUA del Sistema General de Seguridad Social en Salud BDUA-SGSSS).

5.2.5. Telemedicina.

La Resolución 1448 de 2006 (Ministerio de la Protección Social., 2006) del Ministerio de la Protección Social define la Telemedicina como “...la provisión de servicios de salud a distancia, en los componentes de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento o rehabilitación, por profesionales de la salud que utilizan tecnologías de la información y la comunicación, que les permiten intercambiar datos con el propósito de facilitar el acceso de la población a servicios que presentan limitaciones de oferta de acceso a los servicios o de ambos en su área geográfica”. Esto, implica otros riesgos por el manejo de los datos de pacientes, sobre los cuales se toman decisiones.

5.2.6. La relación médico-paciente: elementos y características.

En toda interacción entre dos o más personas, se da una relación de estatus y roles. En el caso de la relación médico paciente también es así. Según Vásquez (2002) “El estatus del médico como experto con su rol de “sapiense” y de autoridad con una dimensión de categoría superior, para ofrecer ayuda al paciente con el estatus del paciente que llega solicitando ayuda en condición de sufrimiento, y que por lo tanto le coloca en una dimensión o categoría inferior, lo que hace un distanciamiento o división de relación de rol del médico versus paciente” (Vasquez, 2002, pág. 8)

Rodríguez Silva (2006), resalta la importancia de la relación médico paciente lo siguiente: “El médico debe estar consciente que su relación profesional interpersonal con el

paciente debe estar caracterizada por: el respeto que inspira su investidura técnica en una profesión de alto contenido social, la expectativa por parte de la población de que manifieste un comportamiento adecuado a su alta responsabilidad, su condición de piedra angular en la prestación de un servicio de gran significación humana como es promover o restablecer la salud, demandar una constante disposición a la relación de ayuda sin aspiración de reciprocidad y requerir del facultativo el planeamiento cuidadoso de cada una de sus acciones para evitar errores de grandes potencialidades iatrogénicas” (Rodríguez, 2006). El eje central de la relación es la calidad de la comunicación y la información que se da entre ellos. Por lo tanto, el mensaje que llegue al paciente depende de lo efectiva que sea la comunicación entre ellos, y lograr el objetivo propuesto por el médico, que no es otra cosa que se cumplan sus indicaciones y recomendaciones. (Moore, Gómez, & et, 2010), Estima “que un médico realiza entre 86.000 y 120.000 entrevistas durante su carrera profesional, asumiendo que atiende entre 3 y 4 pacientes por hora en una jornada de 22 hrs a lo largo 30 años. Sólo por este número de entrevistas resulta valioso prestar atención a lo que se puede hacer para que dichas interacciones sean más satisfactorias”.

La idea de un proceso comunicativo es transmitir una idea o un mensaje, tratando de que el interlocutor entienda con mayor facilidad posible el mensaje que se quiere dar. (Moore, Gómez, & et, 2010)

Tabla 1. Proceso de comunicación

EL COMUNICADOR	EL RECEPTOR
• Emite	• Recibe
• Habla	• Escucha
• Escoge el contenido de los mensajes	• Lo recibe como información
• Es siempre el que sabe	• Es el que no sabe

Fuente: (Kaplan, 2002, pág. 23)

En los procesos comunicativos hay una parte considerada como el comunicador, y otra parte como el receptor, con un flujo de información en el cual el comunicador envía un mensaje que cuenta de su conocimiento, y este se lo transmite al receptor, quien lo recibe. Por esto es fundamental entender y darse a entender en todo proceso comunicativo que se desarrolle. (Kaplun, 2002, pág. 25)

Según (Pelayo & Cabrera, s.f.)“Sabemos que no solo hablando se entiende a la gente. La comunicación es mucho más amplia e implica a la comunicación lingüística. El ser humano ha desarrollado a lo largo de su existencia numerosos sistemas de comunicación que le permiten operar en distintas circunstancias, bien haciendo uso de sus facultades naturales, bien aplicando tecnologías que actúen como extensión de éstas. La escritura, el teléfono, internet, son algunos dispositivos que han permitido superar la distancia espacial o temporal entre individuos. La capacidad natural del hombre para comunicarse supone la elaboración del lenguaje”

Es importante considerar en este contexto otros elementos, como ya fue mencionada la Telemedicina, y el manejo de redes sociales para los pacientes, para mantenerse informado o tener contacto con los servicios de salud. Como también de las redes que manejan los profesionales de salud. Las redes sociales según (Chadi, 2009), son un grupo de personas, bien sean miembros de una familia, vecinos, amigos o instituciones, capaces de aportar un apoyo real y duradero a un individuo o familia. Menciona dos tipos de redes. Las redes sociales primarias son aquellas conformadas por las relaciones significativas e íntimas de los individuos, en esta red se encuentran la familia, la familia ampliada o extensa, los amigos y el vecindario, aunque en diferente medida. En las secundarias se

encuentran las institucionales, reflejan normas sociales, políticas y culturales, y poseen una estructura regida por jerarquías, normas explícitas e implícitas y roles definidos. Elementos aplicables al entorno salud, con escenario en el que ha incursionado la relación médico paciente, facilitando el proceso de atención en muchos casos, y generando nuevos riesgos, teniendo en cuenta los errores en los cuales se pueden incurrir. Además, proveen mucha información a los pacientes, y muchos de ellos llegan a la atención médica con una amplia información sobre sus necesidades.

Por un lado, el Decreto 2376 de 2011 (Ministerio de la Protección Social, 2010), regula todo lo relacionado al tema de docencia servicio, la define como la relación funcional que se establece entre instituciones educativas y otras organizaciones, con el propósito de formar talento humano en salud o entre instituciones educativas cuando por lo menos una de ellas disponga de escenarios de práctica en salud. Los procesos de formación del talento humano, se constituyen en un elemento a tener en cuenta en la generación de incidentes y eventos adversos en las instituciones prestadoras de servicios de salud, por lo que implica promover la participación del estudiante en el proceso de atención, interviniendo en el proceso de comunicación entre el médico y el paciente, sumando riesgos en el proceso de atención.

Es así, como en la relación médico paciente, además del paciente, el sistema (con todo el complejo de normas, procesos, actores, historias clínicas y exigencias de registros, etc), el médico (otro personal: auxiliares técnicos y profesionales de la salud), se suman otros elementos, como son: tecnología, telemedicina, estudiantes, redes sociales; que suman

elementos que implican riesgos en el proceso de atención, y por lo tanto de promover la ocurrencia de eventos adversos.

Como lo establece la Ley 23 de 1981 (Ministerio de Educación nacional, 1981) (Código de ética médica), la relación médico se cumple en los siguientes casos: a) por decisión voluntaria y espontánea de ambas partes; b) por acción unilateral del médico, en caso de emergencia; c) por solicitud de terceras personas y; d) por haber adquirido el compromiso de atender a personas que están a cargo de una entidad privada o pública.

Como lo enuncia (Rodríguez, 2008), las características a tener en cuenta del paciente son: carácter de la enfermedad (aguda, crónica, terminal); factores dependientes de las circunstancias en que ocurre la enfermedad (personas que le rodean, si está hospitalizado, etc); personalidad del paciente antes y durante la enfermedad; posición social del paciente. El médico debe: saber oír, comprender, enseñar, pensar en no hacer daño, aprender a situarse psicológicamente con el enfermo sin identificarse con él, escrutar en las angustias del paciente más allá de las que él comunique, brindar cuidadosamente la información, nunca dejar de darla, aceptar al paciente como es, no utilizar términos que el paciente no puede entender, enseñar al paciente a conocer su cuerpo, lograr que el paciente admita que está enfermo y necesita ayuda para su cuidado, cuidado con la palabras que se dicen al paciente, no provocar desesperación, conocer que el paciente tiene limitaciones para esta comprensión, y lo enseñará paulatinamente preparándolo para lo que debe suceder, enfatizar el papel de la familia y otras instituciones, aceptar opiniones y recomendaciones, tener el consentimiento del paciente para las acciones que se deban hacer.

El Código de ética médica en su artículo 18 expresa: si la situación del enfermo es grave el médico tiene la obligación de comunicarle a sus familiares o allegados y al paciente en los casos en que ello contribuye a la solución de sus problemas espirituales o materiales. En caso de eventos adversos, la exigencia ética es dar la información completa al paciente, así lo manifiesta (Bascuñán & Arriagada, 2016) dando a conocer que en varios estudios (Jorm, 2012) que lo correcto es comunicar el error, pero esto no se hace siempre, y que los pacientes no sólo desean ser informados de las causas y consecuencias de los errores, sino que esperan disculpas y apoyo emocional. Además, se deberían tener procesos de comunicación no solo al paciente afectado con un evento adverso, sino a la comunidad y al sistema para prevenirlos.

Por las características descritas se evidencia lo complejo de la relación médico paciente, y en especial que la exigencia mayor recae sobre el médico, reclamando destrezas y habilidades comunicativas.

El (Ministerio de Salud, 2008) implementó un paquete instruccional para Gestionar y desarrollar la adecuada comunicación entre las personas que atienden y cuidan a los pacientes. La Guía técnica de las Buenas Prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud direcciona la comunicación dentro del ámbito asistencial, como también sus implicancias en las relaciones entre el personal asistencial, los profesionales de la salud y el paciente. “Estas relaciones se desarrollan en diversos entornos y servicios siendo necesario establecer mecanismos que garanticen un correcto proceso comunicativo que permite la comprensión de la información de forma homogénea por todos los involucrados”. Todo, con el fin de garantizar una atención segura y evitar fallos que

originen daño a los pacientes, estandarizar los mecanismos de comunicación constituye un punto fundamental y una correcta comprensión de la situación y los pasos a seguir y cumplir con los protocolos establecidos, sin dejar nunca de verificar la comprensión de la información a través de mecanismos redundantes entre los diferentes actores involucrados.

Así mismo el Ministerio de Salud (Organización Mundial de la Salud, 2011) Define incidente como: un evento o circunstancia que sucede en la atención clínica de un paciente que no le genera daño, pero que en su ocurrencia se incorporan fallas en los procesos de atención. Y Comunicación: la comunicación es un acto esencial del ser humano. El hombre es un ser social que se comunica, se relaciona y que por su necesidad de interactuar con su entorno, transmite informaciones con la intencionalidad de crear unos efectos en el objeto de recepción de esa información. A través de nuestros sentidos, somos capaces de percibir e interpretar la multitud de información que recibimos en todo momento (Lucas, 2014).

5.2.7. Fallas en la comunicación médico-paciente

Los fallos en la comunicación médico paciente generan incidentes que pueden llevar a la ocurrencia de Eventos Adversos (EA). Según él (Ministerio de Salud, 2008), un evento adverso, es el “Resultado de una atención en salud, que de manera no intencional produjo daño”. (Rubin, George, & et, 2003), observó: una incidencia de 76,5% eventos adversos por cada 1000 citas, los más frecuentes fueron los relacionados con la prescripción 44%, y con defectos en la comunicación: historial equivocado, pérdida de documentos, etc. con 30%.

Por medio de la comunicación se expresan los sentimientos y deseos del hombre para satisfacer sus necesidades, y relacionarse con los demás. En salud las necesidades son vitales, (Haynes, 2008), señalan que esta relación entre comunicación y adherencia al

tratamiento “no es simple”. Para la salud, es un elemento vital, y es precisamente en la relación médico paciente, donde está su punto crítico y más importante, por eso la importancia de lo que trasmite el paciente y la adherencia a lo que se informa por parte del médico. (Coombs & et, 1995) manifiesta que en: “Una revisión sistemática concluyó que altos niveles de adherencia están asociados sólo con aquellos modelos de comunicación que toman en consideración las actitudes, las creencias y las preferencias de los pacientes permitiendo un proceso de negociación con un mayor acuerdo y comprensión”

El profesional de la salud, maneja la situación desde un punto de vista profesional, ético y técnico; mientras que el usuario del servicio, producto de su padecimiento llega con expectativas e incertidumbre, afectadas por sus emociones, sentimientos, dolor y vergüenza. (Kurtz, Silverman, & et, 2005) describe la “comunicación efectiva” como aquella fundada en cinco principios: asegura una interacción en vez de una transmisión directa (oportunidades para intercambiar preguntas y respuestas, clarificaciones), reduce la incertidumbre innecesaria, requiere planificación en términos de los “outcomes” o logros requeridos, demuestra dinamismo, sigue el modelo helicoidal (volver nuevamente sobre la información, la repetición, la reiteración, el feedback, son elementos esenciales de una comunicación efectiva) más que un modelo lineal. Configurándose así, un escenario que reclama habilidades y destrezas en el arte de la comunicación del médico, requiriéndole unas condiciones afectivas especiales sin llegar a involucrarse en el problema, como tampoco asumiendo una posición fría o deshumanizada.

A continuación se revisaran aspectos que se pueden constituir en factores de riesgos para la ocurrencia de eventos adversos en forma general, en los cuales se ubican las fallas en la comunicación:

Según el Código de Ética Médica, en su artículo 4 (Ministerio de Educación nacional, 1981), la asistencia médica se fundamentará en la libre elección del médico, por parte del paciente. En el trabajo institucional se respetará en lo posible este derecho. Esto lo ratifica el Sistema General de Seguridad Social en Salud; sin embargo, también enuncia que esta escogencia quedará sujeta a la red prestadora de servicios de salud de su EPS. Si el paciente no se encuentra cómodo con el profesional que lo atiende, la relación y el proceso de comunicación se puede ver afectado en forma negativa (Esquerda, Yuguero, & et, 2016) expresan: “La empatía es una de las competencias básicas en el aprendizaje de la medicina, relacionándose con mejor relación médico-paciente, mejor competencia profesional y menor estrés profesional”.

Cuando el médico se acerca al paciente construye empatía, acercamiento (Ogle, Buschnell, & et, 2013) “Múltiples estudios relacionan una mejor empatía con una mejor competencia clínica, así como con una mejor comunicación y relación médico-paciente. (Hafferty, 1994), recientemente empieza a relacionarse también la empatía con la competencia ética.

Para (Espinosa, 2011) “Si se pretende alcanzar durante el presente siglo una medicina de calidad, más humanizada y menos costosa, se necesitará enfatizar que la habilidad fundamental del médico clínico, y especialmente del médico de medicina general integral, gira alrededor de la relación médico-paciente, la búsqueda de la información, su

análisis, el razonamiento médico y la decisión terapéutica, es decir, el dominio con excelencia del método clínico.

“Una encuesta realizada entre abogados Argentinos que defienden médicos, mostró, que el 70% de los juicios por mala praxis fueron aparentemente precipitados por una pobre comunicación del médico o por actitudes negativas del mismo hacia el paciente” (Noble, 2007).

La comunicación del paciente debe hacerse de manera apropiada, de forma que éste pueda comprender fácilmente evitando el uso de terminologías demasiado técnicas y poco comprensible, sin embargo, en nuestro medio es demasiado frecuente escuchar la queja de nuestros colegas médicos de que la carga de trabajo ó número de pacientes a atender por consulta (que se les imponen) no permite encontrar el tiempo suficiente para establecer la comunicación adecuada con sus pacientes. Así lo señala (Gómez, Sosa, & et, 2008), quienes además explican que: dentro de los aspectos básicos en la comunicación verbal médico paciente está el conocimiento de los fenómenos psicológicos, con una comunicación apropiada, es necesario ver al paciente como un receptor activo seleccionador de lo que quiere atender dentro de una gran masa de mensajes; se identificaron dos aspectos importantes en la comunicación no verbal por una parte la sensibilidad que tiene el propio paciente para captar señales no verbales emitidas por las personas que le rodean y por otra parte la expresividad no verbal de los pacientes que tan útil suele ser para el médico, se pueden captar a través de la voz, el contacto físico, la mirada, la expresión facial, los gestos y el olfato entre otros; dentro de las estrategias para dar malas noticias se prefiere la forma compasiva y positiva, teniendo en cuenta que el paciente tiene derecho a obtener del

médico toda la información relacionada con su salud y cuando médicamente no sea aconsejable informarle, se le suministrará a una persona que lo represente, siempre equilibrando el mensaje a dar entre los principios de autonomía y el de beneficencia y no maleficencia; las nuevas tecnología comunicacionales como el correo electrónico e internet influyen positivamente salvando barreras geográficas, profesionales, lingüísticas, económicas, llevando el avance médico a los sitios más remotos mejorando así la continuidad del proceso médico y facilitando la presencia de pacientes cada vez más informados, sin embargo, a pesar de todos estos beneficios, la mayoría de los médicos manifiestan recelo en establecer una comunicación médico-paciente por estos nuevos medios, por lo que en un futuro inmediato hay que compatibilizar las nuevas técnicas comunicacionales con el humanismo de una comunicación dentro de la relación médico - paciente.

El evento adverso, como ya se comentó, es el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño. Los eventos adversos pueden ser prevenibles y no prevenibles. Los Eventos Adversos prevenibles: Resultado no deseado, no intencional, que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado. Evento adverso no prevenible: Resultado no deseado, no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial. Incidente: es un evento o circunstancia que sucede en la atención clínica de un paciente que no le genera daño, pero que en su ocurrencia se incorporan fallas en el proceso de atención. Así lo señala el Ministerio de Salud (Ministerio de Salud y protección social , 2008), quien además menciona como factores contributivos: las condiciones que predisponen una acción insegura.

Esto plantea la necesidad de revisar el contexto integral que afecta e impacta a la relación médico-paciente resaltando así la importancia de este tema, la necesaria interacción de la salud y la comunicación; como lo registra la Serie: Comunicación y Salud desde una perspectiva de derechos. Guía de comunicación para equipos de salud (Ministerio de Salud de Argentina, 2015, pág. 7): *Entendemos que comunicación y salud son dos prácticas que necesitan caminar juntas para que la salud esté enraizada con las comunidades. Este encuentro entre comunicación y salud configura un campo clave y estratégico, ya que involucra el derecho a la información ligado directamente a una mayor accesibilidad al servicio de salud.*

Comunicación y Salud desde una perspectiva de derechos. Guía de comunicación para equipos de salud (Ministerio de Salud de Argentina, 2015), pregunta “¿Qué es comunicación para que salud? Una receta con letra ilegible. Un juego en sala de espera. Una pared sobrecargada de afiches. Un vaso de agua fresca. Una voz hostil que grita que no hay más turnos. Una caminata en la plaza del barrio. Un cartel que prohíbe. Una sonrisa que invita. Además se enuncia: Entendemos que comunicación y salud son dos prácticas que necesitan caminar juntas para que la salud esté enraizada con las comunidades. Este encuentro entre comunicación y salud configura un campo clave y estratégico, ya que involucra el derecho a la información ligado directamente a una mayor accesibilidad al servicio de salud. Todo modelo de salud se corresponde con un modelo comunicacional. El acceso a la información facilita que los individuos y las comunidades puedan desarrollar una participación concreta en la fijación de prioridades, la toma de decisiones y la puesta en marcha de estrategias para alcanzar un mayor nivel de salud. Pero para que la información

llegue a destino debe estar presentada de manera clara, en un lenguaje accesible y adecuado y diferenciado según las prácticas culturales de cada comunidad y población destinataria”.

Todos estos aspectos son elementos críticos para evaluar lo complejo de la comunicación, y como ya se registró en la relación médico – paciente, que justifican realizar un trabajo como el propuesto, las fallas en el proceso de la comunicación desencadenan en incidentes o eventos adversos, en el médico, en el proceso de atención (sistema), y en el paciente (información veraz, completa y oportuna).

A la comunicación en la relación médico paciente, se exige eficacia, veracidad, efectividad, con el propósito de generar bienestar; sin embargo, como en todo proceso humano se dan fallos en la atención en salud; dando origen a los eventos que lesionan o llevan a la muerte, y al detrimento de la dignidad humana del paciente.

Todos los elementos que se han identificado evidencian la importancia de la relación médico paciente y cómo sus fallas afectan no solo las condiciones físicas del usuario sino al sistema en general. Esto justifica el desarrollo de un proceso de investigación que permita identificar los fallos de la atención en salud y los factores, que dentro de los procesos de comunicación, se originan para aportar elementos que sirvan para intervenirlas de manera efectiva y mitigar el impacto negativo.

6. DISEÑO METODOLÓGICO

6.1. Tipo de estudio

El enfoque de esta investigación es cuantitativo, con apoyo en el enfoque cualitativo. Cuantitativo de tipo descriptivo, porque indaga las peculiaridades importantes del fenómeno estudiado, y retrospectivo teniendo en cuenta que la información de los fallos de la atención se buscaron hacia atrás en el tiempo, y se sometieron a análisis (Hernandez, Fernandez, & Baptista, 2014). Con el apoyo cualitativo, se aplicó un cuestionario a una población cualificada dentro de la institución, identificando las características de la comunicación, en los fallos de la atención en salud que se presentaron en un Hospital en el Departamento del Atlántico en el período 2016 y 2017.

6.2 Técnica

La técnica aplicada para la obtención de la información de las bases de datos de fallos en la atención en salud, es el análisis de contenidos, mediante la revisión, clasificación y consignación de los datos pertinentes a los objetivos planteados. Mediante encuesta se aplicó a la población cualificada el cuestionario identificando las características de la comunicación en los fallos de la atención en salud.

6.2.1. Instrumento

Para elaborar el cuestionario se procedió a identificar los ítems, de acuerdo a los objetivos planteados, de la siguiente forma:

- Se proyectó en tres bloques de preguntas el cuestionario: en el primer bloque de preguntas, se encuentran aquellos elementos organizacionales desde la planeación estratégica, que promueven buenas prácticas y el control de riesgos; en el segundo bloque se indagó por el conocimiento que tiene el personal, sobre la ocurrencia de los fallos de la atención más frecuentes notificados en las bases de datos objeto de estudio, como son: Fuga de pacientes, Reingresos / No entrega de documentos, entrega de información insuficiente o equivocada al paciente; en el tercer bloque se indagó sobre la percepción que tiene la población cualificada, solicitándoles evaluar con 1, 2, 3, 4 o 5. Considerando 1: si es completamente deficiente. 5: si es completamente satisfactorio, sobre los factores que influyen en la ocurrencia de fallos en la atención: Factores organizacionales/ La comunicación en la relación médico paciente / Factores del sistema.

Y teniendo como base los derechos y deberes de los pacientes, Ley Estatutaria de la Salud 1751 de 2015, Artículo 10 derechos de las personal literal c) A mantener una comunicación plena, permanente, expresa y clara con el profesional de la salud tratante; d) A obtener información clara, apropiada y suficiente por parte del profesional de la salud tratante que le permita tomar decisiones libres, conscientes e informadas respecto de los procedimientos que le vayan a practicar y riesgos de los mismos. Ninguna persona podrá ser obligada, contra su voluntad, a recibir un tratamiento de salud; f) A recibir un trato digno, respetando sus creencias y costumbres, así como las opiniones personales que tengan sobre los procedimientos. Y en los relacionado con los deberes de las personas el literal h) Suministrar de manera oportuna y suficiente la información que se requiera para efectos del servicio. Y para validar el análisis de la información de las bases de datos, se solicitó calificar las siguientes características, evaluando en qué grado se encuentran afectados en la

ocurrencia de los fallos de la atención: Tiempo / Información suficiente y oportuna por el médico / Advierte riesgos al pacientes / Se verifica que el paciente entienda las recomendaciones médicas / Siempre se tienen en cuenta las opiniones del paciente.

6.3. Procedimiento para la recolección de los datos

Para la recolección de la información, se siguió el siguiente procedimiento:

1. Se dio inicio con la identificación de los objetivos de la investigación.
2. Se determinó el universo a investigar desde dos perspectivas: primero el total de los fallos de la atención en salud de la entidad prestadora de servicio de salud en los años 2016 y 2017, segundo trabajadores del hospital participes del proceso de atención como población cualificada para aplicar cuestionario.
3. Se solicitó autorización o permiso de la Institución Prestadora de Salud de la ciudad de Barranquilla para la realizar la investigación.
4. Solicitud de las bases de datos al departamento de calidad del Hospital. Hasta obtener la información el proceso duró dos meses.
5. Se definió el documento de investigación, en dos perspectivas: una matriz, identificando los elementos necesarios para la investigación luego del análisis de las bases de datos facilitadas por el hospital; y otra matriz, para analizar los resultados de los cuestionarios aplicados.
 - 5.1. Matriz para el análisis de fallos de la atención en salud, se identificaron las siguientes categorías y subcategorías

a. Macrovariable Fallos de la atención en salud.

Variables:

-Atención en salud con fallos en la comunicación: identificados con el análisis de cada evento, cuando se registra en la forma como se configuró fallos de la comunicación

-Atención en salud sin fallos en la comunicación: identificados con el análisis de cada evento, descartando en el análisis fallos de la comunicación

b. Macrovariable Tipos de fallos de la comunicación en las atenciones inseguras

-Verbales: cuando el médico o el profesional de la salud no suministran información suficiente, oportuna, veraz al paciente o al equipo de salud, o cuando no se entrega turno en forma verbal, cuando no se verifica el paciente a quién se va a prestar el servicio. O por parte del paciente no suministrar la información oportuna y veraz.

-Escritas: cuando el médico o el profesional de la salud. No registra en forma oportuna, clara y veraz la información, así como también esta información no se registra, es incompleta, ambigua, difusa, o se generan dos o más documentos con información diferente, cuando el turno no se entrega en formatos pertinentes

-Organizacionales: cuando no se aplican protocolos, que requieren confirmación de información escrita y verbal con los registros clínicos (historias clínicas y sus anexos), y verificando en la comunicación con el paciente.

c. Macrovariable Atenciones inseguras con fallos en la comunicación.

Variable:

Verbales:

-Falta de cooperación. El paciente no informa condiciones de salud.

-No se realiza cuando está indicado. Por no entrega de turno

-Paciente equivocado. No se verifica nombre del paciente.

Escritas:

-Información en el documento confusa o ambigua. Información de registros clínicos confusa o ambigua.

-Laboratorio. Registro equivocado de resultados.

-Identificación. Proceso equivocado. Se marca manilla con nombre de otro paciente.

-Servicio equivocado. Solicitar servicio equivocado o no registrarlo.

-Paciente equivocado. Por no verificar en documento.

-Registro en documento para el paciente equivocado

-Documentos que faltan o no disponibles.

Organizacionales: protocolos: no cumplimiento de protocolos organizacionales, que requieren verificación con acciones de comunicación verbal y escrita.

-Fuga de paciente: paciente que por sus creencias y se expectativas no se adhiere al protocolo de atención Compromete al médico, al equipo de atención (comunicar alcance de atención y necesidad de completar proceso de atención, vigilantes por no indagar por tipo de persona que egresa y revisar boleta de salida con datos de identificación del paciente).

-Protocolo. No aplicar cinco (5) correctos: verificar que sea el paciente correcto (preguntando verbalmente) y en manilla de identificación, no verificar en historia clínica nombre del paciente, nombre del medicamento, dosis, vía de administración, hora de aplicación.

5.2. Matriz para el análisis de características de la comunicación en la relación médico – paciente, se identificaron las siguientes Macrovariables y Variables.

a. Macrovariable factores organizacionales relacionados con los procesos de comunicación que influyen en la cultura de la seguridad en el proceso de atención.

Variables:

-Conocimiento planeación estratégica: Política de seguridad del paciente (SI/NO). / Ha participado en análisis de casos de eventos adversos (SI/NO). / Participa en la socialización de protocolos y guías de manejo que programa el Hospital (SI/NO) / Conoce los indicadores de ocurrencia de eventos adversos (SI/NO). En caso de que su respuesta sea SI, indique a través de que mecanismo recibe usted esa información.

-Conocimiento de la ocurrencia de eventos adversos: si las personas cualificadas para la atención del pacientes conocen de la ocurrencia de los tipos de eventos adversos: fugas / reingresos / No entrega de documentos, entrega de información insuficiente o equivocada al paciente:

b. Macrovariable factores que influyen en la ocurrencia de eventos adversos.

Variables:

-Factores organizacionales: por no estandarización de procesos, falta de recursos, control y seguimiento a procesos.

-Relación médico – paciente: factores relaciones directamente en la comunicación del médico y el paciente.

-Factores del sistema: congestión en urgencias por no atenciones ambulatorias oportunas, inmigrantes (aumento de población extranjera), no disponibilidad de recursos por no pago a EPS y trabajadores de la salud.

c. Macrovariable características de la comunicación en la relación médico paciente:

Variables:

-Tiempo: (dedica el médico el tiempo suficiente para entregar la información necesaria al paciente (diagnóstico, tratamiento, recomendaciones).

-Información suficiente y oportuna por parte del médico: Considera usted que el paciente suministra la información suficiente y oportunidad para garantizar una buena atención.

-Advierte riesgos: (el clínico siempre advierte los riesgos a los que está expuesto, el paciente, en el proceso de atención, a medicamentos, procedimientos, trámites).

-Se verifica que el paciente entienda las recomendaciones médicas.

-Siempre se tienen en cuenta las opiniones del paciente.

6. Se determinó su fiabilidad y validez.
7. Se sistematizaron los datos
8. Se analizaron e interpretaron los hallazgos.

6.4. Población de estudio.

Se consideró como población objeto de estudio el consolidado de notificaciones de fallos de la atención en salud en los años 2016 y 2017, y para la aplicación del cuestionario el personal que labora en el Hospital prestando sus servicios en el proceso de atención al paciente.

6.5. Muestra.

La muestra se obtuvo de la base de datos de los 324 fallos en la atención en salud, los cuales se analizaron identificando los fallos en la comunicación y sus características. Y la aplicación del cuestionario a población cualificada dentro de la institución, con las siguientes características: atienden al paciente en los servicios misionales (urgencias, cirugía, hospitalización, consulta externa), reciben y/o atienden sus quejas; como son: médicos, enfermeras, técnicos de RX, trabajador social, médico auditor, coordinadores de estos procesos y representante de los usuarios. Del total de los trabajadores del hospital el 70% labora en los procesos de atención al paciente.

6.6. Muestreo.

El tipo de muestreo utilizado en la trabajo fue de tipo no probabilístico a conveniencia, debido a que la investigadora recogió la información de un proceso que brindó a todos los individuos de la población iguales oportunidades de ser seleccionados, convenientes a la investigación para la muestra (Hernandez, Fernandez, & Baptista, 2014). Adicionalmente, mediante un muestreo por saturación se aplicó cuestionario a población

cualificada; los cuales, corresponden a profesionales y técnicos que prestan el servicio de atención en salud al paciente, o ejercen funciones de liderazgo y coordinación sobre estos.

Criterio de inclusión:

- ✓ Que el consolidado de los fallos de la atención estuvieran en el año 2016-2017
- ✓ Para la aplicación del cuestionario el personal que se encontrará laborando en el Hospital con injerencia en el proceso de atención, en los siguientes cargos: médicos especialistas, médicos generales, personal de enfermería, trabajador social, técnico de radiología, bacteriólogo, coordinadores de procesos, auditor médico y representante de los usuarios.

Criterio de exclusión: Ninguno.

6.7. Aspectos éticos

La investigación constó de una revisión de manuales, documentos organizacionales, datos estadísticos e indicadores de gestión. No requirió de revisión por parte del investigador de historias clínicas, ni identificación sobre los sujetos de los cuales se haya generado algún dato estadístico. Además, se tuvo en cuenta la Resolución No. 008430 de 1993, artículo 11, donde se ubicó en la categoría sin riesgo porque no se realizó ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de individuos; este trabajo fue sin riesgo, en consideración a que la revisión que se realice es sobre documentos y resultados de la gestión institucional. (Ministerio de Salud y Protección Social, 1993). Así mismo, los datos de la presente

investigación serán usados con fines investigativos y académicos. Esta investigación se llevó a cabo, previa autorización de la institución donde se realizó la investigación, y tuvo en cuenta todos los protocolos de confidencialidad que conocemos o que la entidad facilita el trabajo o haga conocer.

7. RESULTADOS

Tabla 2. Fallos de la atención en salud

Fallos de la atención en salud	Número de eventos	%
Sin fallos en la comunicación	161	49,7%
Con fallos en la comunicación	163	50,3%
Total fallos atención en salud	324	100,0%

Fuente: Base de datos 2016, 2017.

Del total de los 324 fallos en la atención en salud, a 163 con el análisis aplicado se encontraron con fallos en la comunicación para un 50,3%, mientras que sin fallos en la comunicación 161 para un 49,7%.

Tabla 3. Atenciones inseguras por tipo de fallos en la comunicación

Atenciones inseguras por tipo de fallos de la comunicación	Número de eventos	%
Fallos comunicación verbal	4	2%
Fallos comunicación escrita	13	8%
Fallos comunicación organizacional (verbal / escritos)	146	90%
Total fallos atención en salud	163	100%

Fuente: Base de datos 2016, 2017.

Del total de fallos de la atención en salud en el 2% (4 casos) se evidenciaron fallos verbales de la comunicación, cuando el médico o el profesional de la salud no suministran información suficiente, oportuna, veraz al paciente o al equipo de salud, o cuando no se

entrega turno en forma verbal, cuando no se verifica el paciente a quién se va a prestar el servicio. O por parte del paciente no suministrar la información oportuna y veraz.

El 8% (13 Casos), relacionados con fallos en la comunicación escritos no registra en forma oportuna, clara y veraz la información, o es incompleta, ambigua, difusa, o se generan dos o más documentos con información diferente, cuando el turno no se entrega en formatos pertinentes.

El 90% (146 casos) con fallos en la comunicación organizacional, correspondientes a protocolos que siempre deben cumplirse por el personal que participa en el proceso de atención: médicos, profesionales de apoyo, vigilantes, y que comprenden verificaciones verbales y escritas.

Con relación a las atenciones inseguras sin fallos en la comunicación están relacionadas con las condiciones propias de pacientes, como reacciones adversas; relacionados con las condiciones de salud para desarrollar infecciones, flebitis, abscesos; relacionados con fallos de la atención en procesos asistenciales, como los reingresos; relacionadas con condiciones de la institución, dispositivos o equipos médicos, infraestructura, caídas de pacientes, y gestión de recursos (humanos, físicos, tecnológicos). Las cuales no se hacen referencia por no ser objeto de este estudio

Tabla 4. Atenciones inseguras con fallos en la comunicación.

Atención insegura con fallos en la comunicación	Número de eventos	%	Tipo de fallo comunicación
Falta de cooperación. El paciente no informa condiciones de salud.	2	1,2%	Verbal
No se realiza cuando está indicado (aplicación de medicamento) / No entrega de turno	1	0,6%	Verbal
Paciente equivocado. Se realiza prueba de apoyo diagnóstico a otro paciente. No verifican nombre	1	0,6%	Verbal
Información en el documento confusa o ambigua: antecedentes alérgicos, error en diagnóstico, omite registro de medicamentos.	5	3,1%	Escrita
Laboratorio. Registro equivocado de resultados de laboratorios y dos resultados diferentes de la misma prueba	3	1,8%	Escrita
Identificación. Proceso equivocado. Se marca manilla con nombre de otro paciente	1	0,6%	Escrita
Servicio equivocado / no se aclaró diagnóstico en remisión (paciente psiquiátrico)	1	0,6%	Escrita
Realización de prueba de apoyo diagnóstico a paciente equivocado	1	0,6%	Escrita
Registro en documento para el paciente equivocado	1	0,6%	Escrita
Documentos que faltan o no disponibles (no registro orden médica)	1	0,6%	Escrita
Protocolo cinco correctos. Etiquetado Instrucción incorrecta / Paciente equivocado / Cantidad incorrecta / Etiquetado, Instrucción incorrecta / Dosis frecuencia incorrecta (2)	6	3,7%	Organizacional Verbal / Escrita
Sangre y sus derivados. Cantidad incorrecta: no verificar indicaciones escritas.	1	0,6%	Organizacional Verbal / Escrita
Fuga de pacientes. Compromete al médico, al equipo de atención (comunicar alcance de atención y necesidad de completar proceso de atención, vigilantes por no indagar por tipo de persona que egresa y revisar boleta de salida con datos de identificación del paciente).	139	85,3%	Organizacional Verbal / Escrita
Total	163	100,0%	

Fuente: Base de datos 2016, 2017.

Con relación al tipo de fallos de la comunicación verbal, las atenciones inseguras más frecuentes son: la falta de cooperación del paciente con 1,2% (2 casos), por no informar sus condiciones de salud en forma completa y oportuna, estos fueron los únicos

casos atribuibles al paciente. Con fallos de comunicación verbal se encuentran con un (1) caso el 0,6% respectivamente: no se realiza cuando está indicado (aplicación de medicamento) por no entrega de turno y Paciente equivocado (se realiza prueba de apoyo diagnóstico a otro paciente, no verifican nombre).

Entre las atenciones inseguras con fallos de comunicación escrita la más frecuentes con el 3,1% (5 casos) se encuentra la información en el documento confusa o ambigua: antecedentes alérgicos, error en diagnóstico, omite registro de medicamentos, con un 1,8% (3 casos) le siguen resultados de laboratorio, por registro equivocado de estos resultados o resultado diferente de prueba realizada en misma fecha y hora. Con un (1) caso aparecen identificación de paciente por proceso equivocado, se marca manilla con nombre de otro paciente, servicio equivocado por que no se aclaró diagnóstico en remisión (paciente psiquiátrico servicio del que no dispone el hospital), realización de prueba de apoyo diagnóstico a paciente equivocado por no leer y verificar nombre del paciente, registro en documento de paciente equivocado y documento que falta o no disponible (no registro de orden médica).

Del total de los fallos de atención en salud con fallos de comunicación el 90% (139 casos) corresponden a la fuga de paciente, que según el paquete instruccional del Ministerio de Salud, los cataloga como “Relacionado con el comportamiento o las creencias del paciente”. En ellos se infieren fallos en la comunicación, considerando que el médico y el personal de la salud debe garantizar una comunicación eficaz, con una información oportuna y veraz, verificando que el paciente comprenda la necesidad de completar su proceso de atención, e indagando por sus creencias y causas de insatisfacción para lograr la adherencia del paciente al tratamiento y resolviendo sus inquietudes; por otro

lado, el paciente no manifiesta su causa de insatisfacción en la mayoría de los casos, y al egresar como fuga sale sin ningún tipo de recomendaciones verbales ni escritas que lo orienten en sus necesidades de salud, exponiéndose a daños o lesiones como consecuencia de un proceso de atención incompleto. En este tipo de casos, se evidencian fallos en la comunicación verbal, como se indicó, y escritos al no cumplir protocolos de realizar, solicitar y verificar boletas de salida con identificación del paciente. Además, de aquellos que comprometen a la organización para generar acciones tendientes a intervenir estos eventos que se dieron en forma transversal en todo el periodo investigado.

El segundo caso más frecuente también con fallos organizacionales en la comunicación verbales y escritos, se encuentran con 3,6% (6 casos), son errores relacionados con el suministro de medicamentos, al no cumplir con el Protocolo de los cinco correctos. Etiquetado Instrucción incorrecta / Paciente equivocado / Cantidad incorrecta / Etiquetado, Instrucción incorrecta / Dosis frecuencia incorrecta (2 casos). Y en el grupo de fallos organizacionales de la comunicación aparece con un (1) 0,6% relacionado con la sangre y sus derivados. Cantidad incorrecta: al no verificar indicaciones escritas.

Tabla 5. Factores organizacionales relacionados con los procesos de la comunicación que influyen en la cultura de la seguridad en el proceso de atención.

Planeación estratégica	Resultados			
	Si		No	
Conoce usted la política de seguridad del paciente	23	88%	3	12%
Ha participado en análisis de casos de eventos adversos	19	73%	7	27%
Participa en la socialización de protocolos y guías de manejo que programa el Hospital	22	85%	4	15%
Conoce los indicadores de ocurrencia de eventos	16	62%	10	38%
Tiene conocimiento usted de la ocurrencia de los siguientes incidentes y/o eventos en el Hospital (SI / NO)	Resultados			
	Si		No	
Fuga de pacientes (SI / NO)	13	93%	1	7%
Reingresos (SI / NO)	12	86%	2	14%
No entrega de documentos, entrega de información insuficiente o equivocada al paciente(SI / NO)	12	86%	2	14%

Fuente: cuestionarios aplicado a personal cualificado.

Se observa que del total del personal a quienes se aplicó el cuestionario el 88% (26 trabajadores cualificados), manifiestan conocer la política de seguridad del paciente, el 73% (19 trabajadores cualificados) manifiesta haber participado en análisis de casos con fallos de atención, el 85% dice haber participado en las socializaciones de protocolos y guías de manejo que programa el hospital, el 62% conoce los indicadores de ocurrencia de eventos adversos. El 93% manifiesta conocer las fugas de pacientes en el Hospital, el 86% los

reingresos y la no entrega de documentos, entrega de información insuficiente o equivocada al paciente.

Tabla 6. Categorización de la calificación del cuestionario aplicado a personal cualificado

Satisfactorio	Igual o mayor a 4
Aceptable	Igual a 3 y menor a 4
No satisfactorio	Menor que 3

Nota: cuestionario aplicado a 26 trabajadores cualificados.

Tabla 7. Factores que influyen en la ocurrencia de fallos en la atención en salud.

Factores que influyen en la ocurrencia de atenciones inseguras. 1: completamente insatisfactoria. / 5: completamente satisfactoria.	Calificación
Factores organizacionales: por no estandarización de procesos, falta de recursos, control y seguimiento a procesos	2,2
La comunicación en la relación médico paciente: factores relaciones directamente en la comunicación del médico y el paciente.	2,7
Factores del sistema: congestión en urgencias por no atenciones ambulatorias oportunas, inmigrantes (aumento de población extranjera), no disponibilidad de recursos por no pago a EPS y trabajadores de la salud.	2,0

Fuente: cuestionarios aplicado a personal cualificado.

Los 26 encuestados califican como no satisfactorios los factores indagados al relacionarlos con la ocurrencia de fallos en la atención en salud, por debajo de 3 sobre 5: los del sistema 2,0, los organizacionales con un 2,2 y los de la comunicación médico paciente 2,7.

Tabla 8. Características de la comunicación en la relación médico paciente

Características de la comunicación en la relación médico – paciente 1: completamente insatisfactoria. / 5: completamente satisfactoria.	Calificación
Tiempo (dedica el médico el tiempo suficiente para entregar la información necesaria al paciente (diagnóstico, tratamiento, recomendaciones)	2,6
Considera usted que el paciente suministra la información suficiente y oportunidad para garantizar una buena atención	3,0
Advierte riesgos (el clínico siempre advierte los riesgos a los que está expuesto, el paciente, en el proceso de atención, a medicamentos, procedimientos, trámites).	3,1
Se verifica que el paciente entienda las recomendaciones médicas	2,8
Siempre se tienen en cuenta las opiniones del paciente	2,9
Promedio calificación	2,9

Fuente: cuestionarios aplicado a personal cualificado.

Los resultados de la percepción de la población cualificada en cuanto a las características de la comunicación que podrían dar origen a la ocurrencia de fallos en la atención en salud, son los siguientes:

En forma general la consideran no satisfactoria 2,9 sobre 5.

En la evaluación de cada ítem se encuentra:

La de más baja calificación con 2,6 fue el factor “Tiempo” con un 2,6 (dedica el médico el tiempo suficiente para entregar la información necesaria al paciente (diagnóstico, tratamiento, recomendaciones). Con un 2,8 se encuentra si “Se verifica que el paciente

entienda las recomendaciones médicas”. Con 2,9 califican “Siempre se tienen en cuenta las opiniones del paciente”. Considerando estos elementos como no satisfactorios.

Como aceptables consideran con un 3,0 “Considera usted que el paciente suministra la información suficiente y oportuna para garantizar una buena atención”. La mejor calificada con 3,1 “Advierte riesgos (el clínico siempre advierte los riesgos a los que está expuesto, el paciente, en el proceso de atención, a medicamentos, procedimientos, tramites)”.

Solo dos (2) de los encuestados, obtuvo una nota superior a 4 en calificación del total. Ocho (8) reportaron una nota aceptable se encontraron entre 3 y 3,6. Catorce (14), obtuvieron calificaciones por debajo de 2. Ver anexo 2.

Estos fallos tienen alcance y comprometen a la organización, por la necesidad de verificar cumplimientos de protocolos, evaluar e intensificar acciones para garantizar su adherencia por parte del equipo de la atención al paciente. Además, de identificar aquellos que se originan de forma específica en fallos de la comunicación verbal y escrita, que en este trabajo de investigación superan la mitad del total de casos analizados.

8. DISCUSIÓN

De los 324 fallos en la atención en salud, a 163 se encontraron con fallos en la comunicación para un 50,3%, de los cuales el 2% (4 casos) se evidenciaron fallos verbales de la comunicación, el 8% (13 Casos), con fallos en la comunicación escritos, y el 90% (146 casos) con fallos en la comunicación organizacional, correspondientes a protocolos que siempre deben cumplirse por el personal que participa en el proceso de atención: médicos, profesionales de apoyo, vigilantes, y que comprenden verificaciones verbales y escritas. Resultados que contrastan con los enunciados de la guía del Ministerio de Salud para gestionar y desarrollar la adecuada comunicación entre las personas que atienden y cuidan a los pacientes.

Con relación al tipo de fallos de la comunicación verbal, se encuentran: la falta de cooperación del paciente con 1,2% (2 casos), por no informar sus condiciones de salud en forma completa y oportuna, estos fueron los únicos casos atribuibles exclusivamente al paciente, un (1) caso el 0,6% no se realiza cuando está indicado (aplicación de medicamento) por no entrega de turno y un caso (0,6%) Paciente equivocado (se realiza prueba de apoyo diagnóstico a otro paciente, no verifican nombre). Comparando este resultado con lo referido por (Moore, Gómez, & et, 2010), que: “estimo que un médico realiza entre 86.000 y 120.000 entrevistas durante su carrera profesional, asumiendo que atiende entre 3 y 4 pacientes por hora en una jornada de 22 hrs a lo largo 30 años. Sólo por este número de entrevistas resulta valioso prestar atención a lo que se puede hacer para que dichas interacciones sean más satisfactorias”. La idea de un proceso comunicativo es transmitir una idea o un mensaje, tratando de que el interlocutor entienda con mayor

facilidad posible el mensaje que se quiere dar. Por lo tanto, el mensaje que llegue al paciente, y aquella que se da entre el equipo de trabajo que lo atiende, depende de lo efectiva que sea la comunicación entre ellos, y lograr el objetivo propuesto por el médico; que no es otra cosa que se cumplan sus indicaciones y recomendaciones.

Entre las atenciones con fallos de comunicación escrita con el 3,1% (5 casos) se encuentra la información en el documento confusa o ambigua de antecedentes alérgicos, error en diagnóstico, omite registro de medicamentos; con un 1,8% (3 casos) le siguen resultados de laboratorio, por registro equivocado de estos resultados o resultado diferente de prueba realizada en misma fecha y hora, un (1) caso de identificación de paciente equivocado, se marca manilla con nombre de otro paciente, servicio equivocado por que no se aclaró diagnóstico en remisión (paciente psiquiátrico servicio del que no dispone el hospital), realización de prueba de apoyo diagnóstico a paciente equivocado por no leer y verificar nombre del paciente, registro en documento de paciente equivocado y documento que falta o no disponible (no registro de orden médica). En estos se evidencian fallos en el diligenciamiento de la historia clínica y sus anexos, que son los soportes escritos vitales para la atención del paciente, que son de obligatorio registro, con exigencias expresas en cuanto a que se deben registrar en forma integral, completa, clara, legible, consignado fecha y hora en que se realiza. (Ministerio de Salud y protección social, 1999).

Del total de los fallos de atención en salud con fallos de comunicación el 90% (139 casos) corresponden a la fuga de paciente, que según el paquete instruccional del Ministerio de Salud, los cataloga como “Relacionado con el comportamiento o las creencias del paciente”. En ellos se infieren fallos en la comunicación, considerando que el

médico y el personal de la salud debe garantizar una comunicación eficaz, con una información oportuna y veraz, verificando que el paciente comprenda la necesidad de completar su proceso de atención, e indagando por sus creencias y causas de insatisfacción para lograr la adherencia del paciente al tratamiento y resolviendo sus inquietudes; por otro lado, el paciente no manifiesta su causa de insatisfacción en la mayoría de los casos, y al egresar como fuga sale sin ningún tipo de recomendaciones verbales ni escritas que lo orienten en sus necesidades de salud. En este tipo de casos, se evidencian fallos en la comunicación verbal, como se indicó, y escritos al no cumplir protocolos de realizar, solicitar y verificar boletas de salida con identificación del paciente. Además, de aquellos que comprometen a la organización para generar acciones tendientes a intervenir estos eventos que se dieron en forma transversal en todo el periodo investigado.

El segundo caso más frecuente también con fallos organizacionales en la comunicación verbales y escritos, se encuentran con 3,6% (6 casos), son errores relacionados con el suministro de medicamentos, al no cumplir con el Protocolo de los cinco correctos. Etiquetado Instrucción incorrecta / Paciente equivocado / Cantidad incorrecta / Etiquetado, Instrucción incorrecta / Dosis frecuencia incorrecta (2 casos). Y en el grupo de fallos organizacionales de la comunicación aparece con un (1) 0,6% relacionado con la sangre y sus derivados. Cantidad incorrecta: al no verificar indicaciones escritas. Identificando en estudio que a las autoridades médicas y administrativas de la institución, deben poseer un buen sistema de notificación interna en los hospitales y centros de salud que asegura que todas las partes responsables sean conscientes de los peligros mayores, como es la notificación a través de formularios simples desarrollados a tal propósito. Igualmente se pueden utilizarse mecanismos más informales como la

comunicación franca y frecuente con el personal médico y de enfermería clave en la búsqueda de estos eventos (Vítolo, s.f.).

Se observa que del total del personal a quienes se aplicó el cuestionario el 88% (26 trabajadores cualificados), manifiestan conocer la política de seguridad del paciente, el 73% (19 trabajadores cualificados) manifiesta haber participado en análisis de casos con fallos de atención, el 85% dice haber participado en las socializaciones de protocolos y guías de manejo que programa el hospital, el 62% conoce los indicadores de ocurrencia de eventos adversos. El 93% manifiesta conocer las fugas de pacientes en el Hospital, el 86% los reingresos y la no entrega de documentos, entrega de información insuficiente o equivocada al paciente. En el estudio de (Mojica, 2013), en la política institucional de Seguridad del paciente deberá estar coordinada con las líneas estratégicas en Seguridad del Paciente de la Política Nacional de Prestación de Servicios, uno de LOS ELEMENTOS ESTRATÉGICOS PARA LA MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE una de las ESTRATEGIA 1: es la identificación del paciente, mediante la actualización y socialización del protocolo de identificación de paciente, corroborar todos los datos del paciente con verbalmente en los registros de historia clínica con el formato de identificación del programa; así mismo, la ESTRATEGIA 2: sobre Comunicación efectiva para minimizar riesgos y garantizar la mayor seguridad para el paciente, documentos que garanticen entrega de turno completa, concreta y clara de todos los pacientes, sistemas redundantes de comunicación (verificación cruzada, listas de chequeo), mejorar la comunicación entre las personas del equipo de salud (talleres de comunicación efectiva) entre otros.

Al identificar los factores organizacionales que influyen en la ocurrencia de fallos en la atención en salud, se evidencia que la institución cuenta con la política de seguridad del paciente, comité de seguridad del paciente, creados mediante resolución y según lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social. Igualmente, se evidencia un protocolo sobre el proceso de gestión en calidad, que tiene consignado el programa de seguridad del paciente con el procedimiento para el reporte y análisis de fallos de la atención en salud, así como planes de capacitaciones (guías, protocolos, procesos, destrezas y habilidades comunicativas) y planes de comunicaciones o sistema de divulgación de la información (interno y externo en temas de seguridad del paciente). Consolidando así, un sistema de información y de comunicación organizacional que busca promover empleados y usuarios informados, que puedan ser escuchados y valorados al poder brindar sus opiniones y sugerencias, convirtiéndose así en una acción clave para retener a los mejores talentos de cada organización y optimizar la productividad y evitar así fallas en la comunicación y en la atención de los pacientes.

Los 26 encuestados califican como no satisfactorios los factores indagados al relacionarlos con la ocurrencia de fallos en la atención en salud, por debajo de 3 sobre 5: los del sistema 2,0, los organizacionales con un 2,2 y los de la comunicación médico paciente 2,7. Según (Pelayo & Cabrera, s.f.): “Sabemos que no solo hablando se entiende a la gente, sino que refiere que la comunicación es mucho más amplia e implica comunicación lingüística. El ser humano ha desarrollado a lo largo de su existencia numerosos sistemas de comunicación que le permiten operar en distintas circunstancias, bien haciendo uso de sus facultades naturales, o aplicando tecnologías que actúen como

extensión de éstas. La escritura, el teléfono, internet, son algunos dispositivos que han permitido superar la distancia espacial o temporal entre individuos. La capacidad natural del hombre para comunicarse supone la elaboración del lenguaje”.

Los resultados de la percepción de la población cualificada en cuanto a las características de la comunicación que podrían dar origen a la ocurrencia de fallos en la atención en salud, son los siguientes: En forma general la consideran no satisfactoria 2,9 sobre 5. Es de ahí la importancia de una buena comunicación, el cual es un acto esencial del ser humano. En la evaluación de cada ítem se encuentra: La de más baja calificación con 2,6 fue el factor “Tiempo” con un 2,6 (dedica el médico el tiempo suficiente para entregar la información necesaria al paciente (diagnóstico, tratamiento, recomendaciones). Con un 2,8 se encuentra si “Se verifica que el paciente entienda las recomendaciones médicas”. Con 2,9 califican “Siempre se tienen en cuenta las opiniones del paciente”. Considerando estos elementos como no satisfactorios. Como aceptables consideran con un 3,0 “Considera usted que el paciente suministra la información suficiente y oportuna para garantizar una buena atención”. La mejor calificada con 3,1 “Advierte riesgos (el clínico siempre advierte los riesgos a los que está expuesto, el paciente, en el proceso de atención, a medicamentos, procedimientos, tramites)”. Solo dos (2) de los encuestados, obtuvo una nota superior a 4 en calificación del total. Ocho (8) reportaron una nota aceptable se encontraron entre 3 y 3,6. Catorce (14), obtuvieron calificaciones por debajo de 2. Ver anexo 2. (Levinson, 2013) Explica que la comunicación efectiva es un tema crítico para la satisfacción del paciente y como prevención de malas prácticas.

Por último, los fallos de la comunicación en la atención en salud, tienen alcance y comprometen a la organización, por la necesidad de verificar cumplimientos de protocolos, evaluar e intensificar acciones para garantizar su adherencia por parte del equipo de la atención al paciente. Se resalta lo expresado con relación a la comunicación verbal entre el paciente y el médico; y así, como lo afirma (Ramírez, Ocampo, & et, 2011), la comunicación efectiva y clara facilita la atención en salud de alta calidad, a la vez sirve de garante para la seguridad del paciente. En este estudio ven la historia clínica como el fundamento para esta comunicación. Resaltando, también, la importancia de la comunicación escrita en el proceso de atención a los pacientes.

Por lo anterior se afianza así la teoría de la comunicación expresada por la guía “Gestionar y desarrollar la adecuada comunicación entre las personas que atienden y cuidan a los pacientes” del Ministerio de Salud, donde afirma que el hombre es un ser social que se comunica, se relaciona y que por su necesidad de interactuar con su entorno, transmite informaciones con la intencionalidad de crear unos efectos en el objeto de recepción de esa información (Ministerio de Salud, 2008).

9. CONCLUSIÓN Y RECOMENDACIONES

Los datos reportados en esta investigación permiten concluir que la disciplina comunicacional es vital para garantizar una atención segura en salud. El 50% de las atenciones en salud inseguras tienen fallos en la comunicación, que incluyen las de tipo verbal, escrita y organizacional (que incluye falla verbal y escrita). Información validada por la percepción que tiene la población cualificada que participa en el proceso de atención, calificándola como no satisfactoria.

Se identificaron las características de la comunicación en la relación médico – paciente, sobre las cuales se debe facilitar la adquisición de habilidades para la comunicación efectiva, que permitan corroborar que el paciente ha comprendido su diagnóstico y conoce los riesgos que enfrenta con su condición médica, escuchar al paciente sus creencias, no conformidades y opiniones. Además, de generar organizacionalmente las condiciones para que se dedique el tiempo adecuado para una buena comunicación con el paciente, y por consiguiente un proceso de atención seguro.

Es así, como la teoría matemática de la comunicación está relacionada con las leyes matemáticas que maneja la transmisión y el procesamiento de la información, específicamente la teoría de la información que se ocupa de la medición de la información y de la representación de la misma (como, por ejemplo, su codificación) y de la capacidad de los sistemas de comunicación para transmitir y procesar información.

En contraste con la significación en la teoría de la información es que la cantidad de información contenida en un mensaje es un valor matemático bien definido y medible. La expresión cantidad no se representa a la cuantía de datos, sino a la probabilidad de que un mensaje, dentro de un conjunto de mensajes posibles, sea recibido. En lo que se refiere a la cantidad de información, el valor más alto se le asigna al mensaje que menos probabilidades tiene de ser recibido. Por ende la comunicación en el ámbito asistencial, como sus implicancias en las relaciones entre el personal asistencial, los profesionales de la salud y el paciente, exige establecer mecanismos que garanticen un correcto proceso comunicativo que permitan la comprensión de la información de forma homogénea para todos los involucrados.

Por último, la información generada en este trabajo, es de especial interés al sistema de salud y a las organizaciones que administran y prestan los servicios de salud identificando las causas de los fallos de la atención en salud para hacer efectiva la Política Nacional de Prestación de Servicios, teniendo en cuenta que uno de LOS ELEMENTOS ESTRATÉGICOS PARA LA MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE es la COMUNICACIÓN EFECTIVA PARA MINIMIZAR RIESGOS Y GARANTIZAR LA MAYOR SEGURIDAD PARA EL PACIENTE.

Además, los resultados generados promueven nuevos escenarios de investigación no solo para la comunicación social, sino a otras disciplinas, por el contexto político, social, económico, tecnológico, que enmarca el entorno de la atención en salud. Y aporta elementos a intervenir para evitar fallos en la comunicación, y trascender de los escenarios

convencionales en la búsqueda de nuevos canales de comunicación que permitan facilitar información oportuna, veraz y confiable relacionados con telemedicina, redes sociales, entre otros.

10. Bibliografía

Organizacion mundial de la salud . (29 de 12 de 2017). *Salud y Derechos Humanos*. Recuperado el 10 de 06 de 2018, de Organizacion mundial de la salud: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>

Red Cultural del Banco de la republica de colombia. (s.f.). *Teoría de la Comunicación y algunas corrientes*. Obtenido de Teoría de la Comunicación y algunas corrientes: http://enciclopedia.banrepcultural.org/index.php?title=Teor%C3%ADa_de_la_Comunicaci%C3%B3n_y_algunas_corrientes

Republica de Colombia. (20 de Julio de 1991). *Constitucion politica de 1991*. Bogota, Colombia: Republica de Colombia. Obtenido de http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/constitucion_politica_1991.html

República de Colombia. (21 de Diciembre de 2001). *LEY 715 DE 2001*. Obtenido de Normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan o: http://www.minhacienda.gov.co/HomeMinhacienda/ShowProperty;jsessionid=qqF1xvgCLLqqkNg4IGZ8w10wPRjrgjtLRcuB0v-P9vvdXWQ3vPmX!-1088947312?nodeId=%2FOCS%2FMIG_5817363.PDF%2F%2FidcPrimaryFile&revision=latestreleased

Aibar Remón, C. (s.f). *Curso virtual de introducción a la Investigación en Seguridad del Paciente*. Obtenido de Organizacion Mundial de la salud: <http://www.who.int/patientsafety/research/Sesion1.pdf>

Alcaldia Santiago de Cali. (04 de 07 de 2016). *Alcaldia Santiago de Cali*. Obtenido de Generalidades del Sistema General de Seguridad Social en Salud:

http://www.cali.gov.co/salud/publicaciones/112467/generalidades_del_sistema_general_de_seguridad_social_en_salud/

Alcántara Moreno, G. (Junio de 2008). La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad. *Sapiens Revista Universitaria de Investigación*, 9(1), 93-107. Obtenido de <http://www.redalyc.org/pdf/410/41011135004.pdf>

Antúnez, A., & Torres, A. (2014). La relación médico-paciente: complejidad de un vínculo indispensable. *MEDICIEGO.*, 20(1), 1-10.

Aranaz, J., Mira, J., Guilabert, M., & et, a. (2013). Repercusión de los eventos adversos en los profesionales sanitarios. Estudio sobre la segunda víctimas. *Dialnet*, 24(1), 54-60.

Arnaz, J., Aibar, C., Galan, A., Limon, R., & et, a. (30 de 03 de 2006). La asistencia sanitaria como factor de riesgo: los efectos adversos ligados a la práctica clínica. *Gaceta Sanitaria*, 20(Supl1), 41-7.

Baecker, D. (2017). Teorías sistémicas de la comunicación. *MAD*, 37, 1-20. Obtenido de <http://www.redalyc.org/html/3112/311252754001/>

Barranquilla., E. H. (27 de Febrero de 1998). *Decreto ordenanza 00229. Empresa Social del Estado*. Obtenido de <http://www.eseninojesusbarranquilla.gov.co/la-entidad/quienes-somos/>

Bascuñán, M., & Arriagada, A. (2016). Comunicación de errores médicos a pacientes y familiares: interrogantes y herramientas. *Rev. méd. Chile*, 144(9), 1185-1190.

Chadi, M. (2009). Redes sociales en el trabajo social. *I*(11), 161.

Cisneros, J. (20 de 03 de 2002). El concepto de la comunicación: El cristal con que se mira. *Ambitos*, 2(7-8), 49-82.

Coombs, R., & et, a. (1995). *Review of the scientific literature on the prevalence, consequences, and health costs of noncompliance & inappropriate use of prescription medication in Canada* (Vol. IV). (R. B. Coombs, Ed.) Ottawa: Association of Canada.

DERECHO A LA SALUD DEL NIÑO-Tratamiento médico, T-21469 (Corte Constitucional Colombia. 15 de 12 de 1993). Obtenido de Sentencia No. T-597/93. Derecho a la Salud-Protección. La Constitución Política no reconoce directamente el derecho a la salud - bien natural que escapa a las posibilidades de un estado - sino el derecho a la tutela de la salud, esto es a su proteccion.

DERECHO A LA SALUD, accion de tutela, T-1405186 (Corte Constitucional republica de colombia 22 de 01 de 2007). Obtenido de Derecho a la salud-Doble connotación. Derecho a la salud-Elementos que lo garantiza.

Espinosa, A. (2011). *La Clínica y la Medicina Interna: pasado, presente y futuro*. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas.

Esquerda, M., Yuguero, O., & et, a. (Enero de 2016). La empatía médica, ¿nace o se hace? Evolución de la empatía en estudiantes de medicina. *Atención Primaria.*, 48(1), 8-14.

Franco, A. (2010). I Simposio Internacional de Seguridad del Paciente. (págs. 1-12). Santiago de Cali.: Centro Médico Imbanaco.

Galindo, J. (3 de Junio de 2013). *Dialogos sobre lenguaje y comunicacion*. Recuperado el 11 de Agosto de 2018, de La comunicación como base para la interacción social. Aportaciones de la comunicología al estudio de la ciudad, la identidad y la inmigración: <https://fragmentosdedialogos.wordpress.com/tag/jesus-galindo/>

- Gómez, M., Sosa, C., & et, a. (2008). *Monografias.com*. Obtenido de La comunicación humana en la relación médico paciente.: <http://www.monografias.com/trabajos15/medico-paciente/medico-paciente.shtml#REFEREN>
- Günther, H., & Omeñaca, &. (2004). Larousse Gran Diccionario Español-Francés/Francés-Español. 1516. Barcelona, España: Ed. Barcelona.
- Hafferty, F. F. (Noviembre de 1994). The hidden curriculum, ethics teaching and the structure of medical education. *Acad Med*, 69(11), 869-871.
- Haynes, R. A. (16 de 04 de 2008). Interventions for enhancing medication adherence. *Cochrane Database Syst Rev*, 2(11).
- Hernandez, R., Fernandez, C., & Baptista, P. (2014). Procesos de la investigación mixta. En R. Hernandez, C. Fernandez, & P. Baptista, *Metodología de la investigación* (sexta ed., pág. 536). Mexico, Mexico: Mc Graw Hill.
- Jha, A., Larizgoitia, I., Audera, C., & al., e. (30 de 08 de 2013). The global burden of unsafe medical care: analytic modelling of observational studies. *BMJ Qual Saf*, 22(10), 798-801.
- Jorm, C. (2012). Reconstructing Medical Practice: Engagement, Professionalism and Critical. En C. Jorm, *Reconstructing Medical Practice* (págs. 137-138). new york: Routledge.
- Kaplun, M. (2002). *“Una pedagogía de la comunicación”*. (Vol. 1). La Habana: Caminos.
- Kurtz, S., Silverman, J., & et, a. (2005). *Teaching and learning Communication Skills in Medicine*. (Vol. 8). Abingdon: Radcliffe Medical Press.
- Laswell, W. (1948). *Modelo de laswell Wiki*. Obtenido de Estructura y Función de la Comunicación de Masas: [http://es.modelo-de-laswell.wikia.com/wiki/Estructura_y_Funci%C3%B3n_de_la_Comunicaci%C3%B3n_de_Masas_\(Laswell\)](http://es.modelo-de-laswell.wikia.com/wiki/Estructura_y_Funci%C3%B3n_de_la_Comunicaci%C3%B3n_de_Masas_(Laswell))

- Levinson, e. a. (2013). *A systematic review of surgeon-patient communication: strenghts and opportunities for improvement*. Obtenido de [http://www.pec-journal.com/article/S0738-3991\(13\)00224-3](http://www.pec-journal.com/article/S0738-3991(13)00224-3)
- Lucas, M. (2014). *La importancia de la comunicación entre profesionales sanitarios y sus pacientes. Dimensiones psicológicas y su incidencia en la calidad asistencial*. Universidad de Extremadura, Psicología y atropologia. Badajoz: Gial. Obtenido de La importancia de la comunicación entre profesionales sanitarios y sus pacientes. Dimensiones psicológicas y su incidencia en la calidad asistencial.: http://dehesa.unex.es/bitstream/handle/10662/1686/TDUEX_2014_Lucas_Milan.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Mendez, J., Francisco, R., Artero, R., & et, a. (Junio de 2006). *Criterios que determinan el establecimiento de la agenda de las secciones metro de el diario de hoy y gran San Salvador de la prensa grafica*. tesis, Universidad del salvador, Facultad de Ciencias y Humanidades, Licenciatura en Periodismo, San Salvador. Obtenido de <http://ri.ues.edu.sv/11379/>
- Ministerio de Educacion nacional. (18 de Febrero de 1981). *LEY 23 DE 1961*. Obtenido de Normas en Materia de Ética Médica: https://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-103905_archivo_pdf.pdf
- Ministerio de la Protección Social. (1 de julio de 2010). *Decreto 2376 de 2010*. Obtenido de "Por medio del cual se regula la relación docencia - servicio para los programas de formación de talento humano del área de la salud".: https://www.redjurista.com/Documents/decreto_2376_de_2010_ministerio_de_la_proteccion_social.aspx#/

Ministerio de la Protección Social. (8 de Mayo de 2006). *Resolución 1448 de 2006*. . Obtenido de

Por la cual se definen las Condiciones de Habilitación para las instituciones que prestan servicios de salud bajo la modalidad de Telemedicina.:

<https://www.fucsalud.edu.co/sites/default/files/2017-01/Res1448.pdf>

Ministerio de Salud. (2008). *Gestionar Y Desarrolla La Adecuada Comunicación Entre Las*

Personas Que Atienden Y Cuidan A Los Pacientes. Obtenido de Guía Técnica de las

“Buenas Prácticas Para La Seguridad Del Paciente En La Atención En Salud”:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia-estrategia-de-comunicacion.pdf>

Ministerio de Salud. (19 de Enero de 2011). *Ley 1438 de 2011*. Obtenido de POR MEDIO DE LA

CUAL SE REFORMA EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES:

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%201438%20DE%202011.pdf

Ministerio de Salud de Argentina. (Septiembre de 2015). *Serie Comunicación y Salud desde una*

perspectiva de derechos. Obtenido de Guía de comunicación para equipos de salud:

<http://www.msal.gob.ar/plan-reduccion-mortalidad/descargas/guia-comunicacion.pdf>

Ministerio de Salud y protección social . (2008). *Evaluación de la frecuencia de eventos adversos y*

monitoreo de aspectos claves relacionados con la seguridad del paciente. Obtenido de

Paquetes instruccionales Guía técnica “Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud”:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Evaluar-frecuencia-eventos-adversos.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (4 de Octubre de 1993). *Resolucion8430 de 1993*.

Obtenido de Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para

la:

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

Ministerio de Salud y protección social. (8 de Julio de 1999). *Resolución 1995 de 1999*. Obtenido de Artículo 5, Normas en materia de ética médica.:

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCION%201995%20DE%201999.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (3 de Abril de 2006). *Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad*. Obtenido de Decreto 1011 de 2006:

<https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/Sistema-Obligatorio-Garant%C3%ADa-Calidad-SOGC.aspx>.

Ministerio de salud y Protección social. (9 de Enero de 2007). *Ley 1122 de 2007. Modificaciones en el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones*, 1-18.

Bogotá, Colombia: CONGRESO DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1122-de-2007.pdf>

Ministerio de salud y protección Social. (19 de Enero de 2011). *Ley 1438 de 2011. Reforma al sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones*, 1-51. Bogotá, Colombia: Congreso de la Republica . Obtenido de

http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1438_2011.html

Ministerio de Salud y protección Social. (16 de 02 de 2015). *Ministerio de Salud y protección Social*. Recuperado el 10 de 06 de 2018, de sanción de Ley Estatutaria, la salud se consolida como derecho fundamental en Colombia.: www.minsalud.gov.co/Paginas/Consancion-de-Ley-Estatutaria,-la-salud-se-consolida-com

Ministerio de Salud y Protección Social. (3 de Abril de 2016). *Decreto 1011 de 2016*. Obtenido de
Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de:
https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO%201011%20DE%202006.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (Enero de 2016). *POLÍTICA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD*. Obtenido de “Un sistema de salud al servicio de la gente”:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (6 de mayo de 2016). *Decreto 780 de 2016*. Obtenido de
Decreto compilatorio de normas reglamentarias pre existentes.:
https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Decreto%200780%20de%202016.pdf

Ministerio de Salud. (s.f.). *Garantizar la funcionabilidad de los procedimientos de consentimiento informado*. Obtenido de PAQUETES INSTRUCCIONALES. GUÍA TÉCNICA “BUENAS PRÁCTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN SALUD”:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/1/Garantizar%20la%20funcionalidad%20de%20los%20procedimientos%20de%20consentimiento%20in>

Ministerio de Sanidad y Política social . (2009). *Estudio IBEAS Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica*. Informes, estudios e investigación., España.

Mojica, J. (Julio de 2013). *MANUAL DE BUENAS PRÁCTICAS PARA LA ATENCIÓN Y SEGURIDAD DEL PACIENTE*. Obtenido de Universidad Militar Nueva Granada, Bogotá, Colombia:
<https://repository.unimilitar.edu.co/bitstream/10654/12042/1/Manual%20de%20buenas%20practicass%20para%2>

- Moore P, G. G. (2010). La comunicación médico-paciente: ¿Cuáles son las habilidades efectivas?.
Rev Med Chile, 138, 1047-1054 .
- Moore, P., Gómez, G., & et, a. (12 de 08 de 2010). La comunicación médico-paciente: ¿Cuáles son las habilidades efectivas? *Rev Med Chile*(138), 1047-1054.
- Noble, S. (31 de Enero de 2007). *Intramed*. Obtenido de Manteniendo una buena relación médico-paciente.: <http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=43197&pagina=1>
- Ogle, J., Buschnell, J., & et, a. (10 de julio de 2013). Empathy is related to clinical competence in medical care. ., 47 (2013), pp. *Medical Education*, 47, 824-833.
- Olson, D. e. (Agosto de 2010). Obtenido de Communication discrepancies between Physicians and hospitalized Patients. Review, *Archives internal*.
- Organizacion Mundial de la Salud. (2008). *Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, La investigacion en la Seguridad del Paciente*. Ginebra Suiza: OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (2008). Carga mundial de discapacidad y daño producida por la. En O. M. salud, *La La Investigación en Seguridad del Paciente Mayor conocimiento para una atención más segura*. (págs. 1-12). Ginebra, suiza: Ediciones OMS. Obtenido de Disponible el 10/06/2018 en:
http://www.who.int/patientsafety/information_centre/documents/ps_research_brochure_es.pdf.
- Organizacion Mundial de la salud. (2011). *Organizacion Mundial de la salud*. Obtenido de Project to Develop the International Patient Safety Event con modificaciones UT Praxxis -UNAD:
https://www.who.int/patientsafety/education/curriculum/curriculum-guide_SP.pdf
- Pelayo, N., & Cabrera, A. (s.f.). *Lenguaje y Comunicacion*. Obtenido de Conceptos basicos, aspectos generales, características, estructuras, naturaleza y funciones del lenguaje y la

comunicacion.: <https://mariainescarvajal.files.wordpress.com/2011/03/cabrera-y-pelayo-lenguaje-y-comunicacion3b3n2.pdf>

Ramírez, J., Ocampo, R., & et, a. (24 de Agosto de 2011). La importancia de la comunicación efectiva como factor. *www.medigraphic.org.mx*, 9(3). Obtenido de La importancia de la comunicación efectiva como factor de calidad y seguridad en la atención médica.: <http://www.medigraphic.com/pdfs/actmed/am-2011/am113k.pdf>.

República de Colombia. (8 de Noviembre de 2006). *Ley 1098 de 2006*. Obtenido de Código de Infancia y Adolescencia.: https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/ley_1098_2006.htm

República de Colombia. (16 de Febrero de 2015). *Ley No. 1751 (2015)*. Obtenido de Por Medio de la cual se Regula el Derecho Fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf

Restrepo, J., Silva, C., Andrade, F., & et, a. (01 de 07 de 2014). Acceso a servicios de salud: análisis de barreras y estrategias en el caso de Medellín, Colombia. *Rev. Gerenc. Polít. Salud.*, 13(27), 242-265.

Rizo, M. (05 de 02 de 2011). *El interaccionismo simbólico y la Escuela de Palo Alto. Hacia un nuevo concepto de comunicación*. Obtenido de Portalcomunicacion.com: http://www.portalcomunicacion.com/lecciones_det.asp?id=17

Rodríguez, H. (30 de Junio de 2006). La relación médico-paciente. *Rev Cubana Salud Pública*, 32(4).

Rodríguez, M. (2008). *Relación Médico Paciente*. (primera ed., Vol. 1). (Y. Pacheco, Ed.) La Habana: Ciencias Medicas.

- Rubin, G., George, A., & et, a. (2003). Errors in general practice: development of an error classification and pilot study of a method for detecting errors. *Qual Sal Health Care*, 12(6), 443-447.
- Sánchez Rodríguez, A. (s.f). *Aproximaciones teóricas conceptuales en torno a la Comunicación Comunitaria y la Comunidad*. Obtenido de Monografias.com:
<https://www.monografias.com/trabajos107/aproximaciones-teoricas-conceptuales-torno-comunicacion-comunitaria-y-comunidad/aproximaciones-teoricas-conceptuales-torno-comunicacion-comunitaria-y-comunidad.shtml>
- Santos, D. (2012). *Fundamentos de la Comunicacion* (Primera ed.). Estado de Mexico, Mexico: RED TERCER MILENIO S.C.
- Shannon, & Weaver, &. (10 de 1948). A mathematical Theory at communication. *Bell System Technical Journal*, 27, 31-34.
- Vasquez, A. (2002). Relacion Medico paciente. 2(2), 1-13.
- Vítolo, F. (s.f). LA NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES, ERRORES Y EVENTOS ADVERSOS. *Noble S.A*, 1(11).
- Watzlawick, P., Beavin, J., & Jackson, D. (1991). *Teoria de la Comunicacion Humana*. Barcelona, España: Herder.
- Zayas, P. ((s.f)). *La Comunicacion Interpersonal*. Obtenido de Biblioteca UTC:
http://biblioteca.utec.edu.sv/siab/virtual/elibros_internet/55772.pdf

ANEXOS

Anexo 1

Consolidado aplicación cuestionario para conocer factores organizacionales que afectan la comunicación en la relación médico paciente

CARGO EN EL HOSPITAL	ENFERMERA	REPRESENTANTE USUARIOS	TECNICO RX	MEDICO INTERNO	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	AUXILIAR ENFERMERA	MEDICO GENERAL	ENFERMERA	ENFERMERA	TRABAJADORA SOCIAL	MEDICO AUDITOR	ENFERMERA SUPERVISOR VIGILANTES	MEDICO GENERAL	MEDICO	MEDICO	ENFERMERA	MEDICO	ENFERMERA	MEDICO GENERAL	TECNICO RX	MEDICO	ENFERMERA	TOTAL					
	Conoce usted la política de seguridad del paciente (SI / NO)	SI	NO	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	12	86%	NO	2
Ha participado en análisis de casos de eventos adversos (SI / NO)	SI	NO	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	NO	SI	SI	NO	NO	SI	SI	NO	SI	12	86%	NO	2	14%
Participa en la socialización de protocolos y guías de manejo que programa el Hospital (SI / NO)	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	NO	NO	SI	SI	SI	SI	13	93%	NO	1	7%	
Conoce los indicadores de ocurrencia de eventos adversos (SI / NO)	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	SI	NO	SI	13	93%	NO	1	7%	
Tiene conocimiento usted de la ocurrencia de los siguientes incidentes y/o eventos en el Hospital (SI / NO)																															
Fuga de pacientes (SI / NO)	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	13	93%	NO	1	7%	
Reingresos (SI / NO)	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	NO	SI	NO	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	12	86%	NO	1	7%	
No entrega de documentos, entrega de información insuficiente o equivocada al paciente (SI / NO)	NO	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	SI	SI	SI	SI	12	86%	NO	2	14%	
Para el caso de las fugas y los reingresos califique las siguientes preguntas de 1 a 5.	SATISFACTORIO		Igual o mayor a 4																												
1: si es completamente deficiente	ACEPTABLE		Igual a 3 y menor a 4																												
5: si es completamente satisfactorio	NO SATISFACTORIO		Menor que 3																												
Factores organizacionales	3	2	3	3	1	2	2	3	3	5	3	3	1	1	1	3	1	1	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	1	58	2,2
La comunicación en la relación médico paciente	3	2	2	3	2	3	2	2	2	3	3	2	3	3	1	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	4	69	2,7			
Factores del sistema	2	1	1	4	2	2	1	3	3	4	3	3	1	1	1	3	1	1	3	2	3	2	3	1	1	1	53	2,0			

Anexo 2

Consolidado aplicación cuestionario para conocer factores que afectan la comunicación en la relación médico paciente en la ocurrencia de fallos en la atención

CARGO EN EL HOSPITAL	ENFERMERA	REPRESENTANTE USUARIOS	TECNICO RX	MEDICO INTERNO	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	AUXILIAR ENFERMERA	MEDICO GENERAL	ENFERMERA	ENFERMERA	TRABAJADORA SOCIAL	MEDICO AUDITOR	ENFERMERA SUPERVISOR VIGILANTES	MEDICO GENERAL	MEDICO	MEDICO	ENFERMERA	MEDICO	ENFERMERA	MEDICO GENERAL	TECNICO RX	MEDICO	ENFERMERA	TOTAL (%)		
	Tiempo (dedica el médico el tiempo suficiente para entregar la información necesaria al paciente (diagnóstico, tratamiento, recomendaciones)	2	1	1	4	1	2	5	2	3	3	3	4	3	3	1	4	2	3	2	3	4	2	4	3	2	1
Considera usted que el paciente suministra la información suficiente y oportunidad para garantizar una buena atención	2	2	4	4	2	3	4	2	3	4	3	4	3	3	1	4	2	2	3	3	4	3	3	3	3	3	3,0
Advierte riesgos (el clínico siempre advierte los riesgos a los que está expuesto, el paciente, en el proceso de atención, a medicamentos, procedimientos, trámites).	3	2	2	3	3	2	5	3	3	3	3	4	4	3	1	4	3	3	3	3	4	3	3	4	4	3	3,1
Se verifica que el paciente entienda las recomendaciones médicas	2	1	1	3	3	2	5	2	2	4	3	4	5	1	1	5	3	2	4	4	4	2	3	3	2	2	2,8
Siempre se tienen en cuenta las opiniones del paciente	3	2	1	3	3	3	5	4	3	3	3	4	3	2	1	4	1	2	3	3	4	4	2	4	2	4	2,9
PROMEDIO CALIFICACIÓN	2,4	1,6	1,8	3,4	2,4	2,4	4,8	2,6	2,8	3,4	3	4	3,6	2,4	1	4,2	2,2	2,4	3	3,2	4	2,8	3	3,4	2,6	2,6	2,9
SATISFACTORIO		Igual o mayor a 4																									
ACEPTABLE		Igual a 3 y menor a 4																									
NO SATISFACTORIO		Menor que 3																									