LOS EVENTOS ADVERSOS Y SU INFLUENCIA EN LA PERCEPCIÓN DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UNA IPS DE SERVICIOS ONCOLÓGICOS DE LA CIUDAD DE SANTIAGO DE CALI

AUTORES

VANESSA MORENO MONTAÑO

JOHAN ALEXANDER MONTAÑO BECERRA

CORPORACIÓN UNIVERSITARIA IBEROAMERICANA

FACULTAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES

PROGRAMA ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA DE CALIDAD EN SALUD

JUNIO 2021

LOS EVENTOS ADVERSOS Y SU INFLUENCIA EN LA PERCEPCIÓN DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UNA IPS DE SERVICIOS ONCOLÓGICOS DE LA CIUDAD DE SANTIAGO DE CALI

AUTORES

VANESSA MORENO MONTAÑO

JOHAN ALEXANDER MONTAÑO BECERRA

DOCENTE ASESOR

MARY LUZ BARRERA ORDUZ

CORPORACIÓN UNIVERSITARIA IBEROAMERICANA

FACULTAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES

PROGRAMA ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA DE CALIDAD EN SALUD

JUNIO 2021

CONTENIDO

ÍNDICE DE TABLAS 2
ÍNDICE DE GRÁFICOS E ILUSTRACIONES 3
ÍNDICE DE ANEXOS 4
INTRODUCCIÓN 5
CAPITULO 1. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL PROYECTO 6
1.1 Problema de Investigación 6
1.2 Objetivos 8
1.2.1. Objetivo general 8
1.2.1.1 Objetivos específicos 8
1.3 Justificación 8
CAPÍTULO 2. MARCO DE REFERENCIA 15
2.1 Marco Teórico 15
2.2 Marco conceptual 17
CAPÍTULO 3. MARCO METODOLÓGICO 19
3.1 Tipo de estudio 19
3.2 Población 19
3.3 Procedimientos 20
3.4 Técnicas para la recolección de la información 21
3.5 Técnicas para el análisis de la información 22
3.6 Consideraciones Éticas 25
CAPÍTULO 4. ANÁLISIS DE RESULTADOS 25
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES 42
REFERENCIAS 49
ANEXOS 51

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla Nº 1. Cronograma de actividades…….……..20
Tabla Nº 2 – Dimensiones cultura de seguridad del paciente…….…..24
Tabla Nº 3 – Criterio resultado de dimensiones fortalezas/oportunidades……..24
Tabla Nº 4 – Cargo/perfil personal encuestado IPS servicios oncológicos……26
Tabla Nº 5 – Datos encuesta Preg. 2…….……...26
Tabla Nº 6 – Datos encuesta Preg. 3…….……...27
Tabla Nº 7 – Datos encuesta Preg. 4…….……..…….27
Tabla Nº 8 – Datos encuesta Preg. 5…….……...27
Tabla Nº 9 – Datos encuesta Preg. 6……...……27
Tabla Nº 10 – Datos encuesta Preg. 7……..28
Tabla Nº 11 – Datos encuesta Preg. 8……..28
Tabla Nº 12 – Datos encuesta Preg. 9……..……...28
Tabla Nº 13 – Datos encuesta Preg. 10…….……...29
Tabla Nº 14 – Datos encuesta Preg. 11…….……...29
Tabla Nº 15 – Datos encuesta Preg. 12……29
Tabla Nº 16 – Datos encuesta Preg. 13……30
Tabla Nº 17 – Datos encuesta Preg. 14……30
Tabla Nº 18 – Datos encuesta Preg. 15……...30
Tabla Nº 19 – Datos encuesta Preg. 16……31
Tabla Nº 20 – Datos encuesta Preg. 17……31
Tabla Nº 21 – Datos encuesta Preg. 18……31
Tabla Nº 22 – Datos encuesta Preg. 19……32
Tabla Nº 23 – Datos encuesta Preg. 20……32
Tabla Nº 24 – Datos encuesta Preg. 21……32
Tabla Nº 25 – Datos encuesta Preg. 22……33
Tabla Nº 26 – Datos encuesta Preg. 23……33
Tabla Nº 27 – Datos encuesta Preg. 24……33
Tabla Nº 28 – Datos encuesta Preg. 28……34
Tabla Nº 29 – Datos encuesta Preg. 29……34
Tabla Nº 30 – Resultados dimensiones cultura de seguridad del paciente……42
Tabla Nº 31 – Reporte de notificación EA año 2020……..43
Tabla Nº 32 – Asociación de EA reportados en el año 2020……43
Tabla Nº 33 – Relación servicio/área donde se reportaron EA en el año 2020…….45

ÍNDICE DE GRÁFICOS E ILUSTRACIONES

Ilustración 1. Ecuación de estadística para proporciones poblaciones……....20
Gráfico Nº 1 – Resultados encuesta Preg.2…….....…….…..26
Gráfico Nº 2 – Resultados encuesta Preg.3…….…….....27
Gráfico Nº 3 – Resultados encuesta Preg.4……..….27
Gráfico Nº 4 – Resultados encuesta Preg.5……...27
Gráfico Nº 5 – Resultados encuesta Preg.6…….…...……..27
Gráfico Nº 6 – Resultados encuesta Preg.7…….…….....28
Gráfico Nº 7 – Resultados encuesta Preg.8…….……...……..28
Gráfico Nº 8 – Resultados encuesta Preg.9…….……..28
Gráfico Nº 9 – Resultados encuesta Preg.10……...….29
Gráfico Nº 10 – Resultados encuesta Preg.11…….....29
Gráfico Nº 11 – Resultados encuesta Preg.12…….....29
Gráfico Nº 12 – Resultados encuesta Preg.13…….……..…...30
Gráfico Nº 13 – Resultados encuesta Preg.14…….....30
Gráfico Nº 14 – Resultados encuesta Preg.15…….…..……30
Gráfico Nº 15 – Resultados encuesta Preg.16…….…..……31
Gráfico Nº 16 – Resultados encuesta Preg.17…….……..……31
Gráfico Nº 17 – Resultados encuesta Preg.18…….……..31
Gráfico Nº 18 – Resultados encuesta Preg.19…….…….……32
Gráfico Nº 19 – Resultados encuesta Preg.20…….…….….32
Gráfico Nº 20 – Resultados encuesta Preg.21…….……...….32
Gráfico Nº 21 – Resultados encuesta Preg.22…….……...….….33
Gráfico Nº 22 – Resultados encuesta Preg.23…….…….….33
Gráfico Nº 23 – Resultados encuesta Preg.24…….…….….33
Gráfico Nº 24 – Resultados encuesta Preg.28…….…….….34
Gráfico Nº 25 – Resultados encuesta Preg.29…….……...….35
Gráfico Nº 26 – Nº reportes de eventos adversos por mes – año 2020……43
Gráfico Nº 27 – Asociación de EA reportados en el año 2020…….…….44
Gráfico Nº 28 – Relación servicio/área donde se reportaron EA en el año 2020…….…...45

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1 - Formato de instrumento de encuesta aplicada……51

INTRODUCCIÓN

La seguridad del paciente es un principio fundamental de la atención sanitaria y es un componente esencial de la calidad de la atención. La preocupación por la seguridad del paciente surge a partir de la documentación de la incidencia de eventos adversos que impactan negativamente en la calidad de la atención en salud, tal como se indicó en la 55ª Asamblea Mundial de la Salud en 2002, en donde se mostró el alto costo de estos eventos en términos materiales y de oportunidad para los servicios de salud, y más importante aún, como determinante en la vigilancia y mantenimiento del bienestar del paciente. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en los países en vía de desarrollo, el 77% de los eventos adversos corresponden a casos de medicamentos adulterados y de baja calidad, el mal estado de la infraestructura y de los equipos médicos, el escaso control de las infecciones y la falta de cultura hacia la seguridad del paciente, entre otros, conducen a una mayor probabilidad de ocurrencia de eventos adversos evitables.

El presente proyecto se basa en analizar la relación entre los eventos adversos y la percepción de la seguridad del paciente por parte del personal asistencial y administrativo de una IPS de Servicios Oncológicos, en consideración a que 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, buscando mitigar el impacto de la ocurrencia de los eventos adversos evitables, creando una cultura de seguridad del paciente que permita constituir acciones y prácticas seguras que lleven al mejoramiento continuo en la prestación de servicios de salud.

CAPITULO 1. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL PROYECTO

1.1 Problema de Investigación

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define "La seguridad del paciente es la ausencia de un daño innecesario real o potencial asociado a la atención sanitaria. Se define como el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden a minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de la salud o de mitigar sus consecuencias. La seguridad del paciente implica la evaluación permanente de los riesgos asociados a la atención en salud para diseñar e implantar las barreras de seguridad necesarias"

Actualmente la seguridad del paciente se está instalando como un imperativo social, científico, ético y legal en la atención médica de toda persona, que procura la prevención de los riesgos y evitar daños a quien se encuentra enfermo y bajo el cuidado de un profesional, de una institución o de un sistema de salud, ya sea en el momento de su internación o en su atención ambulatoria. (Revista de la Asociación Médica Argentina, 2018). [1]

Con frecuencia, se afirma que la seguridad del paciente es un componente esencial de la calidad de la atención. Efectuar la medición del riesgo que conllevan los cuidados hospitalarios es de suma importancia para el sistema de salud por el impacto que esto representa en diversas esferas de la vida, no solo desde el punto de vista sanitario sino también económico, jurídico, ético, social e incluso mediático. Esto implica llevar al campo de la salud pública el análisis de los riesgos y las probabilidades de que ocurran hechos relacionados con la salud o su pérdida, así como la aparición de discapacidades, la ocurrencia de accidentes y otro tipo de eventos inesperados (Boletín CONAMED – OPS, Diciembre, 2015). [2]

"En Latinoamérica, el estudio IBEAS demostró que 10 de cada 100 pacientes ingresados en un día determinado en los hospitales estudiados habían sufrido daño producido por los cuidados sanitarios, riesgo que era duplicado si considerábamos todo el tiempo en que el paciente estuvo hospitalizado. De modo que 20 de cada 100 pacientes ingresados presentaron al menos un tipo de evento a lo largo de su estancia en el hospital".[3]

El informe To err is human: Building a safer health system, publicado por el Instituto de Medicina (IOM) norteamericano, estimó que hasta 98,000 pacientes fallecían cada año en los hospitales de Estados Unidos debido a errores médicos prevenibles, que hasta un 17% de los ingresos hospitalarios eran por EA y que, de los pacientes dados de alta, hasta un 40% había presentado errores que finalmente no llegan al paciente, pero que lo podrían haber hecho.[4]

En la actualidad, la seguridad del paciente es uno de los aspectos más relevantes en la calidad de atención en salud, desde las instituciones se debe abordar este eje para disminuir la ocurrencia de eventos adversos y minimizar el daño a los pacientes, teniendo en cuenta las barreras de seguridad en los procesos de atención y una cultura de calidad que permita prevenir posibles eventos adversos, actuar a tiempo, corregir errores y crear un clima de seguridad mediante el mejoramiento continuo que permitan prestar un óptimo servicio de salud.

En consideración a lo anterior, se plantea para el presente proyecto, la pregunta de investigación ¿Los eventos adversos ocasionados en una IPS de Servicios Oncológicos influyen en la percepción de la seguridad del paciente?, con lo cual se busca establecer una relación entre los eventos adversos y su influencia en la percepción de seguridad del paciente.

1.2 Objetivos

1.2.1. Objetivo general

Analizar la relación entre los eventos adversos (ocasionados en el año 2020) y la percepción de la seguridad del paciente por parte del personal asistencial y administrativo de una IPS de Servicios Oncológicos.

1.2.1.1 Objetivos específicos

- Medir la percepción de Seguridad del Paciente del personal asistencial y administrativo de una IPS de Servicios Oncológicos de la Ciudad de Santiago de Cali, mediante el instrumento de encuesta.
- Analizar los datos suministrados por la IPS referente a los eventos adversos ocasionados en el año 2020 e identificar las principales causas.
- Comparar los resultados de la encuesta de percepción de Seguridad del Paciente y los datos de ocurrencia de eventos adversos en el año 2020 para establecer una relación entre ambos y retroalimentar a la IPS.

1.3 Justificación

La seguridad del paciente se convirtió en un tema mediático en estos últimos tiempos, sobre todo después de la publicación del informe norteamericano “errar es humano” (Kohn, Corrigan, y Donaldson 2016). Esta publicación, así como los impactos sociales y mediáticos que la acompañaron, represento toda una revisión de lo actuado sobre la seguridad de los pacientes. De hecho, el informe norteamericano es considerado como el punto de partida para la toma de consciencia colectiva sobre la necesidad de acrecentar la seguridad de los pacientes. En él se denuncia la falta de una “cultura de seguridad” en el ámbito médico, principalmente en lo relativo a los comportamientos de los profesionales de la salud, pues se informa de la ocurrencia de 44 mil a 98 mil muertes anuales a consecuencia de errores médicos, más que los accidentes de automóvil, el cáncer de mama o el SIDA.[5]

Dentro de la calidad del servicio de la salud es fundamental la seguridad del paciente, por lo que es primordial que las instituciones de prestación de servicios de salud identifiquen la importancia de la cultura de seguridad del paciente dentro de sus principales objetivos institucionales.

El estudio y evaluación de los eventos adversos tiene como fin reducir las lesiones, enfermedades o muertes como consecuencia de la atención en salud. Esto cobra especial importancia en el proceso de atención de pacientes hospitalizados, que permanecen bajo el cuidado constante del personal de salud, siendo prioritario prevenir consecuencias desfavorables para el paciente, su familia y el equipo tratante; adicionalmente, de esta forma se evitan conflictos civiles y penales. [6]

La Organización Mundial de la Salud en la resolución WHA55.18 manifestó: *"preocupada porque la incidencia de eventos adversos está poniendo en peligro la calidad de la atención, además de ser una causa importante y evitable de sufrimiento humano y de imponer un elevado tributo en pérdidas financieras y en costos de oportunidad para los servicios de salud; observando que puede mejorarse notablemente el desempeño de los sistemas de salud en los Estados Miembros evitando los eventos adversos en particular y mejorando la seguridad del paciente y la calidad de la atención de salud en general; reconociendo la necesidad de promover la seguridad del paciente como uno de los principios fundamentales de los sistemas de salud"* [7]

Se refiere en algunos estudios, "la necesidad de implementar estrategias de educación en el ámbito de la seguridad del paciente y específicamente en el reporte oportuno de eventos adversos. En otro referente teórico "Estado del arte del seguimiento a eventos adversos" se evidencian que los eventos adversos no son reportados y se menciona que "el 33% de los encuestados relatan que cuando existe una equivocación y ésta no afecta al paciente éste no es reportado"; en otro estudio, se reporta que los profesionales de la salud, siendo las personas más importantes en el proceso, no reportan oportunamente, por miedo a las acciones punitivas en su contra. Otro estudio realizado con enfermeras

y psicólogos refleja que el 95.2% de los Enfermeros sugieren considerar la seguridad del paciente actualmente como una cuestión muy importante en la asistencia médica y un componente necesario del cuidado de calidad. Sin embargo, a pesar de la relevancia y el auge de la temática abordada, relativamente pocos investigadores han examinado el concepto "cultura de seguridad" en la atención en salud, específicamente en relación con el cuidado de enfermería" [8]

El estudio sobre la incidencia y evitabilidad de EA en pacientes hospitalizados en tres instituciones en Colombia, publicado en la Revista de Salud Pública, encontró una incidencia del 4.6 % de EA, de los cuales el 61 % se consideraron evitables . Esto ubica el EA como un problema de salud pública mundial. No obstante, estos errores en la atención no son responsabilidad única y directa del personal en salud, sino errores de todo el sistema, incluyendo su infraestructura. Según la OMS, todas las personas y entidades que, de un modo u otro, tienen que velar por los cuidados de los pacientes -no solo el personal sanitario, sino también las personas con responsabilidad en la gestión y las autoridades sanitarias-, son esenciales para que se establezca una cultura de seguridad. [9]

La Organización Mundial de la Salud (OMS) publica en su reporte de cifras y datos del 09 de marzo de 2019 - 10 datos sobre la seguridad del paciente: "La seguridad del paciente es un grave problema de salud pública mundial. Se estima que el riesgo de morir en un viaje en avión es de 1/3000000, mientras que el riesgo estimado de morir por un accidente médico prevenible mientras se recibe atención médica es de 1/300. Las industrias con mayor riesgo percibido, como la aviación y la nuclear, tienen un historial de seguridad mucho mejor que el de la atención sanitaria.

1. Uno de cada 10 pacientes sufre daños mientras recibe atención hospitalaria. Las estimaciones muestran que en los países de ingresos altos hasta uno de cada 10 pacientes sufre daños mientras recibe atención hospitalaria. Esos daños pueden deberse a diversos eventos adversos, y cerca del 50% de ellos se consideran prevenibles. Un estudio sobre la frecuencia y la prevenibilidad de eventos

adversos en 26 hospitales de ocho países de ingresos bajos y medianos mostró que la tasa de eventos adversos era de alrededor del 8%. El 83% de esos eventos fueron prevenibles, y cerca del 30% se asociaron a la muerte del paciente.

2. Los eventos adversos por falta de seguridad en la atención son probablemente una de las 10 causas principales de muerte y discapacidad en el mundo. Los eventos adversos por falta de seguridad en la atención son probablemente una de las 10 causas principales de muerte y discapacidad en el mundo. Datos recientes indican que cada año se producen 134 millones de eventos adversos por falta de seguridad en la atención recibida en hospitales de los países de ingresos bajos y medianos, y que 2,6 millones de ellos resultan mortales. En otro estudio se ha estimado que alrededor de dos tercios de los eventos adversos por falta de seguridad en la atención y de los años de vida perdidos ajustados en función de la discapacidad corresponden a los países de ingresos bajos y medianos.

3. Cuatro de cada 10 pacientes sufren daños en la atención primaria y ambulatoria. La prestación de servicios seguros es extremadamente importante en todos los niveles de la atención sanitaria, incluida la atención primaria y ambulatoria, donde se ofrece la mayor parte de los servicios. A nivel mundial, hasta cuatro de cada 10 pacientes sufren daños mientras reciben atención primaria y ambulatoria, y se considera que hasta un 80% de esos daños son prevenibles. Los errores más perjudiciales están relacionados con el diagnóstico y la prescripción y uso de medicamentos. Los daños sufridos en la atención primaria y ambulatoria a menudo llevan a la hospitalización. En los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), el daño a los pacientes puede representar más del 6% de los días de hospitalización y más de 7 millones de ingresos.

4. Al menos 1 de cada 7 dólares canadienses se gasta en tratar daños sufridos por los pacientes en la atención hospitalaria. Al menos 1 de cada 7 dólares

canadienses se gasta en tratar daños sufridos por los pacientes en la atención hospitalaria. Datos recientes muestran que el 15% del gasto y las actividades hospitalarias en los países de la OCDE es resultado directo de eventos adversos, siendo los más onerosos las tromboembolias venosas, las úlceras de decúbito y las infecciones. El costo total estimado de los daños asciende en esos países a billones de dólares estadounidenses (US$) cada año.

5. Invirtiendo en seguridad del paciente se pueden conseguir ahorros significativos. Las inversiones para mejorar la seguridad del paciente pueden conseguir ahorros significativos y, lo que es más importante, mejores resultados sanitarios para los pacientes, puesto que el costo de la prevención de los daños es generalmente mucho menor que el de su tratamiento. Así, por ejemplo, solo en los Estados Unidos de América, mejoras focalizadas de la seguridad lograron un ahorro estimado de US$ 28 000 millones en los hospitales de Medicare entre 2010 y 2015. Una mayor implicación de los pacientes es fundamental para una atención más segura. Involucrar a los pacientes no es caro y representa un buen valor. Si se hace bien, puede reducir la carga del daño hasta en un 15%, ahorrando miles de millones de US$ cada año, lo que supone una muy buena rentabilidad de la inversión.

6. La falta de seguridad en las prácticas de medicación y los errores de medicación causan daños a millones de pacientes y cuestan miles de millones de dólares cada año. La falta de seguridad en las prácticas de medicación y los errores de medicación —como las dosis o las infusiones incorrectas, las instrucciones poco claras, el uso de abreviaciones o las prescripciones inadecuadas— son una de las principales causas mundiales de daños evitables en la atención sanitaria. El costo mundial de los errores de medicación se ha estimado en US$ 42 000 millones, sin contar las pérdidas salariales y de productividad ni los costos de la atención sanitaria. Esto representa casi el 1% del gasto sanitario mundial. Los errores de medicación pueden ocurrir cuando las prácticas de prescripción,

almacenamiento, preparación, dispensación, administración y control se ve afectadas por la debilidad de los sistemas de medicación o por factores humanos como la fatiga, las malas condiciones de trabajo o la escasez de personal. Juntos o por separado, cualquiera de ellos puede causar al paciente daños graves, discapacidad o incluso la muerte.

7. Los diagnósticos incorrectos o tardíos son una de las causas más frecuentes de daño a los pacientes y afectan a millones de ellos. En aproximadamente un 5% de los adultos que reciben atención ambulatoria en los Estados Unidos de América se producen errores diagnósticos, definidos como la incapacidad de identificar la naturaleza de una enfermedad de manera precisa y oportuna. Aproximadamente la mitad de esos errores pueden causar daños graves. Un estudio realizado en centros de atención primaria de Malasia estableció la ocurrencia de errores diagnósticos en un 3,6% de los casos. Amplias investigaciones port mortem realizadas en los Estados Unidos de América en los últimos decenios han demostrado que los errores diagnósticos contribuyen a aproximadamente un 10% de las muertes de pacientes. Además, el examen de las historias clínicas demuestra que los errores diagnósticos representan entre el 6 y el 17% de los eventos causantes de daños que se producen en los hospitales. Los datos de los países de ingresos bajos y medianos son escasos, pero se estima que la frecuencia de esos errores es mayor que en los países de ingresos altos, ya que el proceso de diagnóstico se ve afectado negativamente por factores como las limitaciones del acceso a la atención y los escasos recursos en materia de pruebas diagnósticas.

8. Las infecciones nosocomiales pueden llegar a afectar al 10% de los pacientes hospitalizados. De cada 100 pacientes hospitalizados, siete en los países de ingresos altos y 10 en los de ingresos bajos y medianos contraerán una o más infecciones relacionadas con la atención sanitaria. Cada año hay en el mundo cientos de millones de pacientes que se ven afectados por estas infecciones. Se

estima que las personas infectadas por Staphylococcus aureus resistente a la meticilina, bacteria cada vez más frecuente en los hospitales y que es resistente a la mayoría de los antibióticos, tienen un 64% más de probabilidades de morir que las personas con infectadas por S. aureus no resistente. Independientemente del nivel de ingresos de un país, diferentes tipos de intervenciones, entre ellas la higiene adecuada de las manos, pueden reducir las tasas de infecciones relacionadas con la atención sanitaria hasta en un 55%.

9. Cada año mueren más de 1 millón de pacientes por complicaciones quirúrgicas. Los datos de la OMS indican que la cirugía sigue generando altas tasas de morbilidad y mortalidad. La falta de seguridad en la atención quirúrgica causa complicaciones en hasta un 25% de los pacientes. Casi 7 millones de pacientes quirúrgicos sufren cada año complicaciones significativas, y 1 millón de ellos mueren durante la intervención o inmediatamente después de ella. Gracias a la mejora de la seguridad del paciente, las muertes relacionadas con complicaciones quirúrgicas han disminuido en los últimos 50 años, pero siguen siendo dos a tres veces más numerosas en los países de ingresos bajos y medianos que en los de ingresos altos.

10. La exposición a la radiación con fines médicos es un problema de salud pública y de seguridad del paciente. Cada año se realizan en el mundo más de 3600 millones de radiografías, aproximadamente un 10% de ellas en niños. Además, se efectúan más de 37 millones de pruebas de medicina nuclear y 7,5 millones de procedimientos radioterapéuticos. El uso inadecuado o inexperto de la radiación con fines médicos puede poner en riesgo la salud, tanto de los pacientes como del personal. En los errores de irradiación se ven implicados casos de sobreexposición a la radiación y de identificación errónea del paciente o de la zona irradiada. En una revisión de los datos publicados durante 30 años sobre la seguridad de la radioterapia se estima que la incidencia general de errores es de alrededor de 15 por cada 10 000 tratamientos." [10]

Se considera que el clima de seguridad permite, a través de la medición de actitudes y percepciones individuales de los colaboradores, evaluar la cultura de seguridad del paciente. La medición periódica de la percepción de clima de seguridad, permite monitorizar la trazabilidad de los indicadores de calidad implementados en cada institución. [11]

El estudio IBEAS sobre seguridad de los pacientes aborda el asunto como un problema que involucra a todas las instituciones de salud en el mundo y refiere una incidencia acumulada de pacientes con algún evento adverso de un 19,8%, en los cinco países donde se llevó a cabo el estudio: Argentina, Colombia, Costa Rica, México y Perú. [12]

La cultura de seguridad del paciente es reconocida como un importante factor que influencia la calidad del cuidado de la salud (Otero, 2008). Las instituciones dedicadas al cuidado de la salud deben desarrollar una cultura de seguridad de tal forma que su fuerza de trabajo y procesos estén enfocados en mejorar la confiabilidad y seguridad del cuidado de los pacientes. La seguridad debe ser una meta organizacional explícita que sea transmitida por un fuerte liderazgo de los clínicos, ejecutivos y directivos del hospital.[13]

Las organizaciones con cultura positiva de seguridad, se caracterizan por una comunicación basada en la confianza mutua entre las personas, la aceptación de que la seguridad es importante y por la confianza en las medidas de prevención. La seguridad solo se logra si existe un compromiso compartido en todos los niveles de la organización, desde el personal de primera línea hasta los gerentes de más alto rango. [14]

CAPÍTULO 2. MARCO DE REFERENCIA

2.1 Marco Teórico

La seguridad del paciente es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencia científica, que han probado minimizar

el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud, o de mitigar sus consecuencias (Urbina Laza, 2011).

La seguridad del paciente (2009) se define como la disminución del riesgo de daño innecesario asociado a la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable. Se considera una dimensión clave de la calidad asistencial, que según el Institute of Medicine (IOM) de los Estados Unidos, es el grado en que los servicios de salud aumentan la probabilidad de obtener los resultados deseados de salud para el individuo y para la población de acuerdo con el conocimiento científico disponible.

La Alianza para la Seguridad del Paciente (2014), define la seguridad del paciente como la disciplina que enfatiza la ausencia de daño prevenible al paciente durante el proceso de la atención a la salud. La disciplina de seguridad del paciente es el esfuerzo coordinado para evitar daños en los pacientes, ocasionados por el proceso mismo de atención a la salud.

La Agencia para la Investigación y Calidad de la Atención Médica (2014), define la cultura de seguridad del paciente como una disciplina dentro del sector salud que se ajusta a métodos científicos de seguridad con el objetivo de lograr un sistema confiable de atención a la salud. Es también un atributo de los sistemas de atención a la salud; minimiza la incidencia e impacto de eventos adversos y maximiza la recuperación de los mismos.

La Calidad de la Atención en Salud para la OMS se define como: “la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos”.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), un evento adverso (EA) es el resultado de una atención en salud que, de manera no intencional, produce daño al paciente. Existen los eventos adversos prevenibles, es decir, los que conllevan

resultados no deseables que se habrían evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado, y los eventos adversos no prevenibles, que se presentan a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial.

2.2 Marco conceptual

Atención en salud: Conjunto de servicios proporcionados a los ciudadanos por las instituciones y profesionales para prevenir, mantener, controlar y restablecer la salud.

Bioseguridad: Se define como el conjunto de medidas preventivas, destinadas a mantener el control de factores de riesgo procedentes de agentes biológicos, físicos o químicos, logrando la prevención de impactos nocivos asegurando que el desarrollo o producto final de dichos procedimientos no atenten contra la salud y seguridad de trabajadores de la salud, pacientes, visitantes y el medio ambiente.

Cultura de seguridad: Producto de los valores, las actitudes, las percepciones, las competencias y los patrones de comportamiento individuales y colectivos que determinan el compromiso con la gestión de la salud y la seguridad en la organización y el estilo y la competencia de dicha gestión.

Complicación: Daño o resultado clínico no esperado no atribuible a la atención en salud sino a la enfermedad o a las condiciones propias del paciente.

Defectos de calidad: Cualquier atributo o característica física o química del dispositivo médico que se encuentra en contra de las especificaciones con las que fue fabricado y autorizado por el INVIMA en el registro sanitario.

Error: Acto de comisión u omisión que causó la lesión involuntaria o contribuyó a causarla.

Error por omisión: Error que se produce como consecuencia de no haber tomado una medida.

Estudio Iberoamericano de Eventos Adversos-IBEAS: Ha sido el resultado de la colaboración entre la Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud, el Ministerio de Sanidad y Política Social de España y los Ministerios de Salud e instituciones de Argentina, Colombia, Costa Rica, México y Perú. Ha sido el primer estudio llevado a cabo a gran escala en América Latina para medir los eventos adversos que ocurren como resultado de la atención médica en los hospitales.

Evento relacionado con la seguridad del paciente: Todo desvío de la atención médica habitual que causa una lesión al paciente o entraña riesgo de daño.

Evento Adverso (EA): Lesiones involuntarias, no intencionadas, que ocurren durante la atención en salud, las cuales son más atribuibles a ésta que a la enfermedad subyacente y que pueden conducir a la muerte, la incapacidad o al deterioro en el estado de salud del paciente, a la prolongación del tiempo de estancia de hospitalización y al incremento de los costos y afectación de la calidad.

Evento adverso prevenible: Resultado no deseado, no intencional, que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado.

Evento adverso no prevenible: Resultado no deseado, no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial.

Falla de la atención en salud: Una deficiencia para realizar una acción prevista según lo programado o la utilización de un plan incorrecto, lo cual se puede manifestar mediante la ejecución de procesos incorrectos (falla de acción) o mediante la no ejecución de los

procesos correctos (falla de omisión) en las fases de planeación o de ejecución. Las fallas son por, definición, no intencionales.

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 lo procesos de atención.

Seguridad del Paciente (SP): 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.

CAPÍTULO 3. MARCO METODOLÓGICO

3.1 Tipo de estudio

Se desarrolló un tipo de estudio descriptivo, en el cual se aplicó un instrumento de tipo cuantitativo, mediante el uso de encuesta con el objetivo de medir la percepción de Seguridad del Paciente del personal asistencial y administrativo de una IPS de Servicios Oncológicos de la Ciudad de Santiago de Cali.

3.2 Población

Población objetivo: Personal administrativo y asistencial de una IPS de Servicios Oncológicos de la Ciudad de Santiago de Cali.

Muestra seleccionada: Para la selección de una muestra representativa se aplicó la ecuación de estadistica para proporciones poblaciones, en lo cual se manejo un margen de error del 10% y un nivel de confianza de 95% para una población total de 150 trabajadores de la IPS de conformidad con la siguiente formula:

$$\text{Tamaño de la muestra} = \frac{\dfrac{z^2 \times p\,(1-p)}{e^2}}{1 + \left(\dfrac{z^2 \times p\,(1-p)}{e^2 N}\right)}$$

N = tamaño de la población • e = margen de error (porcentaje expresado con decimales) • z = puntuación z

Ilustración 1. Ecuación de estadística para proporciones poblaciones

Como se manejó un nivel de confianza de 95%, la puntuación Z equivale a un valor de 1.96, por lo que una vez aplicando la anterior formula nos arroja un tamaño de muestra de 59 personas.

3.3 Procedimientos

Las fases de investigación estuvieron encaminadas al cumplimiento de los objetivos planteados, de manera que se desglosaron tales fases en actividades, y en cada fase se dio ejecución a las acciones necesarias para lograr los objetivos especificos conforme al siguiente cronograma, el cual fue una linea base para programar lo requerido.

CRONOGRAMA												
OBJETIVO	Analizar la relación entre los eventos adversos (ocasionados en el año 2020) y la percepción de la seguridad del paciente por parte del personal asistencial y administrativo de una IPS de Servicios Oncológicos											
MES	1				2				3			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
ACTIVIDAD 1. Medir la percepción de Seguridad del Paciente del personal asistencial y administrativo de una IPS de Servicios Oncológicos de la Ciudad de Santiago de Cali, mediante el instrumento de encuesta.												
ACTIVIDAD 2. Analizar los datos suministrados por la IPS referente a los eventos adversos ocasionados en el año 2020 e identificar las principales causas.												
ACTIVIDAD 3. Comparar los resultados de la encuesta de percepción de Seguridad del Paciente y los datos de ocurrencia de eventos adversos en el año 2020 para establecer una relación entre ambos y retroalimentar a la IPS												

Tabla Nº 1. Cronograma de actividades

- Fase 1. Diseño de instrumento de recopilación de información, aplicación del instrumento, análisis de datos recopilados.
- Fase 2. Análisis reporte suministrado por la entidad referente a los eventos adversos (EA) ocasionados en el año 2020 – Tabulación y análisis de información.
- Fase 3. Discusión y conclusiones – comparativo entre la información recopilada mediante el instrumento de encuesta y análisis de datos de ocurrencia de eventos adversos ocasionados en la entidad.

3.4 Técnicas para la recolección de la información

Se desarrolló un instrumento de tipo cuantitativo, mediante el uso de una encuesta que nos permitiera medir la percepción de Seguridad del Paciente del personal asistencial y administrativo de una IPS de Servicios Oncológicos de la Ciudad de Santiago de Cali. Para el diseño del instrumento, se tomo como lineamiento el documento estructurado por la IPS (TR20-F-05) en el cual se adaptó la encuesta de Clima de Seguridad propuesta por la Agency for Health Care Research and Quality AHRQ (Agencia para la Investigación y la Calidad de la Atención Médica AHRQ), con el objetivo de medir la percepción de seguridad del paciente que tienen los colaboradores de una IPS de servicios oncológicos de la Ciudad de Santiago de Cali.

Este instrumento recoge las opiniones de los colaboradores de la IPS acerca de temas de seguridad del paciente, incidentes y notificación de sucesos o eventos adversos. La encuesta se estructuró con 26 preguntas cerradas y 4 preguntas abiertas.

De acuerdo al instrumento que se utilizó, este cuenta con doce dimensiones, que afectan el clima de la Seguridad del paciente y nos sirve para identificar aquellos aspectos los cuales podrian ser intervenidos. La encuesta nos proporciona información sobre la percepción relativa a las siguientes doce dimensiones de la cultura de seguridad:

- Frecuencia de eventos notificados.
- Percepción de seguridad.
- Expectativas y acciones de la dirección / supervisión del área / servicio que favorecen la seguridad.
- Aprendizaje organizacional / mejora continua.
- Trabajo en equipo en el área / servicio.
- Franqueza en la comunicación.
- Retroalimentación y comunicación sobre errores.
- Respuesta no punitiva a los errores.
- Dotación de personal.
- Apoyo de la gerencia.
- Trabajo en equipo entre áreas.
- Problemas en cambios de turno y transiciones entre áreas/servicios.

3.5 Técnicas para el análisis de la información

El instrumento se diseño inicialmente en una plantilla de Excel y se trasladó al aplicativo de “Google Forms” que es un software de administración de encuestas, esto con el objetivo de optimizar los recursos y facilitar la tabulación de los resultados. Dada la estructura del instrumento, se tendrá en cuenta la distribución de las 12 dimensiones con las que se realizará el análisis de clima de seguridad del paciente, lo cual nos permitirá establecer mediciones de la seguridad del paciente en áreas y servicios y mediciones de las dimensiones del clima de Seguridad del paciente en la interacción entre áreas y servicios.

En la siguiente tabla, se puede observar el enfoque de las preguntas, teniendo en cuenta la dimensión con la que esta puede estar asociada para la obtención de los resultados.

A. DIMENSIONES CULTURA DE SEGURIDAD	
1. Frecuencia de eventos notificados.	Se notifican los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente (Preg. 15 y Preg. 16)
	Se notifican los errores que previsiblemente no van a dañar al paciente (Preg. 18).
	Se notifican los errores que no han tenido consecuencias adversas, aunque previsiblemente podrían haber dañado al paciente (Preg. 19).
2. Percepción de seguridad	Nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad del paciente (Preg. 6).
	Nuestros procedimientos y medios de trabajo son buenos para evitar errores en la asistencia (Preg. 14).
	En esta unidad hay problemas relacionados con la “Seguridad del paciente” (Preg. 29).
B. DIMENSIONES DE LA CULTURA DE SEGURIDAD A NIVEL DE UNIDAD/SERVICIO	
3. Expectativas y acciones de la dirección / supervisión del área/servicio que favorecen la seguridad.	mi superior tiene encuenta, seriamente, las sugerencias que le hace el personal para mejorar la seguridad del paciente (Preg. 7).
	Cuando aumenta la presión del trabajo, mi superior/jefe pretende que trabajemos más rápido, aunque se pueda poner en riesgo la seguridad del paciente (Preg. 6).
	Mi superior/jefe pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente (Preg. 28).
4. Aprendizaje organizacional/mejora continua	Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente (Preg. 7).
	Cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo (Preg. 16).
	Los cambios que hacemos para mejorar la seguridad del paciente se evalúan para comprobar su efectividad (Preg. 21)
5. Trabajo en equipo en el área / Servicio	Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo (Preg. 8).
	En esta unidad nos tratamos todos con respeto (Preg. 12).
	Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en los compañeros (Preg. 9)
6. Franqueza en la comunicación	Cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente a la atención que recibe el paciente, habla de ello con total libertad (Preg. 17).
7. Retroalimentación y comunicación sobre errores	Cuando notificamos algún incidente, nos informan sobre qué tipo de actuaciones se han llevado a cabo (Preg. 22).
	En mi servicio / unidad discutimos de qué manera se puede evitar que un error vuelva a ocurrir (Preg. 15).
8. Respuesta no punitiva a los errores	Si los compañeros o los superiores se enteran de que has cometido algún error, lo utilizan en tu contra (Preg. 17).

	Cuando se comete un error, el personal teme que eso quede en su expediente (Preg. 23).
9. Dotación de personal	Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo (Preg. 9).
	En ocasiones no se presta la mejor atención al paciente porque hay demasiado sustitutos o personal temporal (Preg. 10).
	Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado deprisa (Preg. 6).
10. Apoyo de la gerencia	La gerencia o la dirección del hospital facilita un clima laboral que favorece la seguridad del paciente (Preg. 20).
	La gerencia / dirección del hospital sólo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente (Preg. 24).
C. DIMENSIONES DE LA CULTURA DE SEGURIDAD A NIVEL DE IPS	
11. Trabajo en equipo entre áreas	Hay una buena cooperación entre las unidades / servicios que tienen que trabajar conjuntamente (Preg. 11).
	Suele resultar incómodo tener que trabajar con personal de otros servicios/Unidades (Preg. 13).
12. Problemas en cambios de turno y transiciones entre áreas / servicios	En los cambios de turno se pierde con frecuencia información importante sobre la atención que ha recibido el paciente o Surgen problemas en la atención de los pacientes como consecuencia de los cambios de turno (Preg. 13).

Tabla Nº 2 – Dimensiones cultura de seguridad del paciente

En el instrumento, 19 preguntas están estructuradas para dar respuesta con los ítems “nunca/rara vez/algunas veces/mayoría de veces/siempre”, para el análisis de esta información se tendrá en cuenta la clasificación de los resultados de las dimensiones en fortalezas y oportunidades de mejora en consideración al siguiente criterio.

FORTALEZA	OPORTUNIDAD DE MEJORA
75% o más de respuestas positivas («de acuerdo/muy de acuerdo» o «la mayoría de veces/siempre») a preguntas formuladas en positivo.	50% o más de respuestas negativas («en desacuerdo/muy en desacuerdo» o «rara vez/casi nunca/nunca») a preguntas formuladas en positivo.
75% o más de respuestas negativas («en desacuerdo/muy en desacuerdo» o «rara vez/casi nunca/nunca») a preguntas formuladas en negativo.	50% o más de respuestas positivas («de acuerdo/muy de acuerdo» o «la mayoría de veces/siempre») a preguntas formuladas en negativo.

Tabla Nº 3 – Criterio resultado de dimensiones fortalezas/oportunidades

La aplicación de la encuesta se realizó a través del aplicativo Google Forms, para lo cual se envió el Link de la encuesta mediante correo electronico a una colaboradora de la IPS del área de Seguridad del Paciente, para que posteriormente se reenviará al correo institucional de todo el personal Administrativo y Asistencial.

Una vez, el personal objetivo desarrollo la encuesta, las respuestas quedaron consignados en un archivo en formato Excel, donde se realizó el proceso de tabulación y análisis de los resultados.

3.6 Consideraciones Éticas

Conforme a la resolución Nº 008430 de 1993 expedida por el Ministerio de Salud colombiano “Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud” se declara que en consideración al articulo 11, la presente investigación se declara sin riesgo.

CAPÍTULO 4. ANÁLISIS DE RESULTADOS

Se recopilaron 63 respuestas en total, lo cual corresponde al 42% de todo el personal administrativo y asistencial de la IPS, se presentan los resultados arrojados en la encuesta que consta de 30 preguntas en total (26 preguntas cerradas y 4 preguntas abiertas).

La primera pregunta de la encuesta hace alusión al cargo del colaborador; en la siguiente tabla, se detalla el cargo/servicio que presta el personal encuestado. Se puede observar que el personal esta discriminado entre asistente administrativo, administrativos, auxiliares, atención al usuario, coordinadores de servicio/área, enfermeras, profesionales, lideres y jefes de áreas, y la alta gerencia, por lo que se contó con una participación diversa por parte del personal.

CARGO	Nº
ADMINISTRATIVO	3
ASISTENTE ADMINISTRATIVO	1
ASISTENTE ADMINISTRATIVO Y ASISTENCIAL	1
ASISTENTE DE AMBIENTE FISICO	1
ATENCION AL USUARIO	4
AUXILIAR ADMINISTRATIVA Y CONTABLE	3
AUXILIAR AUTORIZACIONES	3
AUXILIAR CALL CENTER	2
AUXILIAR CUENTA DE ALTO COSTO	1
AUXILIAR DE ENFERMERIA	10
AUXILIAR DE LABORATORIO	3
AUXILIAR DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	1
BACTERIOLOGA	8
COORDINACION ADMINISTRATIVA	1
COORDINADOR BIOLOGIA MOLECULAR	1
COORDINADOR ESTUDIOS CLINICOS	1
COORDINADOR QUIMIOTERAPIA	1

CARGO	Nº
COORDINADOR SERVICIOS AMBULATORIOS	1
DIRECTOR	1
ENFERMERA	2
GERENCIA	1
GESTOR DE PROYECTOS	1
JEFE DE AMBIENTE FISICO	1
JEFE DE TALENTO HUMANO	1
LIDER DE AUTORIZACIONES	1
LIDER DE CALIDAD	1
LIDER DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	1
MEDICO GESTOR ESTUDIOS CLINICOS	1
PRACTICANTE COMUNICACIONES	1
PSICOLOGA	2
QUIMICA FARMACEUTICA	1
SECRETARIA	1
SUBDIRECTOR ACADEMICO Y DE INVESTIGACION	1
TOTAL ENCUESTADOS	63

Tabla Nº 4 – Cargo / perfil personal encuestado IPS servicios oncológicos

A continuación, se presentan los resultados de los 63 encuestados y la respectiva tabulación, de acuerdo a las preguntas 2 a la 24 y las preguntas 28 y 29, las cuales son preguntas cerradas.

2. ¿Cuánto tiempo lleva trabajando en la IPS?		
Menos de 1 año	29%	18
De 1 a 5 años	60%	38
De 6 a 10 años	10%	6
Mas de 10 años	2%	1
Total	100%	63

Tabla Nº 5 – Datos encuesta Preg. 2

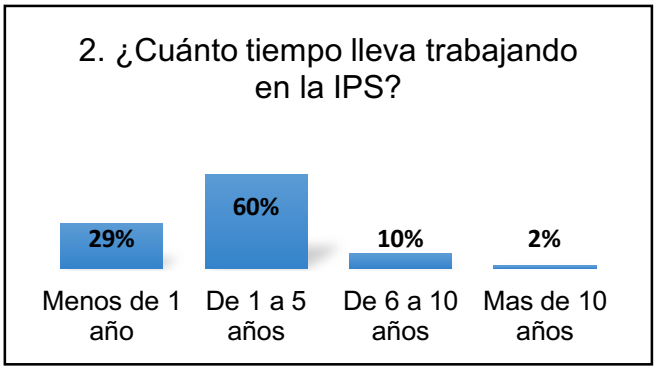

Gráfico Nº 1 – Resultados encuesta Preg.2

3. ¿Tiene interacción directa o contacto con pacientes?		
SI	65%	41
NO	35%	22

Tabla Nº 6 – Datos encuesta Preg. 3

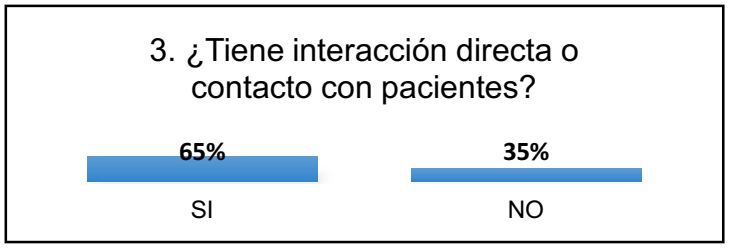

Gráfico Nº 2 – Resultados encuesta Preg.3

4. ¿Conoce los mecanismos para reportar las fallas, incidentes y eventos adversos que ocurren en la institución ?		
SI	90%	57
NO	10%	6

Tabla Nº 7 – Datos encuesta Preg. 4

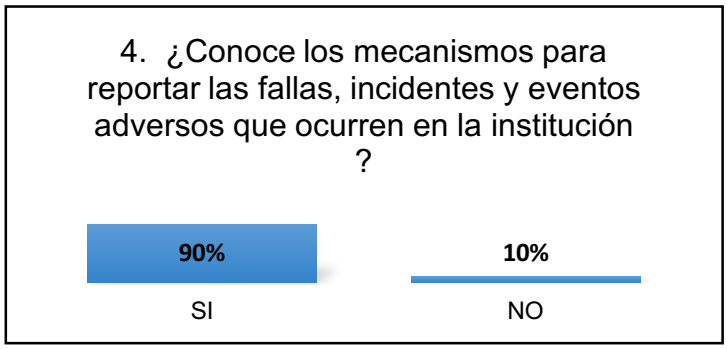

Gráfico Nº 3 – Resultados encuesta Preg.4

5. ¿En los últimos doce meses usted ha realizado reportes de seguridad del paciente?		
Ninguno	68%	43
De 1 a 2 veces	16%	10
De 3 a 5 veces	5%	3
De 6 a 9 veces	3%	2
Más de 10 veces	8%	5

Tabla Nº 8 – Datos encuesta Preg. 5

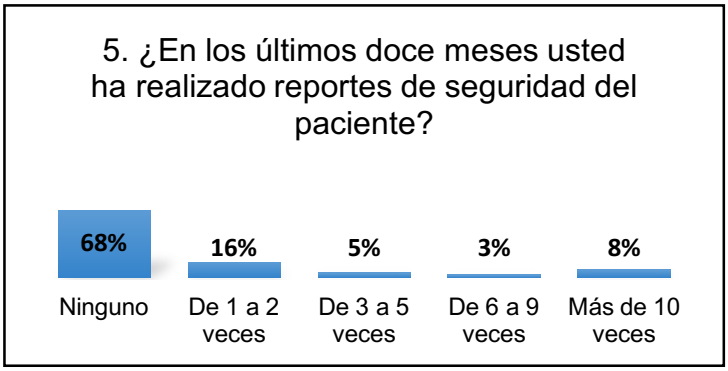

Gráfico Nº 4 – Resultados encuesta Preg.5

6. Cuando la presión se incrementa, mi jefe solicita que trabajemos más rápido, aunque esto requiera saltar pasos importantes.		
Nunca	59%	37
Rara Vez	29%	18
Algunas Veces	13%	8
La mayoría de veces	0%	0
Siempre	0%	0

Tabla Nº 9 – Datos encuesta Preg. 6

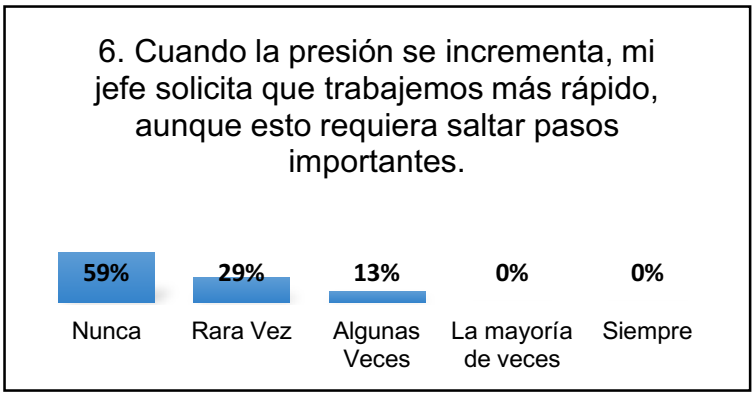

Gráfico Nº 5 – Resultados encuesta Preg.6

7. En su área de trabajo se realizan activamente labores para mejorar la seguridad del paciente.		
Nunca	3%	2
Rara Vez	11%	7
Algunas Veces	25%	16
La mayoría de veces	44%	28
Siempre	16%	10

Tabla Nº 10 – Datos encuesta Preg. 7

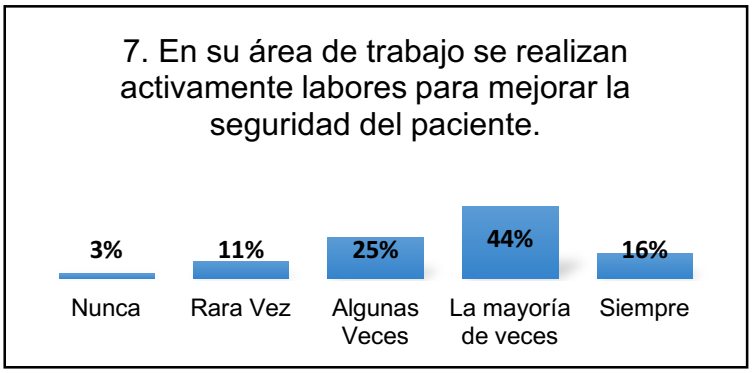

Gráfico Nº 6 – Resultados encuesta Preg.7

8. ¿Cuando el volumen de trabajo se incrementa, los colaboradores de su área se organizan y logran realizar trabajo en equipo?		
Nunca	0%	0
Rara Vez	2%	1
Algunas Veces	16%	10
La mayoría de veces	54%	34
Siempre	29%	18

Tabla Nº 11 – Datos encuesta Preg. 8

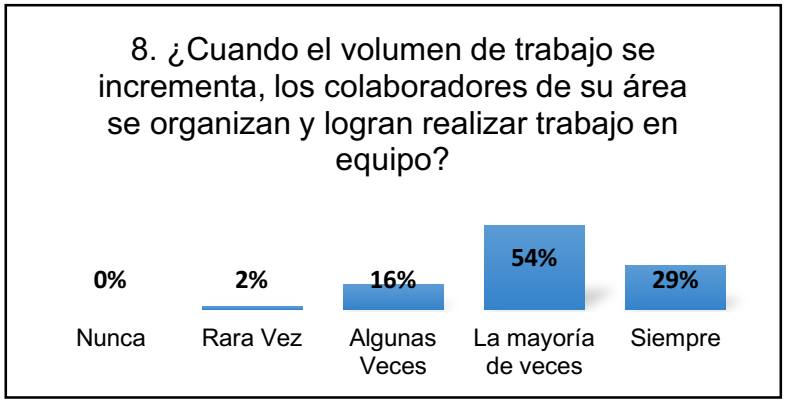

Gráfico Nº 7 – Resultados encuesta Preg.8

9. Considera que su área cuenta con personal suficiente para para afrontar la carga de trabajo.		
Nunca	5%	3
Rara Vez	11%	7
Algunas Veces	22%	14
La mayoría de veces	44%	28
Siempre	17%	11

Tabla Nº 12 – Datos encuesta Preg. 9

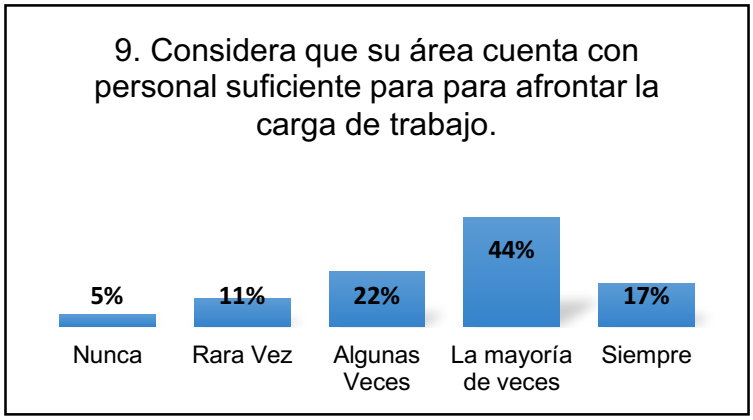

Gráfico Nº 8 – Resultados encuesta Preg.9

10. Considera que en su área es frecuente la rotación de personal.		
Nunca	10%	6
Rara Vez	49%	31
Algunas Veces	29%	18
La mayoría de veces	6%	4
Siempre	6%	4

Tabla Nº 13 – Datos encuesta Preg. 10

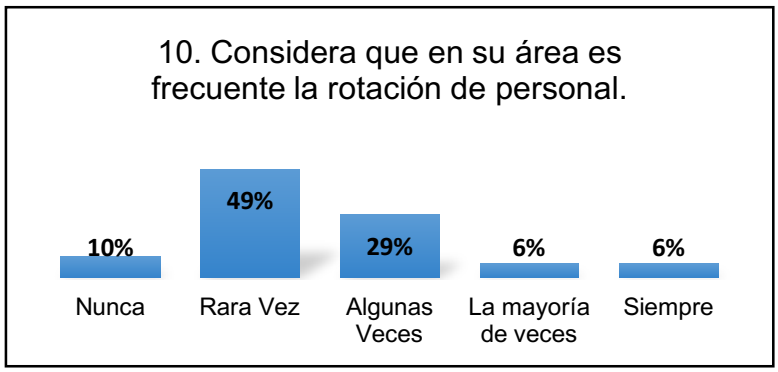

Gráfico Nº 9 – Resultados encuesta Preg.10

11. Considera que los servicios de la IPS trabajan de forma coordinada entre sí para proporcionar la mejor atención posible a los pacientes.		
Nunca	0%	0
Rara Vez	6%	4
Algunas Veces	24%	15
La mayoría de veces	56%	35
Siempre	14%	9

Tabla Nº 14 – Datos encuesta Preg. 11

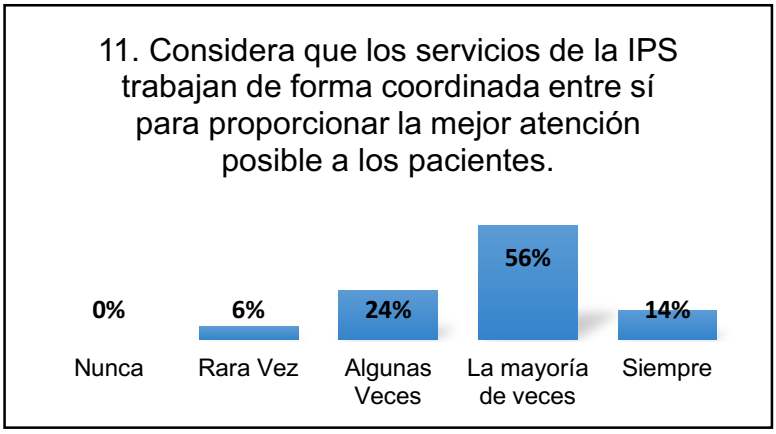

Gráfico Nº 10 – Resultados encuesta Preg.11

12. Usted considera agradable trabajar con colaboradores de otras areas o procesos		
Nunca	0%	0
Rara Vez	2%	1
Algunas Veces	17%	11
La mayoría de veces	51%	32
Siempre	30%	19

Tabla Nº 15 – Datos encuesta Preg. 12

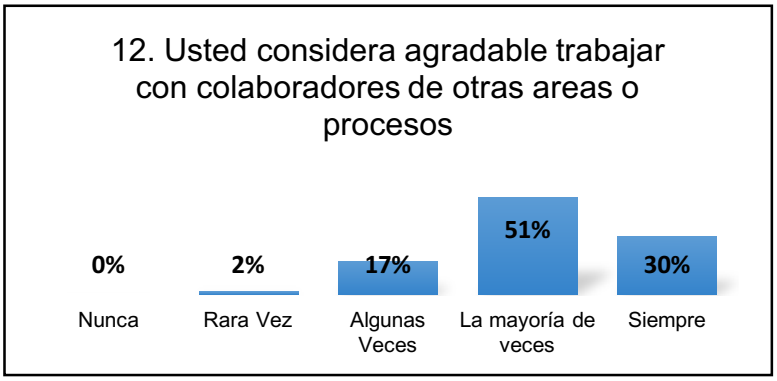

Gráfico Nº 11 – Resultados encuesta Preg.12

13. Considera que se pierde la continuidad de la atención de los usuarios cuando se transfieren de un servicio a otra area de la institución.		
Nunca	3%	2
Rara Vez	19%	12
Algunas Veces	60%	38
La mayoría de veces	13%	8
Siempre	5%	3

Tabla Nº 16 – Datos encuesta Preg. 13

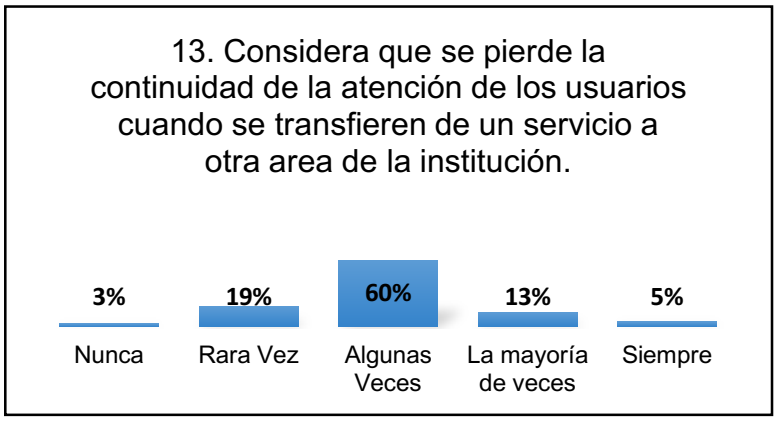

Gráfico Nº 12 – Resultados encuesta Preg.13

14. Considera que los procedimientos documentados con los que se cuenta actualmente son efectivos para la prevención de fallas durante la atención		
Nunca	2%	1
Rara Vez	13%	8
Algunas Veces	32%	20
La mayoría de veces	44%	28
Siempre	10%	6

Tabla Nº 17 – Datos encuesta Preg. 14

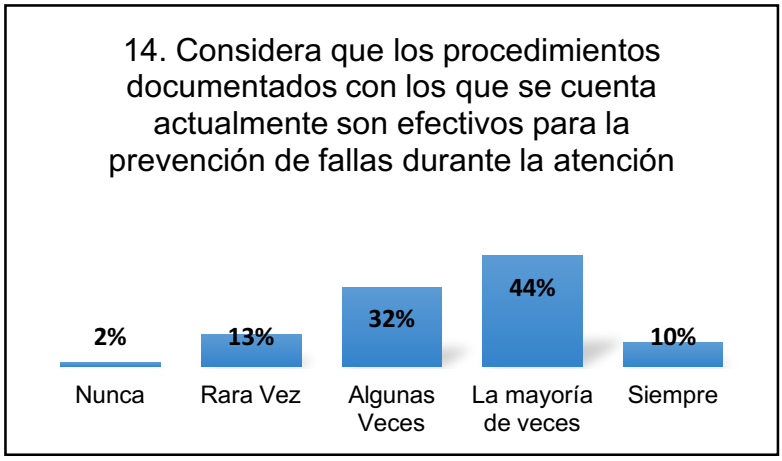

Gráfico Nº 13 – Resultados encuesta Preg.14

15. Cuando los colaboradores detectan algo que puede afectar negativamente a la atención que recibe el paciente, habla de ello con total libertad y reporta las situaciones.		
Nunca	2%	1
Rara Vez	8%	5
Algunas Veces	29%	18
La mayoría de veces	43%	27
Siempre	19%	12

Tabla Nº 18 – Datos encuesta Preg. 15

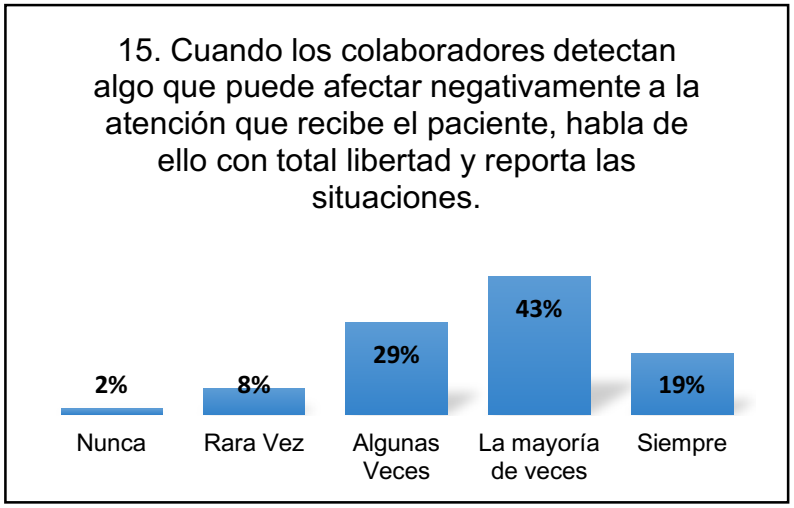

Gráfico Nº 14 – Resultados encuesta Preg.15

16. Cuando se detecta algúna falla en la atención del paciente se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo.		
Nunca	2%	1
Rara Vez	5%	3
Algunas Veces	27%	17
La mayoría de veces	41%	26
Siempre	25%	16

Tabla Nº 19 – Datos encuesta Preg. 16

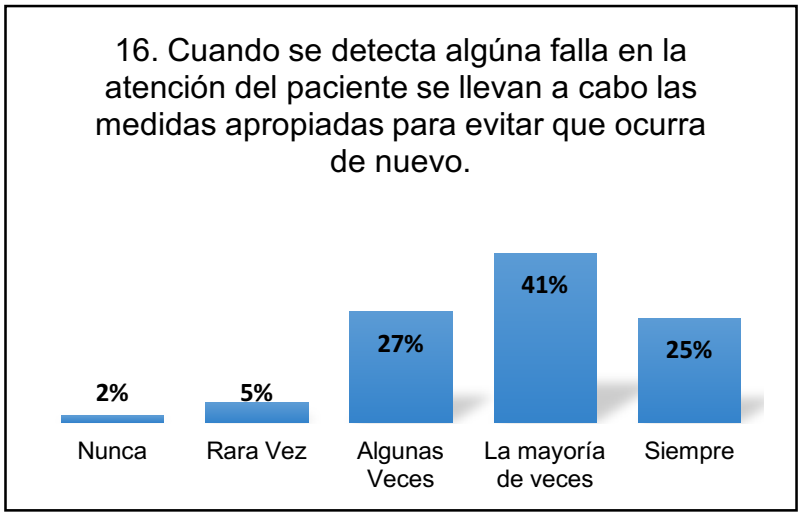

Gráfico Nº 15 – Resultados encuesta Preg.16

17. Usted considera que al realizar un reporte de seguridad del paciente, está denunciando a los colaboradores o servicios involucrados.		
Nunca	78%	49
Rara Vez	5%	3
Algunas Veces	11%	7
La mayoría de veces	6%	4
Siempre	0%	0

Tabla Nº 20 – Datos encuesta Preg. 17

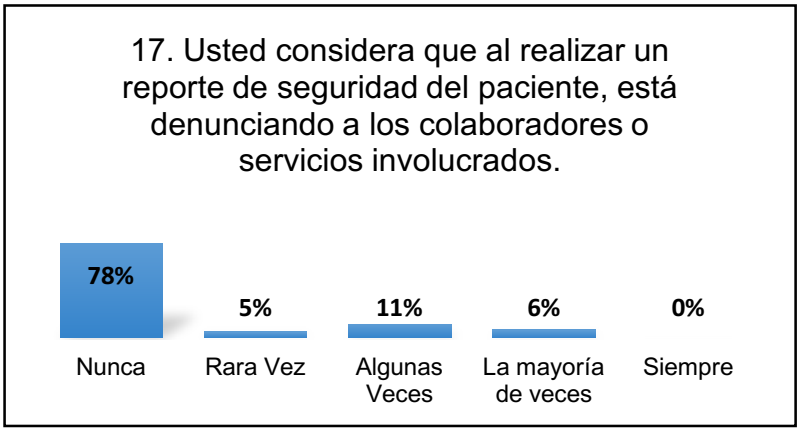

Gráfico Nº 16 – Resultados encuesta Preg.17

18. ¿Cuándo se comete un error pero es descubierto y corregido antes de afectar al paciente, la situación es reportada?		
Nunca	8%	5
Rara Vez	24%	15
Algunas Veces	21%	13
La mayoría de veces	29%	18
Siempre	19%	12

Tabla Nº 21 – Datos encuesta Preg. 18

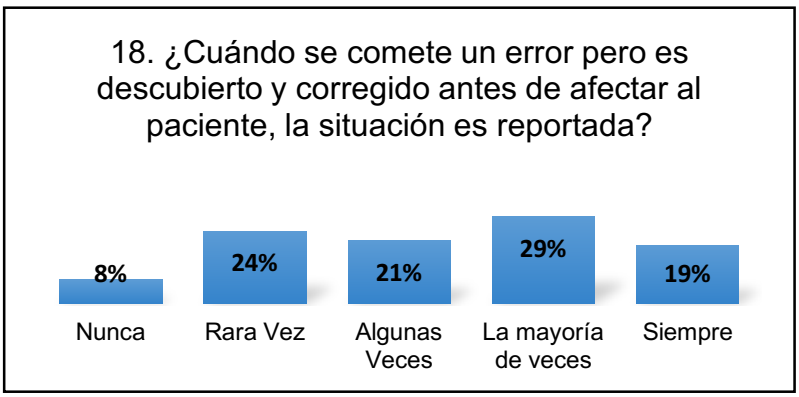

Gráfico Nº 17 – Resultados encuesta Preg.18

19. Cuándo se comete un error, pero no tiene el potencial de dañar al paciente, la situación es reportada a seguridad del paciente		
Nunca	11%	7
Rara Vez	22%	14
Algunas Veces	29%	18
La mayoría de veces	19%	12
Siempre	19%	12

Tabla Nº 22 – Datos encuesta Preg. 19

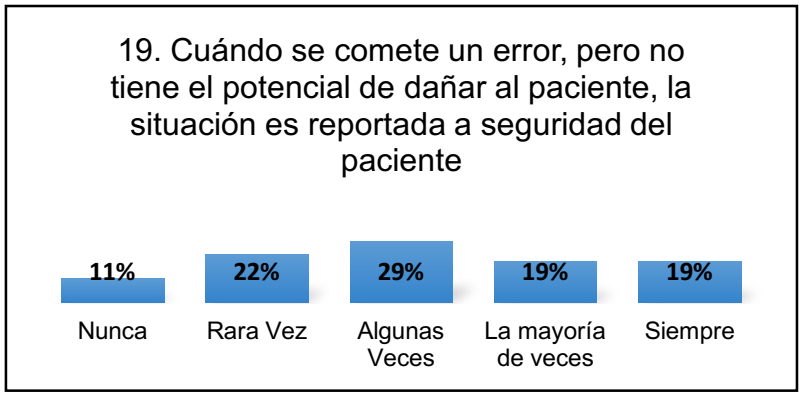

Gráfico Nº 18 – Resultados encuesta Preg.19

20. Cuándo por algún error u omisión se genera un daño a un paciente, esa situación es reportada a seguridad del paciente		
Nunca	3%	2
Rara Vez	10%	6
Algunas Veces	14%	9
La mayoría de veces	35%	22
Siempre	38%	24

Tabla Nº 23 – Datos encuesta Preg. 20

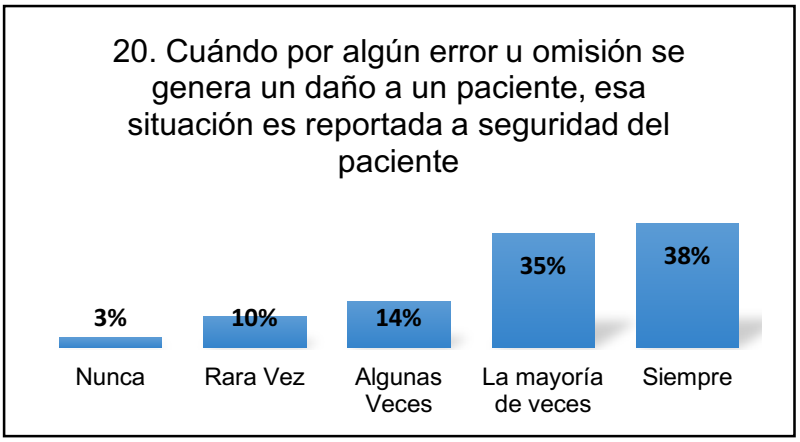

Gráfico Nº 19 – Resultados encuesta Preg.20

21. Considera que el análisis de los casos reportados ha llevado a cambios positivos en la IPS		
Nunca	2%	1
Rara Vez	2%	1
Algunas Veces	25%	16
La mayoría de veces	54%	34
Siempre	17%	11

Tabla Nº 24 – Datos encuesta Preg. 21

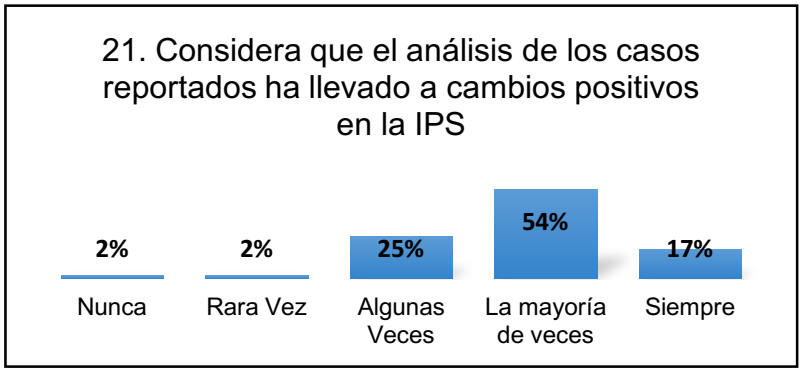

Gráfico Nº 20 – Resultados encuesta Preg.21

22. Considera que el área de Seguridad del Paciente da seguimiento a los casos reportados.		
Nunca	2%	1
Rara Vez	2%	1
Algunas Veces	13%	8
La mayoría de veces	51%	32
Siempre	33%	21

Tabla Nº 25 – Datos encuesta Preg. 22

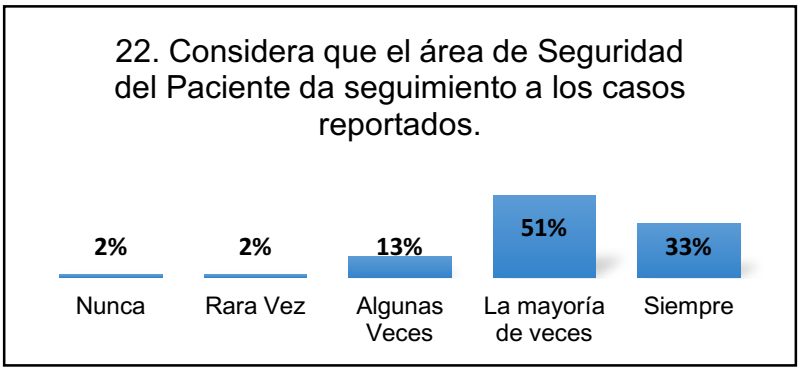

Gráfico Nº 21 – Resultados encuesta Preg.22

23. Le preocupa que los errores, incidentes y eventos adversos en los que usted o su área están involucrados, queden registrados en su hoja de vida.		
Nunca	48%	30
Rara Vez	24%	15
Algunas Veces	10%	6
La mayoría de veces	6%	4
Siempre	13%	8

Tabla Nº 26 – Datos encuesta Preg. 23

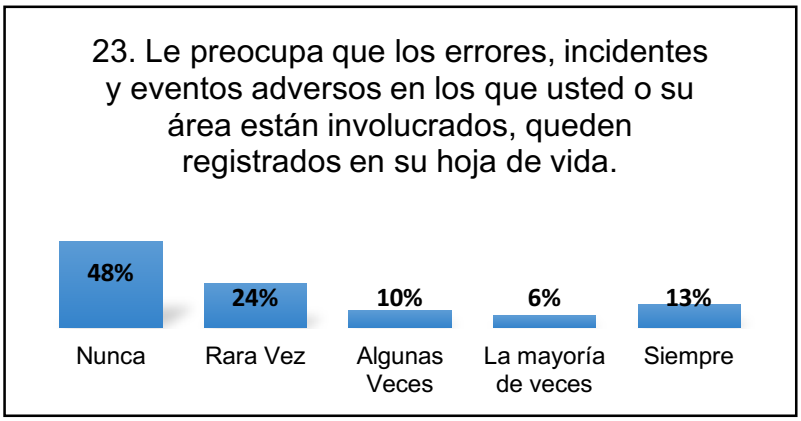

Gráfico Nº 22 – Resultados encuesta Preg.23

24. Considera que el área directiva de la IPS muestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades.		
Nunca	2%	1
Rara Vez	8%	5
Algunas Veces	19%	12
La mayoría de veces	48%	30
Siempre	24%	15

Tabla Nº 27 – Datos encuesta Preg. 24

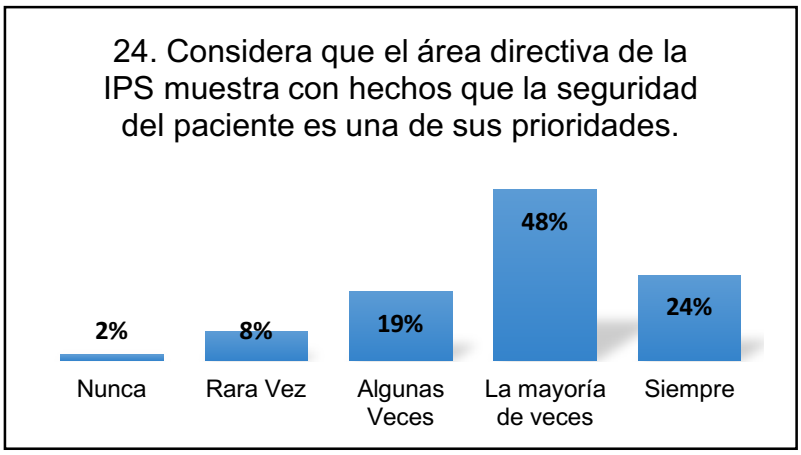

Gráfico Nº 23 – Resultados encuesta Preg.24

28. Por cuales de los siguientes motivos no ha reportado o dejaría de reportar situaciones que puedan afectar la seguridad de los pacientes		
Por falta de tiempo	25%	16
No conozco el mecanismo para reportarlo	3%	2
No considero importante reportar las situaciones	0%	0
No he detectado ninguna falla o error	33%	21
Los ha reportado mi jefe directo	21%	13
Siempre los he reportado	17%	11

Tabla Nº 28 – Datos encuesta Preg. 28

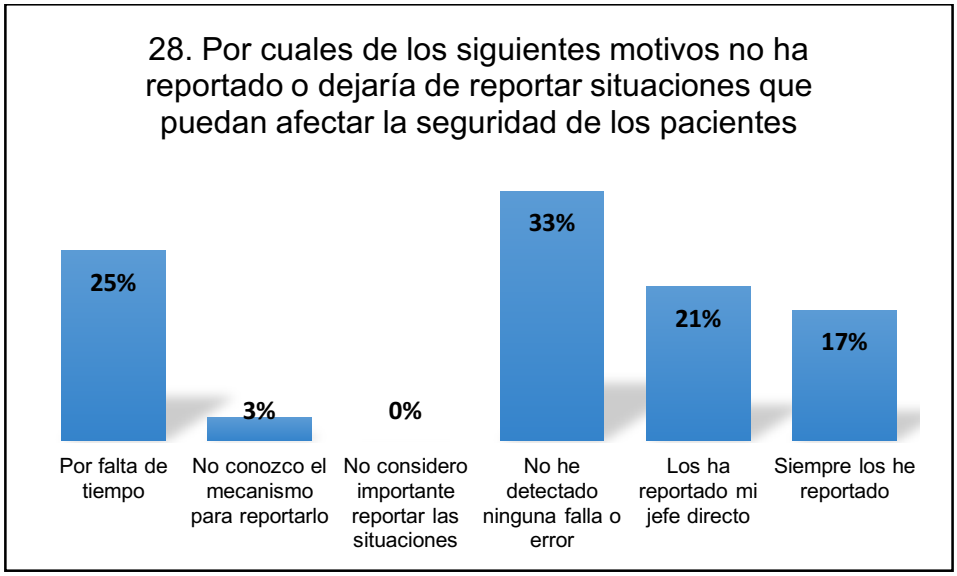

Gráfico Nº 24 – Resultados encuesta Preg.28

29. Cómo considera que es la seguridad que se le brinda al paciente en su área de trabajo		
Malo	0%	0
Pobre	5%	3
Aceptable	22%	14
Muy bueno	60%	38
Excelente	13%	8

Tabla Nº 29 – Datos encuesta Preg. 29

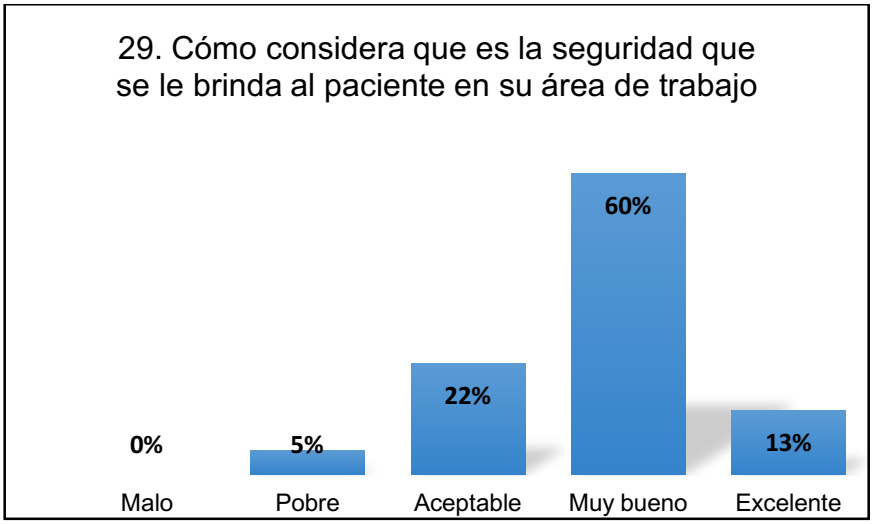

Gráfico Nº 25 – Resultados encuesta Preg.29

Se evidencia de los 63 colaboradores, que el 72% de los participantes en el diligenciamiento de la encuesta llevan un tiempo laboral de más de 1 año en la institución. De la población total encuestada el 65% tienen contacto directo en la atención de los pacientes.

El 90% de la población participante conoce cuales son los mecanismos para realizar los reportes de fallas, incidentes y eventos adversos que ocurren en la institución, se identifica que el 33% no ha realizado reportes porque no ha detectado fallas o errores, un 21% refiere que los ha reportado al jefe directo; pero al observar cuantos reportes han realizado los colaboradores en los últimos 12 meses, el 68% aproximadamente de la población total encuestada no ha realizado ningún tipo de reporte a pesar de tener el conocimiento de el medio y la ruta para cumplir con esta actividad. El 25 % de la población total encuestada considera que se dejan de reportar las fallas o errores por falta de tiempo.

Aunque en los resultados se puede observar que en percepción de los colaboradores un 16% y un 12% mencionan la falta de personal y alta rotación de este en sus áreas, respectivamente; el enfoque de trabajo en pro de la seguridad de los pacientes

demuestra que el 86% de la población total se integra en su área de trabajo para realizar activamente labores para mejorar la seguridad del paciente.

Es importante mencionar de acuerdo a los resultados, que los participantes en mas de un 90% consideran que se trabaja de forma coordinada entre si para proporcionar la mejor atención posible a los pacientes, pero el 78% aproximadamente de la población total considera que se puede llegar a perder la continuidad en la prestación del servicio a los pacientes cuando se transfieren de un servicio a otro.

En el aspecto de percepción frente a la ocurrencia de acciones inseguras el 90% de los participantes hablan libremente de los riesgos que pueden afectar la atención de los pacientes, el 94% de la población total considera que se realizan intervenciones sobre las fallas comentadas antes de que estas generen un evento en algún paciente; y un 78% no considera estar denunciando a su compañero cuando hablan o reportan las fallas o errores al programa de seguridad y el 48% considera que realizar estos reportes no generaría acciones negativas en su hoja de vida.

El 33% de los colaboradores consideran que la detección de los indicios de atención insegura (riesgos) y los incidentes (fallas que se corrigen antes de generar daño), no son reportadas al programa; pero el 73% aproximadamente de la población total responde que los eventos que generan daño si se deben reportar.

El 84% de los participantes consideran que desde el programa institucional de seguridad del paciente se da seguimiento a los reportes realizados y el 71% de los participantes consideran que los eventos que han sido reportados conllevan a cambios positivos en la institución.

Como percepción general del proceso de Seguridad del Paciente en cada área a la que pertenecen los participantes de la encuesta se recolecta la siguiente información: El nivel de Seguridad que se le brinda al paciente en su área de trabajo; el 13% considera que

es excelente, el 60% considera que es muy bueno, el 22% lo considera aceptable mientras que solo el 5% lo considera pobre.

En la siguiente parte, se realiza un análisis respecto a las doce dimensiones de cultura de seguridad (1.Frecuencia de eventos notificados. 2. Percepción de seguridad. 3. Expectativas y acciones de la dirección / supervisión del área / servicio que favorecen la seguridad. 4. Aprendizaje organizacional / mejora continua. 5. Trabajo en equipo en el área / servicio. 6. Franqueza en la comunicación. 7. Retroalimentación y comunicación sobre errores. 8. Respuesta no punitiva a los errores. 9. Dotación de personal. 10. Apoyo de la gerencia. 11. Trabajo en equipo entre áreas. 12. Problemas en cambios de turno y transiciones entre áreas/servicios).

- Frecuencia de eventos notificados

Del total de los encuestados, el 68% no ha realizado reportes de seguridad del paciente en los últimos doce meses, y el 32% restante, ha realizado reportes entre 1 o 10 veces. El 90% de los encuestados refiere que cuando detectan algo que puede afectar negativamente a la atención que recibe el paciente, habla de ello con total libertad y reporta las situaciones, mientras que el 10% restante solo lo hace rara vez (8%) o nunca (2%). El 94% de los encuestados mencionan que cuando se detecta alguna falla en la atención del paciente se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo. Sin embargo, solo el 67% de los colaboradores encuestados refieren que cuándo se comete un error, pero no tiene el potencial de dañar al paciente, la situación es reportada a seguridad del paciente.

- Percepción de seguridad

Respecto a la dimensión de percepción de seguridad, el 87% de los encuestados manifiestan que aunque la presión se incremente, nunca se solicita que se trabaje mas rápido para saltar pasos importantes que puedan afectar la seguridad del paciente. El

86% de los encuestados consideran que los procedimientos documentados con los que se cuenta actualmente son efectivos para la prevención de fallas durante la atención. Del total de encuestados, el 13% considera que la seguridad que se le brinda al paciente en su área de trabajo es excelente, el 60% muy bueno, el 22% aceptable y solo el 5% lo considera pobre.

- Expectativas y acciones de la dirección / supervisión del área/servicio que favorecen la seguridad

El 86% de los encuestados afirman que en su área de trabajo se realizan activamente labores para mejorar la seguridad del paciente. El 25% de los encuestados refieren que no han reportado o dejarían de reportar situaciones que puedan afectar la seguridad del paciente por falta de tiempo, el 3% porque no conoce los mecanismos para reportarlo, el 33% no han reportado situaciones porque no ha detectado fallas o errores, el 21% refiere que es su jefe directo quien los reporta y el 17% restante siempre los ha reportado.

- Aprendizaje organizacional/mejora continua

El 94% de los encuestados manifiestan que se llevan a cabo las medidas apropiadas para que cuando se detecte alguna falla en la atención del paciente no ocurra de nuevo y el 97% de los encuestados afirman que el análisis de la IPS respecto a los casos reportados han llevado a cambios positivos en la IPS.

- Trabajo en equipo en el área / Servicio

El 98% de los encuestados responden positivamente frente al trabajo en equipo con los de su área cuando el volumen de trabajo se incrementa y en este mismo porcentaje también consideran agradable trabajar con colaboradores de otras áreas o procesos. Por otra parte, el 84% del total de encuestados consideran que cuentan con personal suficiente para afrontar la carga de trabajo en la IPS.

- Franqueza en la comunicación

El 22% del total de los encuestados considerarían que están denunciando a los colaboradores o servicios involucrados si se realiza un reporte de seguridad del paciente, mientras que el 78% considera que no es así.

- Retroalimentación y comunicación sobre errores

El 97% de los encuestados refieren que el área de seguridad del paciente da seguimiento a los casos reportados.

- Respuesta no punitiva a los errores

Del total de los encuestados, al 29% les preocupa que los errores, incidentes y eventos adversos en los que están involucrados el o su área, queden registrados en su hoja de vida.

- Dotación de personal

El 84% del total de encuestados consideran que cuentan con personal suficiente para afrontar la carga de trabajo en la IPS. Frente a la rotación de personal en las áreas, el 6% considera que siempre o la mayoría de veces hay rotación, el 29% refiere que solo algunas veces, el 49% menciona que rara vez y el 10% nunca evidencia rotación de personal en su área.

- Apoyo de la gerencia

Respecto al área directiva, el 90% de los encuestados consideran que la alta gerencia demuestra con acciones que la seguridad del paciente es una de sus prioridades.

- Trabajo en equipo entre áreas

El 94% del total de los encuestados refieren que los servicios de la IPS trabajan de forma coordinada entre sí para proporcionar la mejor atención posible a los pacientes.

- Problemas en cambios de turno y transiciones entre áreas / servicios

  Se puede evidenciar que el 78% de los encuestados manifiestan que se puede perder la continuidad de la atención de los usuarios cuando se transfieren de un servicio a otra área de la institución.

De acuerdo a lo anterior, basado en las dimensiones de cultura de seguridad y el enfoque de las preguntas de la encuesta, podemos realizar un breve análisis de las respuestas positivas y negativas, con el fin de identificar y seleccionar aquellas dimensiones que pueden ser constituidas como oportunidades de mejora en la IPS y priorizarlas para la toma de decisiones en materia de seguridad del paciente.

En consideración a la medición establecida, se clasificaron los resultados en 3 dimensiones generales: Dimensiones de cultura de la seguridad, dimensiones de cultura de seguridad a nivel de unidad/servicio y dimensiones de la cultura de seguridad a nivel de IPS, de acuerdo con los criterios de fortalezas y oportunidades de mejora así:
Fortalezas:

- 75% o más de respuestas positivas («de acuerdo/muy de acuerdo» o «la mayoría de veces/siempre») a preguntas formuladas en positivo.
- 75% o más de respuestas negativas («en desacuerdo/muy en desacuerdo» o «rara vez/casi nunca/nunca») a preguntas formuladas en negativo.

Oportunidades de mejora:

- 50% o más de respuestas negativas («en desacuerdo/muy en desacuerdo» o «rara vez/casi nunca/nunca») a preguntas formuladas en positivo.
- 50% o más de respuestas positivas («de acuerdo/muy de acuerdo» o «la mayoría de veces/siempre») a preguntas formuladas en negativo.

Se logró identificar que en general la IPS responde positivamente frente a los temas relacionados con la seguridad del paciente, la notificación y reporte de eventos adversos, trabajo articulado entre las áreas y seguimiento a los casos reportados de eventos adversos. Sin embargo, de acuerdo a la calificación de las dimensiones se puede observar una oportunidad de mejora en los aspectos como reportar esas situaciones en las que se cometen errores los cuales son descubiertos a tiempo y corregidos antes de afectar al paciente o cuando este error no tiene el potencial suficiente para dañar al paciente, porque si bien, no son situaciones en las que ocurren como tal eventos adversos, pueden existir falencias en los procesos o procedimientos que generen fallas en la atención del servicio y no se estén identificando estas brechas que impactan en la calidad y atención del mismo.

Por otra parte, se sugiere sensibilizar más al personal frente al reporte de eventos adversos o incidentes con los pacientes, se evidenció que el 29% de los encuestados siente preocupación por las consecuencias que pueda generar el reporte de errores, incidentes o eventos adversos, y se considera que sigue siendo un porcentaje muy alto, entendiendo que como institución deben aunar esfuerzos para trabajar como equipo y crear una cultura fuerte de seguridad del paciente, con el fin de seguir incentivando el reporte de los incidentes y eventos adversos y asi lograr mejoras o evitar que se vuelvan a presentar; y esto debe ir acompañado de una constante capacitación en seguridad del paciente, el manejo de medicamentos y dispositivos médicos, venopunción, caídas, manejo de pacientes adultos con estancias prolongadas para evitar las úlceras, correcto uso de las medidas de bioseguridad, infecciones intrahospitalarias de la mano de una campaña de lavado de manos, incentivar el registro en la historia clínica de los eventos adversos y sobre todo de un gran apoyo por parte de la administración y la alta gerencia de la institución.

DIMENSION	Nº PREGUNTA	%
DIMENSION CULTURA DE SEGURIDAD	15	90%
	16	94%
	18	68%
	19	67%
	6	87%
	14	86%
	29	95%
B. DIMENSIONES DE LA CULTURA DE SEGURIDAD A NIVEL DE UNIDAD/SERVICIO	7	86%
	6	87%
	7	86%
	16	94%
	21	97%
	8	98%
	12	98%
	9	84%
	17	83%
	22	97%
	15	90%
	17	83%
	23	71%
	9	84%
	6	87%
	20	87%
	24	90%
C. DIMENSIONES DE LA CULTURA DE SEGURIDAD A	11	94%
	13	78%

Tabla Nº 30 – Resultados dimensiones cultura de seguridad del paciente

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En la fase final del proyecto, se analizan los datos suministrados por la IPS referente a los eventos adversos ocasionados en el año 2020 e identificar las principales causas. Para esto, se recopiló la base de datos de reporte de la entidad, la cual contiene información como: diagnóstico del paciente, tipo de evento reportado, relación del evento, descripción del evento y su posible causa, nombre del insumo, laboratorio, registro sanitario o INVIMA, fecha de vencimiento, lote o serial, servicio de atención y las acciones tomadas ante el evento.

De acuerdo a la base de datos suministrada por la entidad, durante el año 2020 se reportaron 56 casos de eventos adversos, siendo el mes de enero donde se reportó la cantidad más alta.

REPORTE DE EVENTOS POR MES	
ENE	12
FEB	6
MAR	6
ABR	3
MAY	4
JUN	2
JUL	4
AGO	2
SEP	3
OCT	4
NOV	6
DIC	4
TOTAL	56

Tabla Nº 31 – Reporte de notificación EA año 2020

Gráfico Nº 26 – Nº reportes de eventos adversos por mes – año 2020

Se realizó un análisis de la asociación de los eventos reportados, evidenciándose que la mayoría de eventos adversos ocasionados están relacionados con medicamentos y la prestación de servicios respectivamente.

ASOCIACIÓN DEL EVENTO	Nº EVENTOS
Comportamientos del Paciente	3
Dispositivos y/o Equipos Biomedicos	7
Medicamentos	24
Medicamentos, Dispositivos y/o Equipos Biomedicos	1
Medicamentos, Prestación del Servicio	1
Medicamentos, Procesos Administrativos, Prestación del Servicio	2
Prestación del Servicio	12
Procesos Administrativos	1
Registros clínicos	5
Total	56

Tabla Nº 32 – Asociación de EA reportados en el año 2020

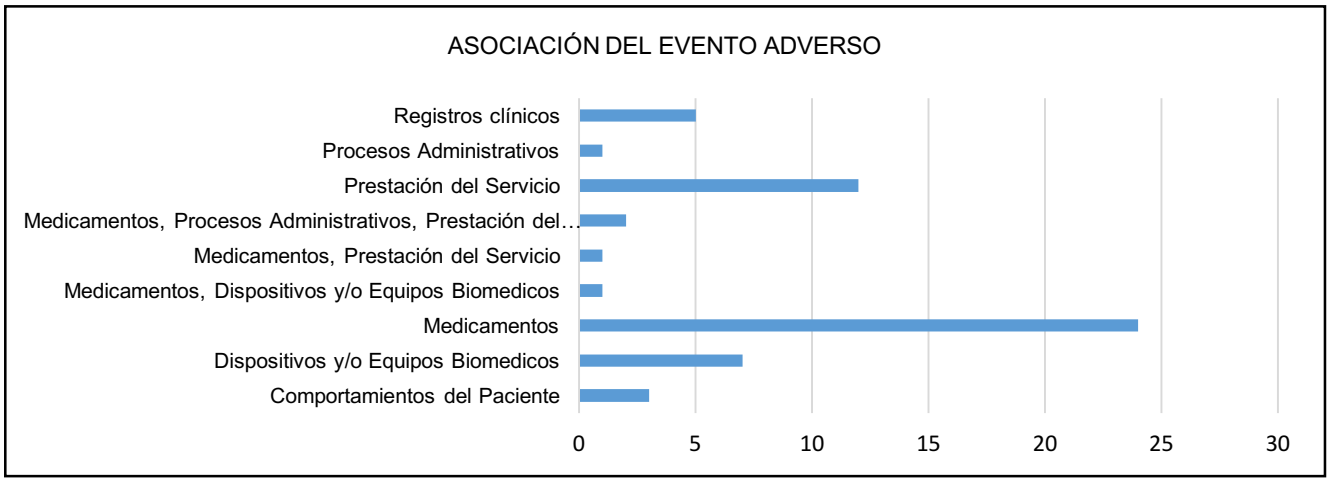

Gráfico Nº 27 – Asociación de EA reportados en el año 2020

Dentro de los reportes de eventos o incidentes adversos notificados en el año 2020, los más frecuentes que están relacionados con medicamentos se deben a la falta de los medicamentos para administrar al paciente, equivocación en las dosis de administración de medicamentos, errores desde la central de mezclas en la entrega de medicamentos, reacciones adversas a medicamentos aplicados, y por último, se evidencian varios casos de flebitis.

Respecto a la prestación de servicios, se evidencian fallas administrativas en la solicitud correcta a la central de mezclas y cambios de equipo, para aplicación de medicamentos. Los eventos asociados a dispositivos y/o equipos biomédicos en esta IPS están asociados a insumos, venopunción, falta de insumos en farmacia para la realización de biopsias, se evidenció mal funcionamiento de un equipo, en el cual la llave reguladora no hace el selle total de líquido y cuando este se conecta a la bolsa de solución salina se despega del punzón. Para el caso de registros clínicos, se evidencia el reporte de varios incidentes asociados a este ítem, donde se presentan errores en los registros como las notas de enfermería, errores en aplicación de fórmulas médicas prescritas y errores en tomas de muestra de laboratorio.

Respecto a eventos asociados a comportamientos del paciente, se encuentran caídas de los pacientes, pacientes en hospitalización que no solicitan ayuda para moverse o bajarse de la cama y sufren lesiones. El área donde se reporta mayor número de eventos o incidentes adversos es en el área de hospitalización, y seguido a este el área de quimioterapia.

SERVICIO/ ÁREA DONDE OCURRIÓ EL EVENTO	
SERVICIO/ÁREA	**Nº EVENTOS**
CONSULTA EXTERNA	1
HOSPITALIZACIÓN	34
LABORATORIO	5
OTROS	3
QUIMIOTERAPIA	13
TOTAL	56

Tabla Nº 33 – Relación servicio/área donde se reportaron EA en el año 2020

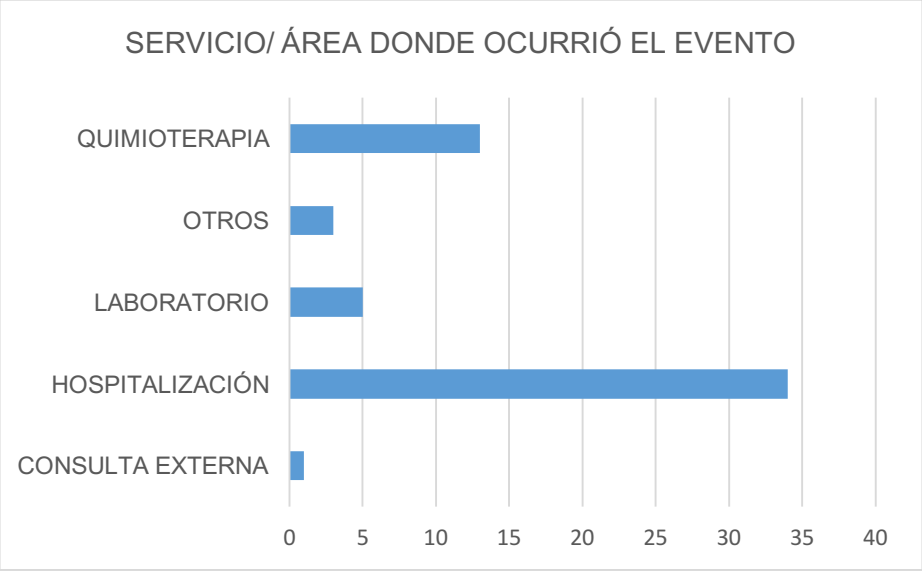

Gráfico Nº 28 - Relación servicio/área donde se reportaron EA en el año 2020

Se busca establecer una relación entre los resultados de la encuesta de percepción de seguridad del paciente y los datos analizados frente a la ocurrencia de eventos adversos en la IPS durante el año 2020, y así retroalimentar a la institución frente a posibles oportunidades de mejora.

De acuerdo con los eventos adversos presentados en la institución, observamos que gran parte de estos van ligados a los medicamentos y la prestación del servicio, ya sea por mala dispensación, administración o errores en centrales de mezcla, es de tener en cuenta que cada uno de estos procesos hace que se produzca un atraso dentro de toda la actividad que se lleva durante el tratamiento o atención de algún paciente.

Como institución es fundamental velar por el tratamiento que se esté llevando a cabo con cada paciente y la importancia que tiene la dosis de sus medicamentos en las fechas establecidas, esto permite una mayor fluidez de los casos y que se logren mejores resultados en la salud de cada persona, también es prioridad por parte del área de seguridad del paciente el seguimiento oportuno de cada caso, conocer su entorno social, familiar, psicológico y físico, para que el tratamiento se pueda abordar de forma integral y más si es por la calidad de vida de cada paciente.

En este sentido es vital que cualquier IPS tenga una atención de primera mano con cada paciente, que sepa el valor que tiene cada caso dentro de la institución y que entiendan que este tipo de personas son más susceptibles de contraer cualquier infección, esto se debe a que la enfermedad y algunos tratamientos, especialmente la quimioterapia pueden debilitar las defensas y el sistema inmune. Esto aumenta el riesgo de sufrir una infección, pero también de que el cáncer pueda extenderse sin contar con la protección del propio organismo para combatirlo, así que la administración y seguimiento de cada tratamiento es sumamente importante y de esta manera se evitan eventos adversos.

Por otra parte, desde un punto de vista administrativo, también se producen problemas como la ocurrencia de glosas o pérdida de dinero en medicamentos o insumos por la falta de organización y gestión realizada por el mismo personal administrativo, asistencial y médico, así que es importante que dentro del proceso de compra y de dispensación de

medicamentos exista un canal de comunicación idóneo entre las áreas el cual sea oportuno y exacto y esto solo se crea a través de un asertivo seguimiento de cada uno de los casos, de esta manera se puede manejar una forma más efectiva de la obtención de los insumos requeridos para la institución y para el tratamiento de cada paciente.

Según los resultados, las áreas más afectadas o donde ocurren más incidentes adversos son las de hospitalización y quimioterapia, debido al flujo de pacientes tan alto y a la poca e ineficaz comunicación dentro de cada proceso, es importante que las entidades junto al área de seguridad del paciente diseñen programas con acciones proactivas y retroactivas necesarias para monitorizar el éxito de la estadía de cada uno de los usuarios, también que exista una conexión armónica entre la fármaco-vigilancia, la tecno-vigilancia y la hemo-vigilancia y que estos sean medidos a través de indicadores.

Las acciones de vigilancia proactiva al cumplimiento de las barreras de defensa implementadas para evitar la ocurrencia de eventos adversos, la medición planeada, continúa y sistemática de los indicadores de proceso y resultado definidos en el programa de seguridad del paciente y el análisis de los eventos reportados, proveen a la organización los datos necesarios para diseñar, implementar y optimizar continuamente las acciones de mejora.

Es fundamental que el diseño de estas acciones se realice en consenso con los empleados que atienden directamente a los pacientes y tengan una mejor practica y conciencia al momento de prestar el servicio o solicitar insumos o medicamentos para la dispensación de cada uno de los usuarios, esto ayudará a que el riesgo sea cada vez más mínimo y se empiecen a cerrar las brechas existentes dentro de la institución.

Como conclusiones generales, con base en los resultados obtenidos en la investigación, se recomienda a la entidad enfocar sus acciones de mejoramiento continuo en fortalecer el análisis y tratamiento de los eventos adversos como un problema del proceso de atención y procurar evitar los señalamientos individuales para promover un entorno no punitivo y los colaboradores de la entidad promuevan una cultura positiva frente al reporte y notificación de eventos o incidentes adversos.

Se sugiere prestar atención prioritaria a la asignación del personal y a los ritmos de trabajo y fomentar la responsabilidad compartida y la coordinación entre áreas y servicios, particularmente en el intercambio de información, ya que se evidencia una oportunidad de mejora en la comunicación entre los servicios, y así lograr minimizar los eventos adversos asociados a la prestación del servicio. De igual manera, reforzar la comunicación entre el personal y sus superiores, especialmente en situaciones donde se vea comprometida la seguridad de los pacientes.

Dentro del desarrollo del proyecto se realizó la encuesta de Clima de Seguridad propuesta por la Agency for Health Care Research and Quality AHRQ (Agencia para la Investigación y la Calidad de la Atención Médica AHRQ), la cual también es adoptada por la entidad y se recomienda realizarla periódicamente ya que esta es un punto de partida del ciclo de mejoramiento continuo de la entidad.

Se recomienda implementar un grupo de vigilancia periódica en el cual se involucre la alta dirección con el objetivo de analizar las oportunidades de mejora detectadas, priorizar su ejecución y acordar jornadas de visita en los diferentes servicios de la institución.

De acuerdo a los datos suministrados por la IPS referente a los eventos adversos ocasionados en el año 2020, se recomienda articular la metodología de paciente trazador, con el fin de hacer seguimiento o evaluación de la atención de los pacientes y detectar las dificultades experimentadas en los diferentes servicios, principalmente se sugiere aplicar la herramienta en los servicios de hospitalización y quimioterapia, que es donde más se evidencia la ocurrencia de eventos adversos. Adicional, la mayoría de estos eventos están relacionados con el servicio de farmacia en la dispensación de medicamentos.

Para fortalecer las herramientas que faciliten el monitoreo de la prestación del servicio, se recomienda seguir un proceso de lista de chequeo adecuada para gestionar el riesgo y prevenir eventos adversos o resultados no esperados, estas ayudarían a reducir la ambigüedad sobre que es lo que se debe de hacer, que es lo prioritario y esclarecer los

comportamientos que son más útiles. Como aspecto importante del uso de listas de chequeo es que son de fácil implementación y así los datos pueden ser tabulados y analizados para lograr mejora continua en cada uno de los procesos en las que se aplique.

Por último, es menester mencionar que si bien, en la institución existe el área de seguridad del paciente, mediante el presente proyecto se logró aportar observaciones y conclusiones que permitirán a la institución fortalecer la política de seguridad del paciente con la que actualmente cuentan y así consolidar el direccionamiento de estas políticas institucionales y el diseño de sus procesos de atención hacia la promoción de una atención segura, disminuir el riesgo y prevenir la ocurrencia de eventos adversos en cada uno de sus servicios mediante el despliegue de metodologías y herramientas que mejoren sus barreras de seguridad y se construya un entorno seguro en la atención de sus pacientes.

Es necesario, que se continúen implementando día a día mecanismos para educar a los pacientes y a sus familias en el conocimiento y abordaje de los factores que pueden potencialmente incidir en mejorar la seguridad de los procesos de atención de que son sujetos, y coordinar con los diferentes actores involucrados en la atención de sus pacientes hacia mejoras en la calidad, la cual se encuentre evidenciada mediante resultados tangibles y medibles que permitan evaluar las oportunidades de mejora constantemente dentro de la institución.

REFERENCIAS

1. Revista de la Asociación Médica Argentina. Vol. 131. (Número 4 de 2018). “Historia de la seguridad del paciente. Hitos principales, desde los albores de la civilización hasta los primeros retos globales y el estudio IBEAS”.
2. Fernández Cantón, Sonia B. Boletín CONAMED – OPS. Los Eventos Adversos y la Seguridad del Paciente. Diciembre, 2015. (Recuperado de: http://www.conamed.gob.mx/gobmx/boletin/pdf/boletin3/eventos_adversos.pdf).

3. Estudio IBEAS. Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica. Madrid: 2010.
4. Institute of Medicine. Washington: National Academy Press; 2000.
5. Cultura de seguridad del paciente y prevención de eventos adversos por el profesional de enfermería en el servicio de emergencia del Hospital de Vitarte. 2017.
6. (MartinFumadó, Gómez-Durán, Rodríguez-Pazos, & Arimany-Manso, 2014).
7. (Organización Mundial de la Salud, 2002; Solar Ruiz, 2014)
8. Gómez O, Arenas W, González L, Garzón J, Mateus E, Soto A. Cultura de seguridad del paciente por personal de enfermería en Bogotá, Colombia. Ciencias y enfermería, 2011:1-15. Recuperado de: http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v17n3/art09.pdf.
9. Organización Mundial de la Salud. IBEAS. Ginebra; 2010. p. 7
10. Organización Mundial de la Salud (OMS). (2019). “10 datos sobre la seguridad del paciente”. Recuperado de: https://www.who.int/features/factfiles/patient_safety/es/
11. Godinho Rigobello MC, Fontenele Lima de Carvalho RE, De Bortoli Cassiani SH, Galon T, Capucho HC, de Deus NN. The climate of patient safety: perception of nursing professionals. 2012.
12. (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2010).
13. (Institute of Medicine, 1999).
14. Santacruz J, Rodriguez J. 2011. Cultura de seguridad del paciente y eventos adversos. Comisión Nacional de Arbitraje – Centro colaborador de la OPS/OMS. México, 2011.

ANEXOS

Anexo 1 - Formato de instrumento de encuesta aplicada.

INSTRUMENTO DE ENCUESTA						
OBJETIVO: Medir la percepción de Seguridad del Paciente del personal asistencial y administrativo de una IPS de Servicios Oncológicos de la Ciudad de Santiago de Cali, mediante el instrumento de encuesta, con el fin de recopilar información para desarrollar el proyecto "LOS EVENTOS ADVERSOS Y SU INFLUENCIA EN LA PERCEPCIÓN DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UNA IPS DE SERVICIOS ONCOLOGICOS DE LA CIUDAD DE SANTIAGO DE CALI"						
No.	**PREGUNTA**	**DETALLE SU RESPUESTA**				
1	Cargo del colaborador					
2	¿Cuánto tiempo lleva trabajando en la IPS?	Menos de 1 año	De 1 a 5 años	De 6 a 10 años	Mas de 10 años	
3	¿En su cargo tiene interacción directa o contacto con pacientes?	SI			NO	
4	Conoce los mecanismos para reportar las fallas, incidentes y eventos adversos que ocurren en la institución ?	SI			NO	
5	¿En los últimos doce meses usted ha realizado reportes de seguridad del paciente?	Ninguno	De 1 a 2	De 3 a 5	De 6 a 9	Mas de 10
Para las preguntas 6 a 24, señalar unicamente la casilla que considera más acertada según la siguiente escala.		**Nunca**	**Rara vez**	**Algunas veces**	**La mayoria de veces**	**Siempre**
6	Cuando la presión se incrementa, mi jefe solicita que trabajemos más rápido, aunque esto requiera saltar pasos importantes					
7	En su área de trabajo se realizan activamente labores para mejorar la seguridad del paciente.					
8	¿Cuando el volumen de trabajo se incrementa, los colaboradores de su área se organizan y logran realizar trabajo en equipo?					
9	Considera que su área cuenta con personal suficiente para para afrontar la carga de trabajo.					
10	Considera que en su área es frecuente la rotación de personal.					
11	Considera que los servicios de la IPS trabajan de forma coordinada entre sí para proporcionar la mejor atención posible a los pacientes.					

INSTRUMENTO DE ENCUESTA						
12	Usted considera agradable trabajar con colaboradores de otras areas o procesos.					
13	Considera que se pierde la continuidad de la atención de los usuarios cuando se transfieren de un servicio a otra area de la institución.					
14	Considera que los procedimientos documentados con los que se cuenta actualmente son efectivos para la prevención de fallas durante la atención					
15	Cuando los colaboradores detectan algo que puede afectar negativamente a la atención que recibe el paciente, habla de ello con total libertad y reporta las situaciones.					
16	Cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo.					
17	Usted considera que al realizar un reporte de seguridad del paciente, está denunciando a los colaboradores o servicios involucrados.					
18	¿Cuándo se comete un error pero es descubierto y corregido antes de afectar al paciente, la situación es reportada?					
19	Cuándo se comete un error, pero no tiene el potencial de dañar al paciente, la situación es reportada a seguridad del paciente.					
20	Cuándo por algún error u omisión se genera un daño a un paciente, esa situación es reportada a seguridad del paciente.					
21	Considera que el análisis de los casos reportados ha llevado a cambios positivos en la IPS					
22	Considera que el área de Seguridad del Paciente da seguimiento a los casos reportados.					
23	Le preocupa que los errores, incidentes y eventos adversos en los que usted o su área están involucrados, queden registrados en su hoja de vida					
24	Considera que el área directiva de la IPS muestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades.					
25	Identifique alguna actividad en su rutina de trabajo que pueda unirse a otros factores y ocasionar errores.					
26	¿Cuál es su principal preocupación cuando ocurren fallas en la atención, incidentes y eventos adversos?					
27	¿Cuáles cree que puedan ser las consecuencias de reportar situaciones que afectan la seguridad del paciente?					

INSTRUMENTO DE ENCUESTA							
28	Por cuales de los siguientes motivos no ha reportado o dejaría de reportar situaciones que puedan afectar la seguridad de los pacientes	Por falta de tiempo	No conozco el mecanismo para reportarlo	No considero importante reportar las situaciones	No he detectado ninguna falla o error	Los ha reportado mi jefe directo	Siempre los he reportado
29	Cómo considera que es la seguridad que se le brinda al paciente en su área de trabajo	Malo	Pobre	Aceptable	Muy bueno	Excelente	
30	Emita alguna sugerencia para fortalecer el área de seguridad del paciente y/o algún tema que se pueda reforzar con los colaboradores o pacientes.						