

Adherencia a la Política de Seguridad del Paciente en una IPS de Primer Nivel en el Servicio de Urgencias en Cali



Melbi Xiomara Baltan Alegría

**UNIVERSIDAD DEL VALLE
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA
MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN DE SALUD
FACULTAD DE SALUD
CALI
2023**

Adherencia a la Política de Seguridad del Paciente en una IPS de Primer Nivel en el Servicio de Urgencias en Cali

Melbi Xiomara Baltan Alegría

Director del Proyecto: Luis Fernando Rendón Campo. Md. Msp

**UNIVERSIDAD DEL VALLE
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA
MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN DE SALUD
FACULTAD DE SALUD
CALI
2023**

Agradecimientos

En primer lugar les agradezco a mis padres que siempre me han brindado su apoyo para poder cumplir todos mis objetivos personales y académicos. A mi hija que me apoyo siempre comprendió mis ausencias. Ellos son los que con su amor y apoyo económico me han impulsado siempre a perseguir mis metas y perseverar en ellas.

Le agradezco muy profundamente a mi tutor por su dedicación y paciencia, sin su conocimiento y correcciones asertivas no hubiese podido lograr llegar a este punto tan anhelado. Gracias por su guía y todo su aporte, siempre los tendré en cuenta en mi área personal y profesional.

Gracias a todos los docentes que en toda la carrera me enseñaron con dedicación y paciencia y e aportaron todo su conocimiento sien ellos no había podido llegar hasta aquí.

Les agradezco a todos mis compañeros por todo el apoyo y por las experiencias vividas, los trabajos realizados en grupo y los momentos compartidos en todo este tiempo.

Por último quiero agradecer a la universidad del valle por haberme dado la oportunidad de obtener mi título de magister, al director de postgrados por sus enseñanzas y paciencia en todo este proceso académico.

Dedicatoria

Dedico mi tesis principalmente a Dios, por darme la fuerza necesaria para culminar esta meta y alcanzar mi sueño, a mis padres, por todo su amor y por motivarme a seguir hacia adelante siempre a pesar de las adversidades, a mi hija por su comprensión y apoyo moral en esas noches que tocaba investigar, ausentarme en por largas horas para asistir a las clases. A toda mi familia que deposito su confianza en mí, y con su actitud lograron que tomará más impulso para salir adelante.

Tabla de contenido

	Pág.
Tabla de contenido	3
Listado de Tablas	6
Listado de Figuras	7
Listado de Anexos	8
Resumen	9
Abstract	11
Introducción	1
1. Descripción del Problema	2
1.1 Formulación de la pregunta problema	8
2. Justificación	9
3. Marcos Referenciales	11
3.1 Estado del Arte	11
3.1.1 Estudios en Europa relacionados con seguridad del paciente.	12
3.1.2 Estudios en América del Norte de seguridad del paciente.	13
3.1.3 Estudios Orientales relacionados con seguridad del paciente.	13
3.1.4 Estudios en América Latina relacionados seguridad del paciente.	14
3.1.5 Estudios en Colombia relacionados con seguridad del paciente.	16
3.2 Marco Teórico- Conceptual	17
3.2.1. Glosario	21
3.2.2 Factores relacionados con eventos adversos.	23
3.2.2.1 Eventos adversos.	23
3.2.3.2 Reporte de eventos adversos.	24
3.2.3.3 Cultura de reporte de eventos adversos.	25
3.2.3 Buenas prácticas de la seguridad del paciente.	27
3.2.4 Tipos de eventos adversos en Urgencias.	28
3.2.5 Modelos de evaluación de la calidad del servicio de salud caracterización y análisis según la teoría de Donabedian	29
3.3 Marco Legal	30
3.4 Marco Contextual	32
4. Objetivos	34
4.1 Objetivo general	34

4.2 Objetivos específicos	34
4.3 Alcance	34
5. Metodología	35
5.1 Enfoque de la investigación	35
5.2 Tipo de investigación	35
5.3 Diseño de la investigación	35
5.4 Variables operacionales	35
5.4.1 Variables operacionales sociodemográficas	36
5.4.2 Variables relacionadas con el nivel de conocimientos en seguridad del paciente.	37
5.4.3 Variables relacionadas con las buenas prácticas de seguridad del paciente.	38
5.4.4 Instrumentos	42
5.4 Población objeto de estudio	42
5.5 Control de datos	44
5.6 Plan de análisis estadístico	44
5.6.1 Plan de análisis.	44
5.7 Control de sesgos	45
5.8 Fortalezas y limitaciones	45
5.9 Criterios de selección	45
5.9.1 Criterios de inclusión	45
5.9.2 Criterios de exclusión	45
5.10 Metodología por objetivos	46
5.11 Consideraciones éticas	47
6. RESULTADOS	48
6.1 Objetivo uno: Caracterización sociodemográfica.	48
6.2. Objetivo dos: Conocimientos sobre la política institucional de seguridad del paciente.	56
6.2.1 Nivel de conocimiento del personal sobre la política de seguridad del paciente.	56
6.2.1.1 Dimensión organizacional	56
6.2.1.2 Dimensión actitud frente al reporte	57
6.2.1.3 Dimensión actitud frente a la seguridad	59
6.2.1.4 Dimensión de capacitación	60
6.3 Objetivo tres: Conocimientos sobre seguridad del paciente.	62
6.3.1 Promedio de calificación del personal de enfermería	62
6.3.2 Promedio de calificación en el área de auxiliar de enfermería	63

6.3.3 Promedio de calificación del área de medicina	64
6.3.4 Promedio de calificación de radiología	66
6.3.5 Nivel de adherencia a buenas prácticas.	66
7. Discusión	73
8. Conclusión	85
9. Recomendaciones	87
9.1 Estrategia 1: Estrategia Educativa	87
9.2 Estrategia 2: Promoción De Herramientas Organizacionales	87
9.3 Estrategia 3: Coordinación De Actores	87
9.4 Estrategia 4: Información.	88
9.5 Estrategia 5: Prevención.	88
10. Notas del autor	90
10.1 Optimización de recursos	71
10.2 Mejora en la calidad de la atención	71
10.3 Reducción de tiempos de espera	71
10.4 Coordinación interdisciplinaria	72
10.5 Gestión de crisis y eventos inesperados	72
Referencias bibliográficas	92
Anexos	109

Listado de Tablas

Pág.

Tabla 1: Significancias en eventos adversos por medicamentos	4
Tabla 2: Sistema de reporte	25
Tabla 3: Buenas prácticas habilitación y acreditación	28
Tabla 4: Variables operacionales	36
Tabla 5: Variables demográficas	36
Tabla 6: Variables nivel de conocimientos en seguridad del paciente	37
Tabla 7: Variables relacionadas con la administración de medicamentos	38
Tabla 8: Variables relacionadas con lavado de manos	39
Tabla 9: Variables relacionadas con prevención de caídas	40
Tabla 10: Variables relacionadas con la identificación del paciente	41
Tabla 11: Actividades en el servicio de urgencias	43
Tabla 12: Método, etapa, actividad objetivo uno	46
Tabla 13: Método, etapa, actividad objetivo dos	46
Tabla 14: Método, etapa, actividad objetivo tres	46
Tabla 15: Características sociodemográficas personal	48
Tabla 16: Género, escolaridad y área laboral	50
Tabla 17: Género, escolaridad y horario laboral	51
Tabla 18: Tipo de Contrato / Frecuencia	52
Tabla 19: Tipo de Contrato / Horas Semanales	53
Tabla 20: Área Laboral / Horas Semanales	54
Tabla 21: Área Laboral / Horario Laboral	55
Tabla 22: Dimensión organizacional	56
Tabla 23: Dimensión actitud frente al reporte	57
Tabla 24: Dimensión actitud frente a la seguridad	59
Tabla 25: Dimensión de capacitación	60
Tabla 26: Sumatoria total por porcentaje de las dimensiones sobre 5	61
Tabla 27: Semaforización	62
Tabla 28: Promedio del personal del área de enfermería profesional	62
Tabla 29: Promedio del personal del área de auxiliar de enfermería	63
Tabla 30: Promedio del personal del área de medicina	65
Tabla 31: Promedio de calificación de los radiólogos	66
Tabla 32: Cumplimiento en prevención de caídas	67
Tabla 33: Cumplimiento de identificación de pacientes	67
Tabla 34: Cumplimiento en administración segura de medicamentos	68
Tabla 35: Cumplimiento en lavado correcto de las manos	68
Tabla 36: Promedio de las variables de cumplimiento	69

Listado de Figuras

	Pág.
Figura 1: Política de seguridad del paciente	12
Figura 2: Factores que influyen a la no adherencia.....	18
Figura 3: Seguridad del Paciente	27
Figura 4: Tipos de EA en urgencias	29

Listado de Anexos

	Pág.
Anexo A: Consentimiento Informado.....	109
Anexo B: Semaforización del instrumento.....	110
Anexo C: Instrumento objetivo uno.....	111
Anexo D: Instrumento objetivo dos.....	112
Anexo E: Instrumento complemento objetivo dos.....	113
Anexo F: Instrumento otro complemento objetivo dos.....	114
Anexo G: Instrumento objetivo tres.....	115
Anexo H: Carta solicitud del estudio en la IPS.....	117
Anexo I: Carta de respuesta de la IPS.....	118
Anexo J: Carta Aprobación de Comité de Ética.....	119

Resumen

Esta investigación tiene como **objetivo** principal describir la situación del servicio de Urgencias respecto a la adherencia del personal a la Política de Seguridad institucional en una IPS de primer nivel en Cali, para esto primeramente se establecerá el nivel de conocimiento del personal sobre la política de seguridad del paciente, posterior a esto se identificara el nivel de adherencia a la buenas practicas sobre seguridad del paciente por parte del personal en el servicio de Urgencias; y, por último, se establecerá la brecha entre los resultados observados de la política de seguridad y los estándares de acreditación relacionados con la seguridad del paciente. Usando una **metodología** con un enfoque de estudio cuantitativo, con base a la recolección de datos fundamentada en la medición numérica y el análisis estadístico que se recopilara de dos instrumentos los cuales serán aplicados al personal asistencial y el otro será aplicado por la investigadora para poder verificar el cumplimiento de los ítems de acreditación; la investigación es exploratorio y de revisión documental, lo cual servirá además como aporte teórico a otras investigaciones y además es retrospectiva de corte transversal porque se tomará un periodo de tiempo determinado en el 2019-2020-2021. **Resultados** se encontró que para el objetivo específico uno el personal colaborador el género arrojó 50% respectivamente, dio significativo estrato social 2, 3 y 4; en estudio pregrado con 50% y técnico con 40%, cantidad auxiliares de enfermería con 44%, enfermería profesional 11%, jornada laboral turno rotativo con 85%, tipo de contrato de prestación de servicios con 85.3%, con jornada semanal de 48 horas e 73.5%, con turnos de 8 a 12 horas el 58.8%, con tiempo laborando de más de 8 años 44.1%, y por ultimo años de experiencia con más de 8 años 38.2% y entre 3 a 6 años 32.4%, en cuanto al objetivo dos el personal de enfermería, auxiliares de enfermería, medicina y radiología arrojó porcentajes y promedios elevados en cuanto al nivel de conocimiento sobre la política de seguridad del paciente, Y por último, los porcentajes de cumplimiento fueron significativamente altos.

Conclusión: las estrategias de conocimiento, control y evaluación que se da en el

servicio de urgencias de la IPS es significativamente alto, debido a los resultados de los instrumentos aplicados, lo que invita a pensar que las capacitaciones constantes que da la IPS si generan impacto en sus colaboradores en cultura de adherencia a las políticas de seguridad al paciente.

Palabras claves: Adherencia, Política de Seguridad, Evento Adverso, Modelo, Punitivo, Urgencias. Análisis, modelos, seguridad del paciente, primer nivel.

Abstract

The main objective of this research is to describe the situation of the Emergency Service regarding the staff's adherence to the institutional Security Policy in a first-level IPS in Cali. For this, the level of staff knowledge about the policy will first be established. patient safety, after this the level of adherence to good practices on patient safety by the staff in the Emergency Department will be identified; and, finally, the gap will be established between the observed results of the safety policy and the accreditation standards related to patient safety. Using a methodology with a quantitative study approach, based on data collection based on numerical measurement and statistical analysis that will be collected from two instruments which will be applied to healthcare personnel and the other will be applied by the researcher to be able to verify compliance with the accreditation items; The research is exploratory and documentary review, which will also serve as a theoretical contribution to other research and is also retrospective and cross-sectional because it will take a certain period of time in 2019-2020-2021. Results: It was found that for specific objective one, the collaborating staff, the gender gave 50% respectively, gave significant social stratum 2, 3 and 4; in undergraduate study with 50% and technical with 40%, number of nursing assistants with 44%, professional nursing 11%, rotating shift work hours with 85%, type of service provision contract with 85.3%, with weekly work hours 48 hours and 73.5%, with shifts from 8 to 12 hours 58.8%, with working time of more than 8 years 44.1%, and finally years of experience with more than 8 years 38.2% and between 3 to 6 years 32.4%, Regarding objective two, the nursing staff, nursing assistants, medicine and radiology showed high percentages and averages in terms of the level of knowledge about the patient safety policy, and finally, the compliance percentages were significantly high.

Conclusion: the knowledge, control and evaluation strategies that occur in the IPS emergency service are significantly high, due to the results of the instruments applied, which suggests that the constant training provided by the IPS is They generate an impact on their collaborators in a culture of adherence to patient safety policies.

Keywords: Adherence, Security Policy, Adverse Event, Model, Punitive, Emergencies. Analysis, models, patient safety, first level.

Introducción

La seguridad del paciente se ha vuelto el eje central en diferentes áreas del conocimiento, dentro de los programas de calidad, mejoramiento continuo en todas las instituciones de salud. No obstante, también va ligada a la condición humana y el ser humano está ligado al error en las actividades que practica, y el ejercicio de la salud no está exento de esto, ni de buscar a quien recaer con la culpa de lo sucedido, para poder castigar, aprender o dejar un precedente de lo que se debe o no se debe hacer.

Ahora bien, en el ámbito de la salud, los errores pueden ser muchos. Hay factores de riesgo que son ampliamente identificados, por tal motivo, la seguridad del paciente, los protocolos y guías de manejo clínico ayudan a disminuir este tipo de errores y/o problemáticas.

Para lograr la adherencia a estas políticas de seguridad, en especial, de los servicios de urgencias es primordial una serie de factores que se correlacionan. Con la motivación del personal se pueden llegar a alcanzar las metas personales y las de un buen servicio, con el fin de mantener y las metas, valores y principios del servicio de salud, que logre generar altos desempeños favorecidos según las necesidades de los pacientes, familias y la institución.

La política de seguridad del paciente hace parte del direccionamiento estratégico de una institución de salud y pretende ser la guía para la actuación del personal, el mejoramiento de las condiciones de infraestructura y demás actuaciones que lleven a que los servicios se presten sin errores o amenazas hacia el bienestar de la población atendida. Por esta razón, es importante examinar el cumplimiento de estas prácticas en la prestación de servicios sobre todos en aquellos que son más vulnerables con son los servicios de urgencias.

1. Descripción del Problema

La política de seguridad del paciente se encuentra en el sistema obligatorio de garantías de calidad de la atención en salud en Colombia, donde se proponen prevenir las ocurrencias de las posibles situaciones que afectan a los pacientes, con respecto a la seguridad, además, reducir los eventos adversos para poder tener instituciones seguras y altamente competitivas nacional e internacionalmente ¹.

Sin embargo, a pesar de los avances científicos, el personal de salud continúa generando situaciones de riesgo y no con la intención de hacer daño, sino que hay condiciones o comportamiento de riesgo relacionados con los procesos de atención que pueden llegar a generar daño o muerte a los pacientes. Además, los sistemas de atención en salud son de alto riesgo debido a su complejidad pues pueden pasar de ser una atención simple a súbitamente ser algo realmente complejo y potencialmente peligroso, no solo para los pacientes sino para los colaboradores, sino existen los adecuados controles. Por tal razón, es de suma importancia la adherencia a las políticas de seguridad del paciente, a razón de que generan la adherencia y la cultura de cuidado y autocuidado basado en la política. En caso contrario, pueden generarse actitudes de negligencia, falta de planeación, ejecución, sobre carga laboral, falta de plan de acción, desarrollo de procesos, impacto negativo del comportamiento, miedos que al final producen eventos adversos, los cuales según la literatura existen en gran abundancia ¹. La seguridad del Paciente implica la evaluación permanente y proactiva de los riesgos asociados a la atención en salud para diseñar e implantar de manera constante las barreras de seguridad necesarias ¹.

Un evento adverso (EA) es el resultado que se tiene luego que un paciente es atendido en salud y se ha producido un daño el cual no se realizó de manera intencional ².

La Organización Mundial de la Salud, afirma que todo sistema de prestación de servicios debe tener protocolos de seguridad del paciente, este 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, incluido el control de las infecciones, el uso seguro de los medicamentos, la seguridad de los equipos, de la práctica clínica y del entorno en el que se presta la atención sanitaria ³.

Los medicamentos, sustancias o productos utilizados para modificar o explorar un sistema fisiológico o estado patológico en beneficio del individuo, constituyen la tecnología médica más utilizada en el mundo y han permitido alcanzar avances significativos en su desarrollo. También afirman, que su uso no está exento de riesgos, y esto genera un problema de salud pública, lo cual, ha adquirido gran importancia mundial, se consideran uno de los principales problemas de la terapia con drogas, debido a que está asociado a una elevada mortalidad, disminución del cumplimiento y éxito de la terapia, así como también directa e indirectamente a un elevado costo ⁴.

La seguridad del paciente es fundamental para que los hospitales cumplan su papel social, ofreciendo una guía para los colaboradores dando una asistencia sanitaria de calidad con el mínimo de riesgos al paciente. Por esta razón, estos eventos se convierten en un indicador de la calidad en salud, ya que compromete la salud del paciente ⁵. Cuando se producen incidentes, son por el fracaso en los procesos de comunicación entre los participantes de los eventos, es decir, entre los profesionales de la salud y el área operativa, junto con los inadecuados sistemas de información, la insuficiente incorporación de estrategias, protocolos, programas y métodos

clínicos elaborados por evidencia científica sólidas, además el agregar la falla de los mecanismos de registro y notificación de estos eventos ⁶.

El daño accidental de los pacientes durante su atención conlleva una enorme carga de enfermedad y se ha convertido en un foco importante de investigación y cambio de práctica en los últimos 20 años. La administración de medicamentos en particular ha recibido una atención considerable ⁷.

Una problemática detectada en un estudio que se realizó en Estados Unidos en el año 2022, por falta de adherencia a los protocolos de seguridad de medicamentos e identificación de pacientes, se descubrió que el uso de hidroxicloroquina que fue usado como tratamiento del COVID – 19 presento una ponderación significativa de eventos adversos, así que gracias a la investigación que se realizó con información desde el 2016 con los 10 principales medicamentos notificados en el sistema de eventos adversos ⁸, como se ve a continuación:

Tabla 1: Significancias en eventos adversos por medicamentos

Rango	Medicamento	Informes por año						Informe total
		2021	2020	2019	2018	2017	2016	
1	Prednisona	207	285	94	39	22	27	674
2	Tocilizumab	108	252	75	33	27	18	513
3	Hidroxicloroquina	103	217	64	29	13	11	437
4	Dupilumb	170	113	69	24	-	-	376
5	Morfina	86	142	29	17	1	4	279
6	Anakinra	62	139	31	11	3	2	248
7	Amlodipina	75	48	37	18	4	13	195
8	Codeína	65	87	17	8	3	-	180
9	IgG humana	50	80	29	6	1	11	177
10	Nivolumab	27	31	27	41	32	17	175
Total		953	1394	472	226	106	103	3254

Fuente: datos de Joshua Biro et al ⁷. Diseño de la tabla elaboración propia

Medicamentos como la Prednisona, Tocizumab y la Hidroxicloroquina fueron los medicamentos con más reportes de eventos adversos reportados por dicho estudio. La falta de adherencia a los protocolos de seguridad al paciente en el suministro de medicamentos son complicaciones que contribuyen a que los pacientes sean remitidos a hospitalización y estas dificultades logran aumentar las tasas de reingresos por eventos adversos ⁹.

Otra problemática, en la seguridad del paciente es la sobredosis de fármacos o medicamentos en pacientes que ingresan a urgencias, han generado una hipótesis que la sobre dosis de medicamentos ocurre por un evento depresivo, porque el paciente ya viene auto medicado, lo cual genera aumento de riesgo de sobre dosis¹⁰.

En simultaneo a los eventos adversos por medicamentos, la falta de adherencia a los protocolos de seguridad y las técnicas de administración y/o la aplicación de estos, generan complicaciones, por ejemplo, las transfusiones de sangre pueden resultar en un EA infeccioso o más comúnmente no infeccioso donde se incluye una reacción transfusional febriles no hemolíticas, reacciones alérgicas, sobre carga circulatoria asociada a la transfusión, lesión pulmonar aguda y esta puede ser asintomática, leves o potencialmente fatal ¹¹.

Así las cosas, la prevención de los EA pertenecen a la seguridad del paciente y más aún a un alto nivel de adherencia del personal de salud a los protocolos, guías y procedimientos que se deben llevar. La no adherencia genera como resultado en fallas en los procesos complejos de prestación de atención médica o de salud. Para lograr intentar garantizar la seguridad, los equipos operativos deben implementar formas de identificar factores asociados a la presencia de los EA que ocurre de manera no aleatoria y responder de manera oportuna, generar cultura de reporte y adherencia a los protocolos ¹².

Por otro lado, el no uso de las etiquetas; *(Al hablar de seguridad del paciente y de medicamentos, decir etiquetas son los rótulos de identificación, donde se registra información de un medicamento. Además, tiene un objetivo claramente identificado, el fármaco dispensando desde la farmacia hasta el paciente, para garantizar la máxima seguridad al paciente)* que se colocan en los medicamentos para poder identificarlos están asociados a la no adherencia a los protocolos y cuando estos no se cumplen se producen EA. La farmacoterapia es una herramienta poderosa que ayuda a mejorar los resultados en los servicios de salud, pero aún existe una necesidad de reducir los problemas relacionados con los medicamentos a través de la prevención y el manejo de los EA, gracias a analizar los EA, cifras y datos de reporte, cualquier evento nocivo e involuntario resultante del uso de un medicamento destinado al diagnóstico o terapia. Además de la ausencia de etiquetado, existe la polifarmacia que también genera riesgos de interacciones medicamentosas que terminan en eventos adversos ¹³.

En ese sentido, el trabajador de la salud y/o talento humano es aquella persona que brinda atención con ética y responsabilidad, nunca con la intención de producir daño, hasta hace poco el tema de seguridad del paciente era algo implícito sin ningún proceso de fondo sino de forma. Por lo tanto, esta presunción no tenía en cuenta los sistemas de atención en salud son los más complejos a los que se enfrentan los seres humanos lo que hace que la probabilidad de riesgo aumente, por lo tanto, debe ser considerados como sistemas de alto riesgo, donde se apliquen barreras de seguridad para prevenir los fallos involuntarios que puedan presentarse durante la atención de un paciente ¹⁴.

Así las cosas, fomentar la notificación de los incidentes en un entorno de confianza se considera una buena estrategia para mejorar la cultura de seguridad del paciente en el área de urgencias ya que es la más vulnerable debido a sus dinámicas activas en las instituciones de salud ¹⁵. Poder analizar a profundidad el tipo de EA, frecuencias, causas y efectos en los pacientes, indicadores, metas y objetivos de cumplimiento de la cultura de adherencia a la seguridad del paciente¹⁶ resulta

esencial para entender y detectar errores en los procesos de atención y sirven para lograr y desarrollar intervenciones para prevenir recurrencias ¹⁷.

Por lo tanto, las circunstancias que pueden desempeñar un papel en el origen o la evolución del incidente en la seguridad del paciente ¹⁸ suele definirse como factores contribuyentes y se diferencian entre aquellos relacionados con los profesionales ¹⁹, el paciente, el entorno laboral, la organización y factores externos ²⁰. Y aunque la prevalencia suele ser relacionados con el profesional de la salud también se ha detectado que el entorno laboral es relevante en cuanto a la gravedad de los daños²¹.

En la ciudad del Cali, la prestación de servicios en el sector pública se realiza a través de las Empresas Sociales del Estado (ESE). Se encuentran cinco ESE distribuidas por áreas geográficas que agrupan las comunas de la ciudad. Una de ellas, se encuentra acreditada en calidad evidenciando su fortaleza en estos procesos. Sin embargo, dentro de los seguimientos realizados por el Icontec se ha podido evidenciar que los estándares asociados a la seguridad del paciente son los que más oportunidades de mejora han tenido. Igualmente, se han evidenciado brechas entre la autoevaluación realizada por los funcionarios y la realizada en los procesos de auditoría. Igualmente, se evidencia un subregistro de eventos e incidentes relacionados con la seguridad.

Esto hace pensar que existe una falta de adherencia del personal asistencial, administrativo y los directivos a la política de seguridad de paciente. Se han reportado un promedio entre ocho a nueve eventos adversos al mes durante los últimos tres años, cifra que para el número de atenciones que tiene la Red se considera bajo por lo que se piensa que la adherencia al reporte de eventos adversos e incidentes asistenciales es baja. Por ejemplo, en un informe que se realizó de seguridad del paciente sobre eventos e incidentes en el ESE centro, se encontró en el periodo comprendido entre enero 2017 a junio de 2021 se reportaron

un total de 268 eventos adversos, con un promedio de 67 casos por año. 634 fallas de atención con un promedio de 158 casos por año, igualmente, los incidentes asistenciales fueron 556 con un promedio de 139 incidentes por año. A pesar de que la Red ha avanzado en la cultura de reporte de eventos adversos e incidentes asistenciales se considera que aún existe mucho subregistro por la falta de adherencia a la política de seguridad del paciente.

Del total de eventos reportados se observa que el hospital básico de la red concentra la mayor parte de ellos en eventos leves de estos se presentaron 200 casos para un porcentaje del 78,12%, 38 eventos moderados (14,84%), 9 casos graves (3,52%) y catastróficos 3 casos (1,17%) y a su interior el servicio de urgencias es el servicio con mayor reporte de eventos e incidentes.

1.1 Formulación de la pregunta problema

¿Cuál es el nivel de adherencia del personal asistencial a la política de seguridad del paciente en el servicio de urgencias en una IPS de primer nivel en Cali?

2. Justificación

Esta investigación es conveniente para la empresa objeto de estudio, pacientes, personal asistencial y toda aquella persona que esté interesado en leer este documento, debido a que en Colombia los enfoques de calidad han avanzado, ya no se centran exclusivamente en los atributos de los servicios ni en la satisfacción de los pacientes, sino que han integrado los sistemas en general, donde se logre resultados analíticos, encaminados a modelos sostenibles.

El Ministerio de Salud y la Protección Social ha implementado la resolución 256 del 2016 con la que pretende una medición de manera sistemática y transversal de la seguridad del paciente en todo el territorio colombiano. Por lo tanto, es una prioridad la atención al paciente desde la seguridad del paciente enfocado en la implementación de acciones necesarias para lograr una atención efectiva bajo la capacitación permanente del personal logrando una cultura institucional, adherencia a los protocolos para mejorar los resultados de los procedimientos y así mismo brindar una seguridad al paciente al momento de la prestación del servicio por parte del personal de salud.

El enfoque a la adherencia de la política de seguridad nos permite lograr una cultura institucional en todo el personal mediante la disminución y monitoreo de los EA, y lo que produzca algún riesgo al paciente en las diferentes buenas prácticas de atención ejemplo la administración de medicamentos, prevención de caídas la identificación del paciente entre otras; con sus principales elementos en los niveles de servicio para poder lograr estandarizar el mejoramiento continuo en la cultura del reporte. Existen diferentes tipos de indicadores para el monitoreo de seguridad del paciente, dentro de los cuales se encuentran los indicadores de resultado que son los más usados en el sistema de salud y miden el grado en el que la atención otorgada al paciente produjo o no el efecto deseado; del mismo modo, este indicador evidencia un cambio en la salud atribuido a la atención recibida ²².

Así las cosas, la importancia de los EA proveen a las instituciones prestadores de salud los datos necesarios para diseñar, implementar y optimizar continuamente las acciones de mejoramiento, por lo que describir la seguridad del paciente en Colombia durante el año 2016 a partir de los indicadores definidos en la resolución 256 de 2016 permitirá identificar las fortalezas, amenazas y oportunidades de mejora en la Política de Seguridad del Paciente del país.

Esta investigación tiene una: Significancia social: debido a que la comunidad usuaria se verá beneficiada, ya que el personal que los atiende al aplicar la estrategia podría lograr disminuir los eventos adversos relacionados a la atención en salud y contribuir a la seguridad del paciente.

La Significancia científica: Esta investigación está desarrollada con base a artículos de evidencia científica soportados en las revistas indexadas, avaladas por Colciencias, las cuales se encuentran en Publindex, los antecedentes y el marco teórico está construido con estas investigaciones científicas de rigor.

La Significancia de pertinencia con el país: El desarrollo de este proyecto está basado fundamentalmente en una problemática establecida en un Hospital de nivel 1 en el municipio de Santiago de Cali, el cual es un municipio del departamento del Valle del Cauca, ubicado en Colombia, por lo anterior, se esclarece la pertinencia con el país, y poder lograr mejorar los procesos de seguridad del paciente en esta área geográfica.

3. Marcos Referenciales

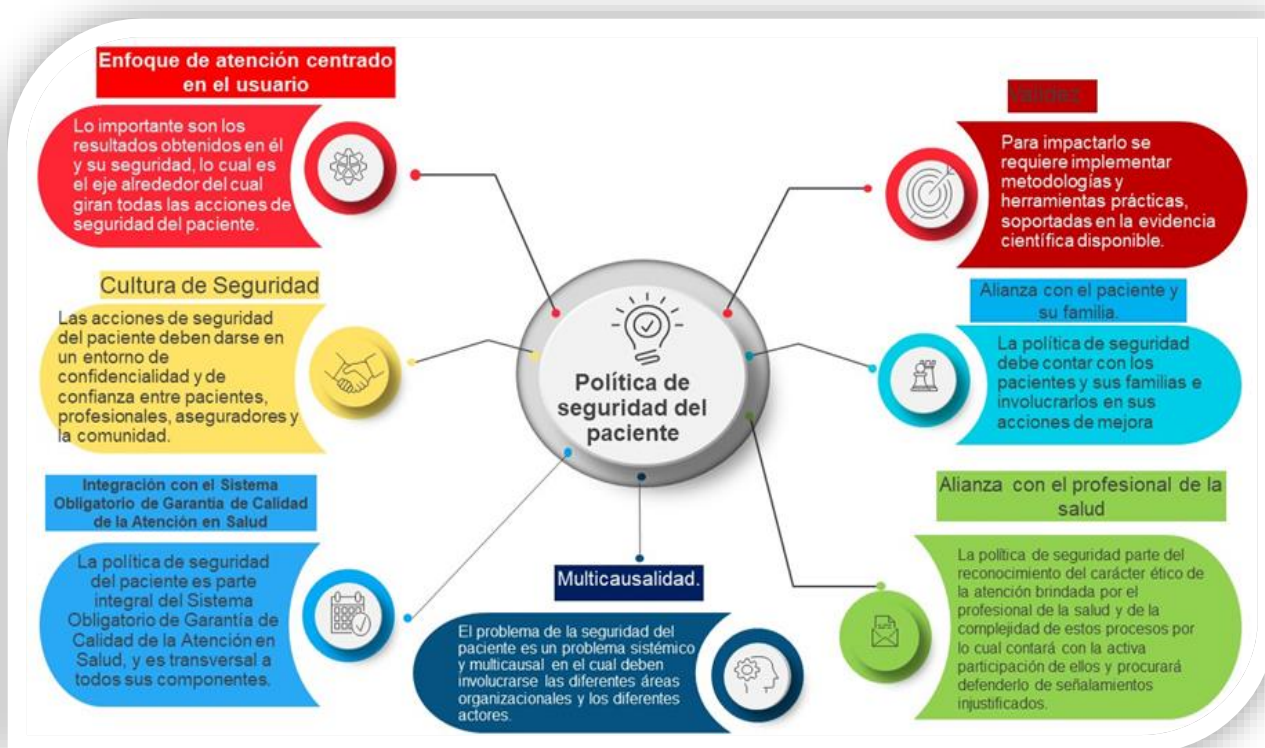
3.1 Estado del Arte

Según el Ministerio de Salud y la protección social, se define la seguridad del paciente como el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias. Implica la evaluación permanente de los riesgos asociados a la atención en salud para diseñar e implantar las barreras de seguridad necesarias.

- Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente en Colombia: Su propósito es prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y de ser posible eliminar la ocurrencia de eventos adversos para contar con instituciones seguras.
- Guía técnica buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud. Versión 001 2010 (2023): Su propósito es brindar recomendaciones técnicas para la operativización e implementación de los lineamientos en los procesos asistenciales, recopila las prácticas disponibles en la literatura médica, cuentan con evidencia suficiente o son recomendadas por grupos de expertos²³.
- Guía técnica de buenas prácticas en seguridad del paciente 2010: Brinda a las instituciones recomendaciones técnicas, para la operativización e implementación de buenas prácticas en sus procesos asistenciales.
- Promoción de la cultura de seguridad del paciente: Su propósito es integrar, disponer y difundir la información y el conocimiento sobre seguridad del paciente, para fomentar el desarrollo de capacidades y la implementación de acciones de mejora.

Alcanzar el propósito de establecer una atención segura, va más allá del establecimiento de normas; estas son solamente el marco de referencia. Es necesario el compromiso y la cooperación de los diferentes actores para sensibilizar, promover, concertar, y coordinar acciones que realmente alcancen logros efectivos. Los problemas de seguridad del paciente son inherentes a la atención en salud. Para el efecto resulta relevante establecer unos principios transversales que orienten todas las acciones a implementar. Estos principios son:

Figura 1: Política de seguridad del paciente



Fuente: conceptos técnicos de Políticas de seguridad del Paciente MinSalud. Diseño de figura elaboración propia

3.1.1 Estudios en Europa relacionados con seguridad del paciente.

Un estudio de Scheifes et al (2016) ²⁴ en Países Bajos, se tuvo como objetivo evaluar la prevalencia de eventos adversos, como método se aplicó un cuestionario,

como resultados prácticamente la totalidad de 103 adultos con el ID y el comportamiento desafiante tenían al menos un evento adverso (84,4%) y casi la mitad tenido tres eventos adversos (45,6%). Se concluye que una gran mayoría de los pacientes tuvieron al menos un evento adverso asociado con uso de fármacos debido a la aplicación del protocolo de seguridad del personal de salud.

3.1.2 Estudios en América del Norte de seguridad del paciente.

Danika M (2023) ²⁵ en Estados Unidos tuvo como objetivo identificar de manera segura a los grupos de bajo riesgo que pueden ser dados de alta o manejados en unidades de observación de urgencias, donde se cumplió a cabalidad los protocolos de salud, Se completó un análisis de cohorte retrospectivo de 304 pacientes con insuficiencia cardíaca aguda que se presentaron en un servicio de urgencias en un gran centro de atención médica terciaria. Se calcularon las puntuaciones de EHMRG para estratificar a los pacientes según los umbrales publicados.

Mohamed Toufic (2022)²⁶ Canadá el propósito fue identificar estudios controlados aleatorios que midieran la seguridad del paciente como resultado de la simulación para enfermeras. Once estudios, incluidos 696 enfermeros, cumplieron los criterios de inclusión. Las dos categorías principales que se examinaron fueron el rendimiento clínico que impacta en la seguridad del paciente y los resultados del paciente. El rendimiento clínico y la seguridad del paciente fueron los resultados más evaluados, medidos en todos los estudios incluidos excepto uno. El desempeño mejorado de las enfermeras refleja un aumento en la seguridad del paciente, medida a través de un mayor cumplimiento de las guías de mejores prácticas basadas en la evidencia. Se examinaron cuatro categorías de resultados adicionales como posibles contribuyentes a los dos resultados principales: satisfacción de los participantes con la capacitación, autoconfianza, autoeficacia, actitudes y conocimientos.

3.1.3 Estudios Orientales relacionados con seguridad del paciente.

Sookhee Yoon y Taewha Lee²⁷. 2022 en Corea del sur tuvieron como propósito analizar los factores que influyen en el informe de las enfermeras militares sobre los eventos de seguridad del paciente en Corea del Sur: un enfoque de modelado de ecuaciones estructurales. Este estudio adoptó un diseño transversal y descriptivo correlacional. Se recopilaron datos de 303 enfermeras que trabajaban en ocho hospitales militares bajo la jurisdicción del Comando Médico de las Fuerzas Armadas en Corea del Sur, del 17 de junio al 25 de julio de 2020. Las enfermeras militares participantes no mostraron ninguna actitud proactiva hacia la notificación de cuasi accidentes en comparación con sus respuestas a eventos adversos o sin daño. Tanto el clima de seguridad ($\beta = 0,35$, $p = 0,009$) como el conocimiento sobre la seguridad del paciente ($\beta = 0,17$, $p = 0,025$) influyen directamente en la notificación de eventos de seguridad del paciente.

Además, solo la cultura influye indirectamente en la notificación de eventos de seguridad del paciente ($\beta = 0,31$, $p = 0,002$). Los factores de influencia descubiertos representan el 22,9 % de la varianza en la explicación de la notificación de eventos de seguridad del paciente. Nuestros hallazgos indican que solo la cultura, el clima de seguridad y el conocimiento de la seguridad del paciente, directa o indirectamente, afectaron el informe de eventos de seguridad del paciente entre las enfermeras militares. Estos hallazgos luego sirven para proporcionar una base teórica para desarrollar estrategias más efectivas que luego mejorarían los comportamientos de seguridad del paciente de las enfermeras militares.

3.1.4 Estudios en América Latina relacionados seguridad del paciente.

Urpi. L²⁸ (2020) Perú, el objetivo es conocer la asociación de la sobrecarga laboral y la cultura de seguridad del paciente. Se usó diseño no experimental de corte transversal correlacional, la muestra consto de 267 personales de salud, haciéndose uso de dos cuestionarios para medir las variables. Se observó que 52.81% de los profesionales de salud presentan un nivel medio de sobrecarga laboral, 36.70% un nivel alto y 10.49% un nivel bajo. Respecto a la segunda variable

el 72.66% de los profesionales de salud presenta un nivel aceptable en relación a la cultura de seguridad del paciente, 16.48% de un nivel pobre y 10.86% un nivel bueno. Se usó el Rho Spearman donde se halló la presencia de asociación significativa de la Sobrecarga Laboral y la Cultura de Seguridad del Paciente, identificando correlación moderada negativa $RHO = -0.611$.

Morales. A²⁹ (2020) Perú, tuvo como propósito determinar la relación que existe entre la Gestión de la Seguridad y Salud en el trabajo con el estrés laboral de los trabajadores asistenciales de un hospital público, 2019. Su población estuvo constituida por los empleados de un hospital público de Lima y su muestra fue de un total de 347 participantes. La seguridad y salud en el trabajo, entre los trabajadores asistenciales de un hospital público, 2019, en correspondencia el estrés laboral se sitúa en un nivel alto. Se determinó correlación estadísticamente significativa, baja y en sentido negativo, entre la variable Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo y Estrés Laboral, es decir, cuando incrementa la Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo, el Estrés Laboral tiende a hacer más bajo o negativo.

Hojas Pereira³⁰ de Brasil en el 2020 tuvieron como objetivo identificar las competencias actuales en seguridad del paciente entre los residentes de anestesiología. Se elaboró una revisión sistemática utilizando las bases de datos PubMed, SciELO, BVS, Cochrane Library, LILACS y CAPES con los descriptores “anestesiología”, “seguridad del paciente”, “residencia” y “competencia”. Se analizaron trece artículos publicados en los últimos 10 años. Los artículos describieron competencias agrupadas en tres categorías: conocimiento (identificación, prevención y manejo de eventos adversos; uso de información correcta y actualizada; comprensión de los factores humanos; y aprendizaje continuo), habilidades (comunicación eficiente; trabajo en equipo; liderazgo; toma de decisiones; y confianza en uno mismo), y actitud (manejo del estrés y la fatiga; y control de infecciones). Los estudios también revelan que los residentes se desempeñan de manera deficiente en ciertos dominios de

seguridad del paciente debido a la falta de comprensión profunda efectiva, apreciación del tema y enseñanza ineficaz. En consecuencia, es necesaria una mayor inversión en el tema por parte de las instituciones de enseñanza y de salud y de los investigadores.

3.1.5 Estudios en Colombia relacionados con seguridad del paciente.

En un estudio realizado por Maria José Durango, titulado “Evaluación de la política de seguridad del paciente, en la ese Hospital San Francisco de Ciénaga de Oro, durante el cuarto trimestre de 2019”, cuyo objetivo fue evaluar justamente la adherencia de dicha política, los resultados mostraron que, basados en la información recopilada mediante la aplicación de la lista de verificación, se observan diversas deficiencias en la implementación de los protocolos necesarios para asegurar una atención segura a los pacientes que visitan la institución, según su política de seguridad del paciente.

Según los resultados de la lista de verificación, ninguno de los componentes aplicables a la IPS logra alcanzar el 100% de cumplimiento. Esta situación puede afectar negativamente el adecuado registro, seguimiento, evaluación y mejora de los eventos adversos ocurridos en la entidad, ya que los principales incumplimientos están relacionados principalmente con la supervisión y evaluación de los procedimientos de cada componente. En este contexto, la falta de supervisión adecuada sobre la implementación correcta de los componentes y el cumplimiento de los protocolos de atención segura constituyen una falla en la política de seguridad del paciente. Esto crea un vacío en el programa de seguridad del paciente, que está documentado pero no se está ejecutando conforme a lo establecido por el Ministerio de Salud. Esto, a su vez, aumenta el riesgo de eventos adversos en la atención médica.

Además, esta situación contribuye al estancamiento de la entidad en cuanto a la atención segura y la calidad de atención, ya que no se lleva a cabo un monitoreo o evaluación que permita una mejora continua de los aspectos con deficiencias, lo

que propicia la repetición de los mismos errores.³¹.

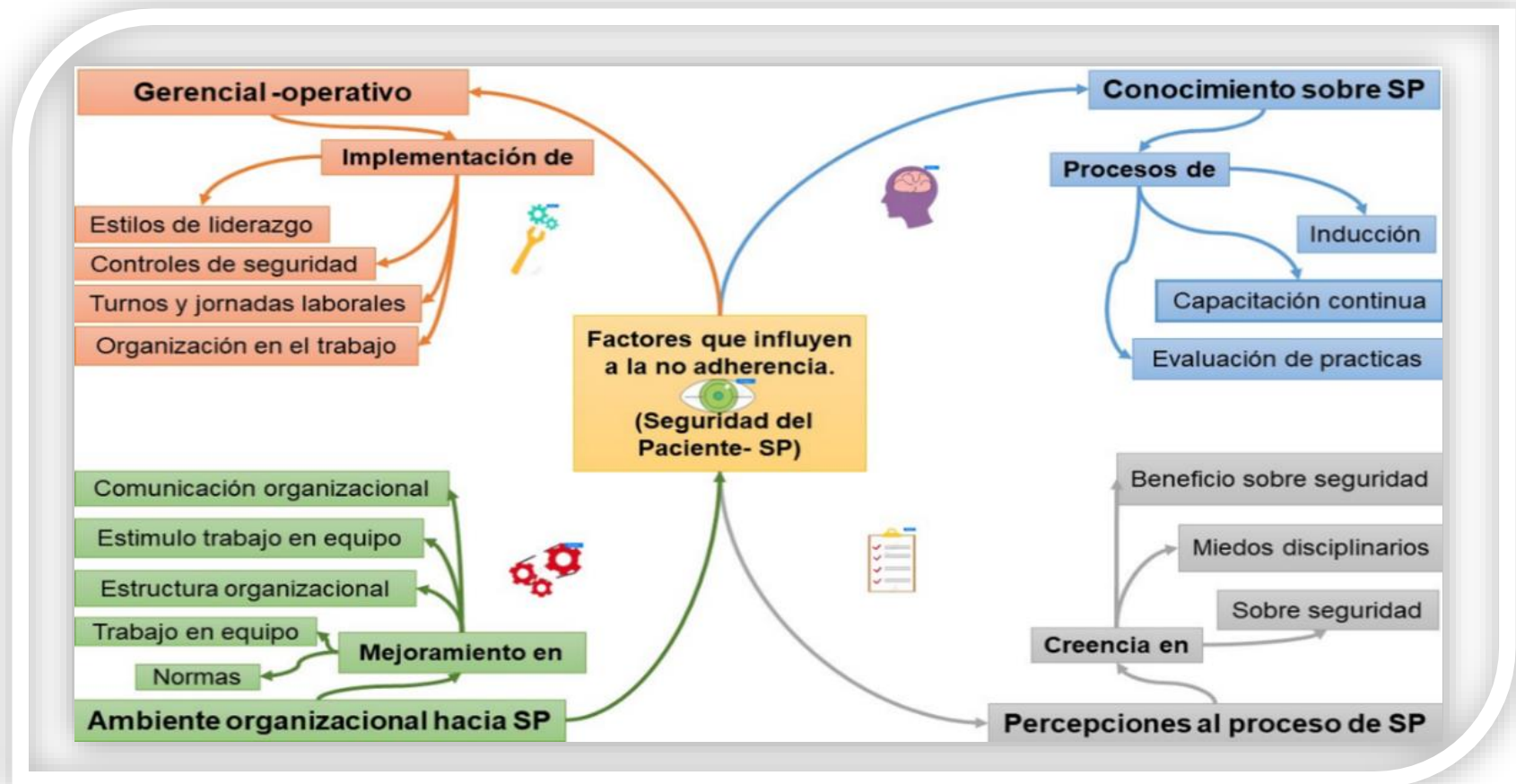
3.2 Marco Teórico- Conceptual

Según la Joint Comissions afirma que los objetivos deben estar centrados en los pacientes, con altos estándares de calidad, tiempo y compromiso para la atención y servicio de salud. Además, del acceso y continuidad en la atención con igual o mayor calidad, involucrando al paciente y familia ³².

Por otro lado, La Sociedad Internacional para la Calidad en el Cuidado de la Salud –ISQuaes un organismo sin ánimo de lucro, de carácter independiente, con miembros institucionales en más de setenta países, reconocido como el referente mundial para acreditar a las instituciones que desarrollan procesos de evaluación externa basados en estándares de acreditación en salud. La Acreditación de ISQua garantiza que los procesos empleados por un organismo acreditador ³³.

A continuación, se muestra el diagrama de marco conceptual que se usara en este trabajo de investigación.

Figura 2: Factores que influyen a la no adherencia



Fuente: Conceptos de Carlos Édgar Rodríguez. Diseño de figura elaboración propia.

La figura anterior muestra la importancia de los factores influyen a la no adherencia, como se ve a continuación:

En el primer factor: el conocimiento sobre seguridad del paciente, se genera gracias a los procesos de inducción, capacitación continua y evaluación de las prácticas, esta triada, es fundamental debido a que generar conocimiento sobre la importancia de la seguridad del paciente de manera constante, esto genera un hábito, el cual debe ser evaluado para verificación del conocimiento, y ver oportunidades de mejora. En los procesos de inducción, se genera razonamiento de premisas apoyadas por el conocimiento que garantiza la lógica de un proceso, tarea o actividad, se tiene como ventaja la amplitud del conocimiento de lógica inductiva, se miden las probabilidades cuando son evaluadas. Igualmente, este factor se fortalece con la capacitación continua ², que logra mejorar la productividad, optimizar la gestión de tareas y agregar valor a una empresa, ya que se mejoran los conocimientos y bienestar. Por otro lado, la evaluación es una de las tareas más importantes ya que en el proceso de aprendizaje se estima o se mide los alcances de lo enseñado, en relación con los objetivos de cada una de las empresas, donde se ve reflejado el esfuerzo por conocer cada vez mejor los procesos de diseño, conducción y uso de los resultados.

El segundo factor es la percepción sobre los procesos de seguridad del paciente, este se basa en las creencias que tiene el personal como los temores que se generan por reportar los eventos, como las consecuencias disciplinarias. En ocasiones el personal asistencial olvida que errar es de humanos, el riesgo en el que incurre la asistencia médica en instituciones hospitalarias, especialmente, aquellas que son consecuencias de los errores durante la medicación, asistencia, desde que el paciente ingresa al servicio de salud, este problema lleva muchos años estudiándose, mejorando los procesos para evitarlos; pero las muertes inesperadas de pacientes en hospitales hace que los entes gubernamentales intervengan en mejoras aplica-

das. Se ha detectado errores humanos desde administrativos, asistenciales, operativos, arquitectónicos. Así las cosas, el personal de salud cree que al reportar un evento puede ser disciplinado con despidos, con descuentos, quedarse sin trabajo, castigos penales, miedo a demandas y/o acciones legales, con castigos, etc.

Otra variable son las creencias sobre la seguridad del paciente, donde se cree que no pasa nada con cosas básicas y elementales que en sumatoria pueden generar problemáticas irreversibles, se cree que se presentan molestias aplicar el protocolo de seguridad, como sentimiento de represión de la seguridad, creencias de acoso laboral y otros, flexibilidad, sentimiento de retaliación hacia el personal, como desprecio, rechazo en la participación etc. Y finalmente, el beneficio sobre la seguridad, el personal cree que no se tiene un beneficio propio de aplicar la seguridad del paciente, solo les importa cumplir con el turno laboral y ya; pero un paciente al 100% bien atendido no va a recargar de trabajo al personal asistencial del mismo turno o del que sigue.

El tercer factor es el ambiente organizacional hacia la seguridad del paciente, este se basa en la relación que existe en el mejoramiento en la comunicación organizacional, es decir, entre los colaboradores asistenciales ya que en muchos casos el personal no posee una buena comunicación asertiva y positiva en situaciones laborales, además no se conoce si las intervenciones se realizaron desde otras y/o en otras áreas, en ese sentido, en algunas ocasiones la comunicación solo se rige a los coordinadores, administradores, gerentes y los implicados quedan fuera.

Por otro lado, en conocimiento de las políticas de seguridad, mejorar en el discernimiento de estas ya que están ligada a la cultura de conocimiento, adherencia y aplicación de estas, saber implementar el conducto regular de las normas son lo que dan éxito a la norma misma; por último, en cuanto a la estructura organizacional en ocasiones se ven afectadas debido a la falta de comunicación y cumplimiento en las áreas, ya que por ejemplo; un paciente que este pronto a ser dado de alta y sufre

una caída debe volver a ser hospitalizado, lo que genera una problemática organizacional desde la parte legal, administrativa, operativa, asistencial generando un aumento de costos, y por último, el estímulo de trabajo en equipo, a razón de varios factores que rodean al personal de salud a veces el compañerismo se ve perjudicado a nivel laboral, no se presenta ayuda o solidaridad con los compañeros nuevos, o inexpertos, ayuda asistencial, sobre cargos en actividades.

Y, por último, el factor gerencial y operativo, se logra implementar los estilos de liderazgo, son aquellos donde un compañero o colaborador realiza y guía por medio del discurso, ejemplo, metas e indicadores buenas prácticas gerenciales, operativas o asistenciales, generando en su equipo de trabajo, mejoramiento de los procesos, buenas ideas, cumplimiento de indicadores y metas. Luego se encuentran los controles de seguridad, lograr implementar esto, ayuda a detectar a tiempo en el lugar de trabajo oportunidades de mejora, situaciones que pueden llegar a tener un control o solución a tiempo, esto ayuda a que se disminuya los eventos adversos, situaciones de peligros, eslabones débiles en la cadena de seguridad. En cuanto a los turnos y jornadas laborales, se debe entender que la carga laboral tiene mucho que ver con los procesos de seguridad del paciente, a razón, de que un humano cansado, agotado no podrá rendir en su actividad laboral, por lo tanto, los turnos deben ser entre el rango de ley, bajo toda norma de salud ocupacional y las jornadas laborales, deben tener pausa activa, de descanso y/o estiramiento para poder despejar la mente, y centralizar las energías en los procesos laborales con conocimiento de causa.

3.2.1. Glosario

Seguridad del paciente: Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias ³⁴.

Atención en salud: Servicios recibidos por los individuos o las poblaciones para promover, mantener, monitorizar o restaurar la salud ³⁵.

Indicio de atención insegura: Un acontecimiento o una circunstancia que pueden alertar acerca del incremento del riesgo de ocurrencia de un incidente o evento adverso ³⁶.

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 ³⁷.

Fallas activas o acciones inseguras: Son acciones u omisiones que tiene el potencial de generar daño o evento adverso. Es una conducta que ocurre durante el proceso de atención en salud por miembros del equipo misional de salud (enfermeras, médicos, regente de farmacia, fisioterapeuta, bacteriólogos, auxiliares de laboratorio, auxiliar de enfermería, odontólogos etc.) ³⁸.

Autocuidado: Es la práctica de actividades que las personas jóvenes y maduras emprenden con relación a su situación temporal y por su propia cuenta con el fin de seguir viviendo, mantener la salud, prolongar el desarrollo personal y conservar el bienestar ³⁹.

Déficit de autocuidado: relación entre la demanda de autocuidado terapéutico y la actividad auto asistencial en el cual las capacidades de autocuidado desarrolladas no resultan adecuadas para satisfacer una parte o la totalidad de los componentes de la demanda existente o potencial ⁴⁰.

Métodos de acción: Son métodos de ayuda en una sucesión de acciones que al

aplicarse resuelven o compensan las limitaciones que tienen las personas en el ámbito de salud para regular su funcionamiento o de otros ⁴¹.

Factores de riesgo: Lesión cutánea con levantamiento de la epidermis que forma una vesícula o ampolla conteniendo líquido seroso ⁴².

Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de Atención en Salud (SOGCS):

Es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país⁴³.

3.2.2 Factores relacionados con eventos adversos.

Los eventos adversos no son usualmente culpa de las personas. Las instituciones deben considerar la posibilidad de error humano y de fallas en los procesos, cuando los mismos son diseñados ⁴⁴.

3.2.2.1 Eventos adversos.

Los eventos adversos se consideran una problemática de salud pública ya que las muertes producidas por los mismos sobrepasan la mortalidad por causa de accidentes de tráfico y de cáncer de seno en algunos países ⁴⁵, por lo que se debe encontrar soluciones para poder brindar apoyo para la reducción de estas situaciones de riesgo. Los eventos adversos se han distinguido como la injuria producida por el error, que no solo implica al médico sino al equipo de salud y a la misma institución.

Se entiende entonces por error médico según el Instituto de Medicina de los Estados Unidos: “Falla de una acción planeada para ser completada según la intención (error de ejecución) o el uso de un plan equivocado para alcanzar un objetivo (error de planeamiento)” ⁴⁶. En la literatura se encuentran definiciones sobre lo que es un

evento adverso y las distinciones que hacen de éste con el error médico, de igual manera reflexiones sobre la responsabilidad que debe asumir el paciente ⁴⁷.

En ese sentido, la seguridad del paciente luego del informe del *Institute of Medicine (IOM)*, *To err is human: Building a safer health care system*, a finales de los años 90' que llevo la OMS, donde se creó un grupo de trabajo para lograr evaluar constantemente para identificar oportunidades de mejora en la seguridad del paciente en los sistemas de salud ⁴⁸. Varios estudios epidemiológicos han demostrado la alta incidencia y frecuencia de EA ocasionados por error humano, lo que lleva a evaluar constantemente los modelos asistenciales utilizados hasta entonces⁴⁹.

Por tal motivo, es de suma importancia la actualización constante de campañas, programas, guías, propuestas, estrategias y proyectos para lograr disminuir los índices de daños causados por prácticas no seguras y estimular la creación de mecanismos de notificación de errores y daños ⁵⁰.

Desde el 2004 se creó con alianza mundial para la seguridad del paciente (*World Alliance for Patient Safety*) un proyecto en conjunto con Canadá, Estados Unidos y América Latina con los países de MERCOSUR donde se firma un compromiso fundamental de prevenir daños a los pacientes y generar avances de mejoramiento continuo con diseño de estrategias en la atención a pacientes ⁵¹.

3.2.3.2 Reporte de eventos adversos.

Los sistemas de reporte arrojan como resultados si se ha incrementado o disminuido la presentación de EA en una institución y es suma importancia y por tal razón ⁵², es recomendable realizar estas investigaciones en intervalos periódicos de estudios donde se registre datos y cifras numéricos, prevalencia o la incidencia de la ocurrencia de los EA ⁵³.

Por lo anterior, el estudio IBEAS es una alternativa útil para este propósito y las

herramientas para el análisis de indicio de EA disponibles en la literatura, además de ciertos avances tecnológicos que ayudan a mejorar estos procesos ⁵⁴. En cuanto a Colombia los procesos de detección de la ocurrencia de EA se rigen bajo la resolución 1446 del 2006, donde se establece como obligatorio para todos los actores del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, la vigilancia de EA y siendo esta estrategia aún más efectiva con un sistema de reporte de los hallazgos o encontrado ⁵⁵. No obstante, este tipo de reportes tienen una finalidad de aprendizaje que conlleve a una cultura de reporte y genere barreras de seguridad, donde se proteja además la intimidad y la confidencialidad del proceso ⁵⁶. Este tipo de reportes se denominan en dos como se ve a continuación:

Tabla 2: Sistema de reporte

Tipo	Generalidad
Sistema de reporte interinstitucional	Privilegie la confidencialidad de lo reportado, que permitan realizar un claro análisis causal y dentro del cual se puedan identificar los factores que están bajo el control de la institución
Sistema de reporte extra-institucionales	Tales sistemas de reporte pueden beneficiarse de la utilización de otras herramientas que incrementen la capacidad de detección de la institución tales como instrumentos de tamizaje para la detección de eventos adversos hospitalarios o técnicas “disparadoras” (también conocidas “Trigger Tool” por su denominación en el idioma inglés) del alerta sobre la ocurrencia de eventos adversos

Fuente: MinSalud ⁵⁷

3.2.3.3 Cultura de reporte de eventos adversos.

A través de la literatura se ha identificado que, en general, la cultura del reporte del evento adverso, por parte del personal de salud, es insuficiente. Aún se manifiesta la connotación punitiva que tienen los funcionarios acerca del reporte, sin que se llegue a un punto crucial en el que no cobra validez el autor del error, sino la identificación de la falta, encaminada a disminuir la frecuencia de complicaciones asociadas, así como el impacto negativo sobre el paciente.

La metodología para reportar EA, ayuda a identificar acciones u omisiones como

causa inmediata de un incidente ⁵⁷, cuando se realiza un análisis más cuidadoso, se descubre una serie de eventos concatenados que condujeron al resultado adverso ⁵⁸. Lograr identificar así sea obvio un EA, es una buena práctica y es el primer paso de una investigación profunda, con un proceso reflexivo sistemático y bien estructurado con altas probabilidades de éxito, así como el protocolo de Londres el cual es uno de los más exitosos, ya que tiene un análisis de ruta causal o análisis de causa raíz, el modo de falla y efectos u otros ⁵⁹.

Con base a lo anterior, se generan estrategias para profundizar la cultura institucional de seguridad del paciente, donde la cultura de reporte debe tener aspectos claves como la adherencia a estos ⁶⁰. El ambiente interior de la organización como se ve a continuación:

- La reflexión organizacional sobre los temas de seguridad: las rondas de seguridad y las reuniones breves sobre seguridad del paciente.
- El carácter no punitivo de la vigilancia de la ocurrencia de un evento adverso.
- La sanción o al menos la desaprobación de la actitud de ocultar un evento adverso por impedir las acciones de mejoramiento
- La información y análisis de lo ocurrido con el paciente cuando fuere pertinente.
- El énfasis en los resultados que se obtienen antes de las acciones formales que se desarrollan.

En cuanto a la falta de adherencia a la cultura de reporte de eventos adverso se logra destacar según la literatura que la omisión del reporte de incidentes y EA se debe a distintos factores, como no saber hacerlo, falta de tiempo, miedo a las medidas disciplinarias que puedan tomar la institución, sobre carga laboral, no sabe cómo acceder al formato de reporte, no hay tiempo de gestionar un reporte, El formulario es demasiado complicado y requiere mucho detalle, nunca reciben información sobre las medidas que se tomaran sobre el evento o si se retroalimentó al personal, preocupación por los problemas que se puedan generar si se reporta, Si se

discute el caso con la persona involucrada, implicaría más trabajo, los compañeros de trabajo pueden ser poco solidarios ⁶¹.

Figura 3: Seguridad del Paciente



Fuente: conceptos de Ministerio de Salud y la Protección Social diseño de la figura elaboración propia

3.2.3 Buenas prácticas de la seguridad del paciente.

Como parte del compromiso de desarrollar procesos que garanticen a los usuarios una atención segura en las instituciones de salud, desde el año 2010 el Ministerio de Salud y Protección Social ha expedido la “Guía técnica de buenas prácticas para la seguridad del paciente”. La institución debe tener claro que la finalidad del reporte de eventos adversos es generar insumos para el análisis y la gestión. El conocimiento de la frecuencia y el perfil se desarrolla a través de estudios de incidencia o de prevalencia, para el caso de las instituciones latinoamericanas se recomienda la utilización de estudios de prevalencia en capa, basados en la metodología IBEAS, teniendo en cuenta las buenas prácticas, estas se dividen en

habilitación y acreditación para sí tener procesos institucionales seguros. Como se ve a continuación:

Tabla 3: Buenas prácticas habilitación y acreditación

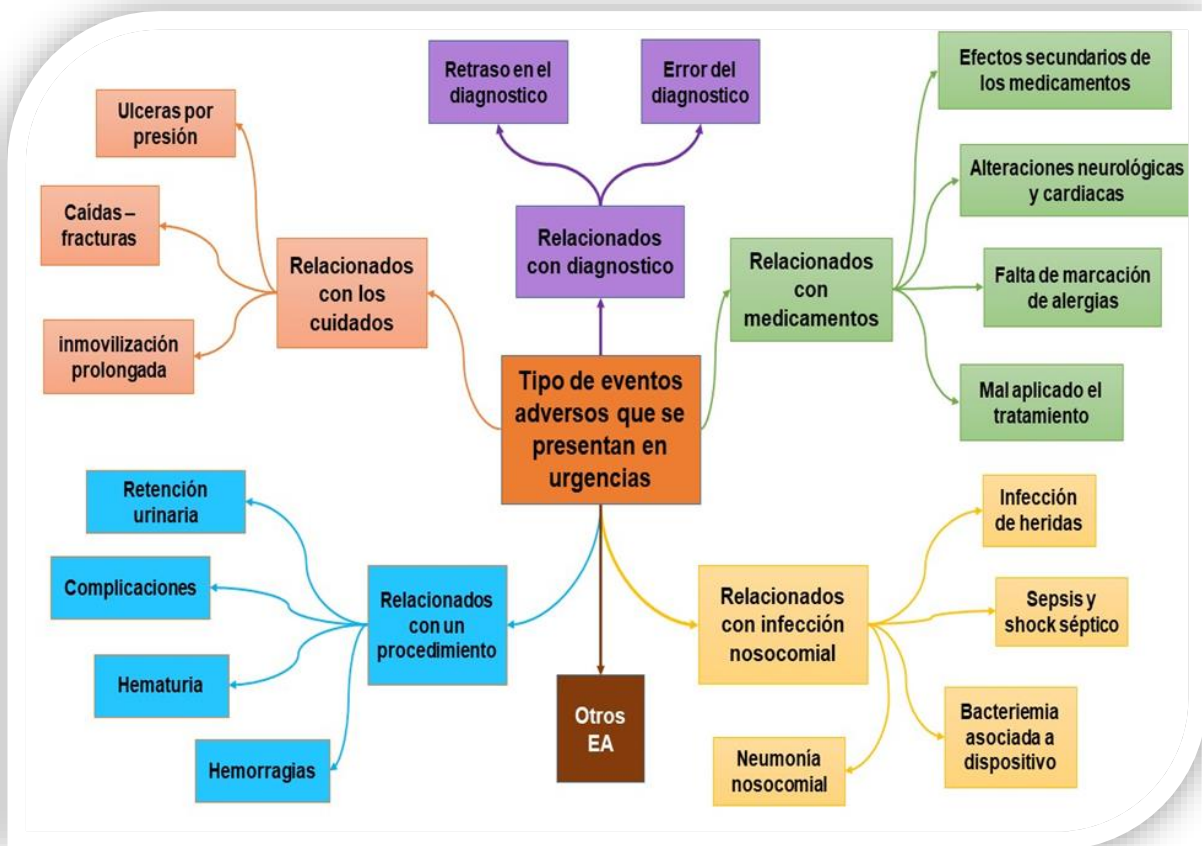
Tipo	Características
Habilitación	*Prevención de caídas *Administración de medicamentos *Procesos quirúrgicos seguros *Gestionar la comunicación de los que atienden *Prevención de infecciones *Analizar eventos adversos *Funcionalidad de los consentimientos informados *Atención segura de gestantes y recién nacidos *Prevenir complicaciones sanguíneas *Prevención de úlceras por presión.
Acreditación	*Garantizar la correcta identificación del paciente y las muestras de laboratorio *Reducir el riesgo de la atención en pacientes cardiovasculares *Reducir el riesgo de la atención del paciente crítico *Mejorar la seguridad en la obtención de ayudas diagnósticas *Reducir el riesgo de la atención de pacientes con enfermedad mental *Prevención de la malnutrición o desnutrición *Prevenir el cansancio del personal de salud *Ilustrar al paciente en el autocuidado de su seguridad *Implementar equipos de respuesta rápida *Establecer pautas claras para el proceso docente asistencial *Brindar capacitación al cliente interno en los aspectos relevantes de la seguridad en los procesos a su cargo *Seguridad del paciente y la atención segura.
Procesos Institucionales Seguros	*Contar con un programa de seguridad del paciente que provea una adecuada caja de herramientas para la identificación y gestión de eventos adversos. *Política institucional de seguridad del paciente *Promoción de la cultura de seguridad *Sistema de reporte de eventos adversos y aprendizaje colectivo: Reporte, análisis y gestión *Brindar capacitación al cliente interno en los aspectos relevantes de la seguridad en los procesos a su cargo *Coordinar procedimientos y acciones recíprocas de los programas de seguridad del paciente entre asegurados y prestador *Estandarización de procedimientos de atención *Evaluar la frecuencia con la cual ocurren los eventos adversos *La institución debe monitorear aspectos claves relacionados con la seguridad del paciente, utilización y/o desarrollo para disminuir riesgo en la prestación del servicio. *Seguridad en el ambiente físico y la tecnología en salud

Fuente: conceptos técnicos de “Guía técnica de buenas prácticas para la seguridad del paciente”. Diseño de tabla elaboración propia

3.2.4 Tipos de eventos adversos en Urgencias.

El servicio de urgencias, en mayoría de las ocasiones, es la entrada al sistema de atención en salud, es un servicio receptor de pacientes, proveedor a otros niveles asistenciales ya que son derivados a otros servicios especializados. El servicio de urgencia se caracteriza por ser dinámico, debido a la atención urgente y prioritaria lo que facilita el riesgo de aparición de eventos adversos.

Figura 4: Tipos de EA en urgencias



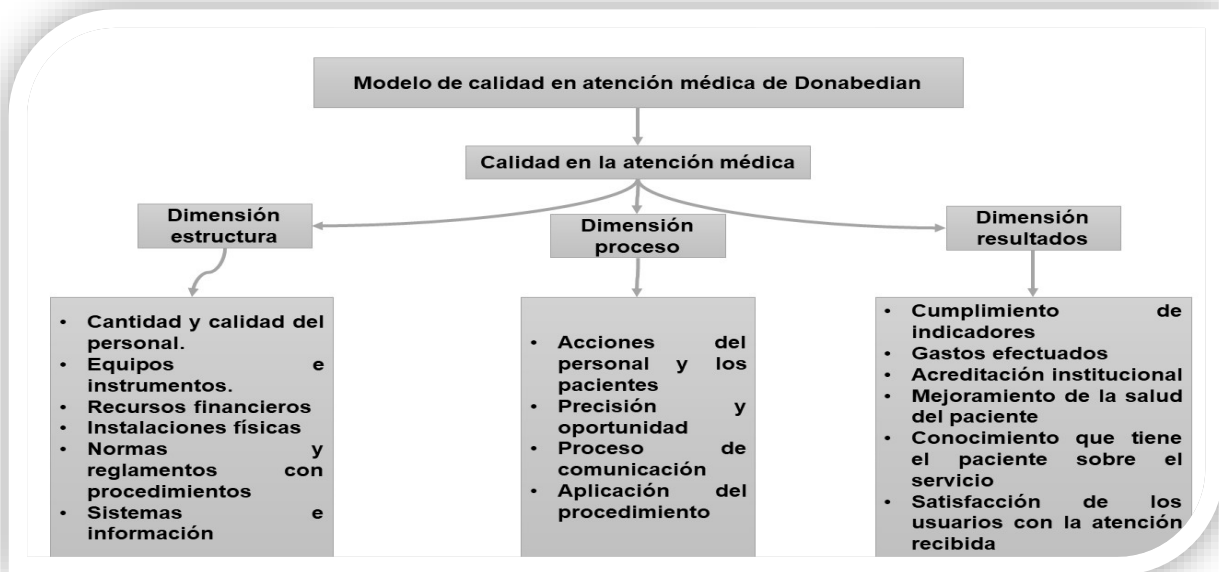
Fuente: conceptos técnicos de Dos Santos F. et al (2007). Diseño de tabla de la autora.

3.2.5 Modelos de evaluación de la calidad del servicio de salud caracterización y análisis según la teoría de Donabedian

Para evaluar la calidad en los servicios de salud, se tiene como referencia obligatoria la propuesta del médico Avedis Donabedian, quien en 1966 establece las dimensiones de estructura, proceso y resultado, además de sus respectivos indicadores

para evaluarla. Esta relación entre proceso y resultado, y la sistematización de criterios, genera reflexiones importantes sobre la responsabilidad en la calidad de este tipo de servicio ⁶².

Figura: Modelo de calidad en atención médica de Donabedian



Fuente: Torres Samuel, Maritza; Vásquez Stanescu, Carmen Luisa Modelos de evaluación de la calidad del servicio: caracterización y análisis Compendium, vol. 18, núm. 35, julio-diciembre, 2015, pp. 57-76 Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado Barquisimeto, Venezuela

En este modelo, la estructura describe las características físicas, de organización y otros rasgos del sistema asistencial y de su entorno; el proceso es lo que se hace para tratar a los pacientes, finalmente el resultado es lo que se consigue, normalmente traducido en una mejora en la salud, aunque también en la actitud, los conocimientos y en la conducta adoptada para una salud futura.

3.3 Marco Legal

La normatividad aplicable a los servicios e instituciones de salud en Colombia es emitida por el Ministerio de Salud y de la Protección social; y es de obligatorio cumplimiento por aquellas entidades que prestan cualquier tipo de servicio de salud.

Los parámetros y definiciones que enmarcan el sistema de seguridad Social en Salud se definieron a partir de la Ley 100 de 1993, bajos los preceptos de cobertura, equidad, eficiencia y calidad.

Ley 266 de 1996: “Organización de Sistema General de Seguridad Social en Salud, la cual contiene aspectos que orientan la gestión del cuidado de enfermería determinado dentro del Sistema Reglamenta en Colombia el ejercicio profesional de enfermería, incluye la calidad como uno de los principios rectores en el cuidado de enfermería y la define como una ayuda eficiente, en términos de oportunidad y uso adecuado de los recursos y efectividad produciendo el impacto deseado para las personas receptoras del cuidado”.

Decreto 2174 de 1996: “Organiza el sistema de garantía de calidad en Colombia, define la calidad como el conjunto de características técnico científica, humana, financiera y material que debe tener la seguridad social bajo la responsabilidad de las personas e instituciones que integran el sistema y la correcta utilización de los servicios por parte de los usuarios”.

Resolución 1474 de 2002: “Define las funciones de la entidad acreditadora y se adoptan los manuales de estándares del Sistema Único de Acreditación. El manual de estándares para la acreditación de instituciones presenta los lineamientos conceptuales e instrumentales que guiaran el proceso de acreditación para dichas instituciones y los estándares de acreditación”.

Decreto 1011 de 2006: “Establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, brinda parámetros para la prestación de servicios con calidad”

Resolución 0256 de 2016: Por la cual se dictan disposiciones en relación con el

Sistema de Información para la Calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud

Resolución 3100 del 2019; por lo cual se define los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el manual de inscripción de prestadores y habilitación de servicios de salud.

Resolución 5095 de 2018 Por la cual se adopta el "Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario.

3.4 Marco Contextual

La Red de Salud del Centro (ESE centro) nació en el año 2003 luego del proceso de descentralización de los servicios de la Secretaría municipal de Cali en cinco grandes áreas (acuerdo No. 106 de enero del 2003). Tiene como área de influencia cinco comunas (8, 9, 10, 11 y 12), corresponde a la zona céntrica de la ciudad y agrupa una red de 16 instituciones entre centros, puestos de salud y un hospital básico. Se relaciona con las EPS del régimen subsidiado para la contratación de la población afiliada. El total de la población de las cinco comunas consolida un total de 428.652 habitantes para el año 2015. De acuerdo con la clase social la población general se distribuye en un 56.8% en la clase baja, un 26.3% de clase media baja y en la clase media residen el 16.9% de los habitantes.

De acuerdo con la pirámide poblacional de las comunas de influencia de la Red Centro corresponde a una Pirámide estacionaria que evidencia un equilibrio entre todos los grupos de edad, se evidencia una importante disminución en los grupos de menores de 0 a 4 años. Pirámide propia de países en vías de desarrollo, donde se evidencia el inicio del control de la mortalidad, pero la natalidad sigue siendo bastante alta. Realizando la clasificación de las causas de morbilidad agrupadas por

grupos de causas y tipos de diagnóstico se encontraron las enfermedades no transmisibles con 73,7% seguido de las condiciones mal clasificadas con 14,8%, en tercer lugar, las condiciones materno-perinatales. Teniendo en cuenta las principales causas de morbilidad consultadas se encontró que la hipertensión arterial ocupa el primer lugar con un porcentaje estimado en el 25.6%; cifra siendo una patología relevante en las dinámicas mórbidas de la población objeto de acciones en la Red ESE Centro. Como segundo motivo de consulta más frecuente en la población objeto de contrato durante el año 2015, está la fiebre no especificada, En tercer lugar, se encuentra la diabetes mellitus no insulino dependiente, seguido de otros dolores abdominales y diarrea y gastroenteritis infecciosa.

4. Objetivos

4.1 Objetivo general

Analizar el nivel de adherencia del personal asistencial a la política de seguridad del paciente en el servicio de urgencias en una IPS de primer nivel en la ciudad de Cali.

4.2 Objetivos específicos

- Caracterizar el personal que labora en el servicio de urgencias de la IPS de primer nivel en la ciudad de Cali
- Establecer el nivel de conocimientos del personal que labora sobre la política de seguridad del paciente y los procesos institucionales que promueven el conocimiento de la política y las buenas prácticas de seguridad.
- Establecer el nivel de adherencia a las buenas prácticas sobre seguridad del paciente por parte del personal que labora en el servicio de Urgencias.

4.3 Alcance

Esta investigación abordará solo a personal asistencial que laboran en el servicio de urgencias. Específicamente enfermería profesional, auxiliar de enfermería, medicina general y radiología.

5. Metodología

5.1 Enfoque de la investigación

La investigación se centra en un enfoque cuantitativo, basado en la recopilación de datos mediante mediciones numéricas y análisis estadístico. Estos datos se obtendrán a partir del análisis de la base de datos de la Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS), utilizando diversos instrumentos. Estos instrumentos incluyen: 1. Evaluación del conocimiento sobre la política de seguridad del paciente y las buenas prácticas; 2. Aplicación de listas de verificación para evaluar el cumplimiento de la IPS con respecto a la seguridad del paciente.

5.2 Tipo de investigación

La investigación adopta un diseño transversal que, además de contribuir teóricamente a otros estudios de esta clasificación en Colombia, buscará profundizar en la problemática mediante aportes conceptuales, teóricos y metodológicos. Asimismo, se pretende enriquecer la perspectiva con *insights* provenientes de investigaciones realizadas en distintas partes del mundo.

5.3 Diseño de la investigación

De acuerdo con Sampieri, este estudio se clasifica como observacional, descriptivo simple y de corte transversal. Se define así debido a que se llevará a cabo durante un periodo específico en el año 2023, abordando de manera simultánea la indagación de conocimientos y prácticas relacionadas con la seguridad del paciente.

5.4 Variables operacionales

A continuación, se realiza una descripción de las variables involucradas en la investigación.

Tabla 4: Variables operacionales

Cuadro de Operacionalización de variables				
Variable Principal	Sub-Variables	Instrumento	Tipo de Variables	Población
Sociodemográficas	Caracterización de la población	cuestionario	Cuantitativas y cualitativas	Personal que labora en urgencias de la institución
Adherencia a la Política de Seguridad del Paciente	Conocimiento sobre la política de seguridad del paciente	Cuestionario	Cuantitativas y cualitativas	Auxiliares, médicos, enfermeras, personal de apoyo
	Adherencia a las buenas prácticas en seguridad del paciente	Cuestionario	Cuantitativas y cualitativas	Auxiliares, médicos, enfermeras, personal de apoyo
	Verificar el abordaje de las oportunidades de mejora para dar seguimiento a las que aplican a la política de seguridad.	Entrevista personal de seguridad del paciente de la institución	Cuantitativas y cualitativas	Coordinador de seguridad del paciente.

Fuente: Elaboración propia

5.4.1 Variables operacionales sociodemográficas

Tabla 5: Variables demográficas

Variable	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Método de recolección
Edad	Años de vida desde su nacimiento	Cuantitativa de razón	años	Instrumento
Sexo	Fenotipo femenino o masculino con que se nació	nominal	1: femenino 2: masculino	Instrumento
Estrato social	Condición de vivienda	Ordinal	1, 2, 3, 4, 5, 6	Instrumento
Escolaridad	Años de estudio cursados y aprobados.	cuantitativo	años	Instrumento
Área laboral	Cargo actual	Nominal	1: auxiliar de enfermería 2: enfermería profesional 3: medicina general 4: radiólogo	Instrumento
Horario laboral	Cantidad de horas a la semana que labora (especifique diurnas y nocturnas)	Razón	Horas diurnas, nocturnas	Instrumento
Jornadas laborales	Tipo turnos realizados en el último mes.	Cuantitativa	1: turnos rotativos 2: turnos fijos 3: según necesidad del servicio	Instrumento
Tipo de contrato	Forma legal de contrato laboral	Cualitativo	1: temporal 2: termino fijo 3: prestación de servicios 4: obra labor 5. Agremiación	Instrumento

Antigüedad	Tiempo de vinculación al servicio de urgencias	cuantitativo	Tiempo en meses desde el inicio de labores hasta el momento	
Horas de capacitación en seguridad del paciente	Horas registradas de capacitación en el último año.	cuantitativas	Horas registradas de capacitación	

Fuente: Elaboración propia

5.4.2 Variables relacionadas con el nivel de conocimientos en seguridad del paciente.

Tabla 6: Variables nivel de conocimientos en seguridad del paciente

Variable	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Método de recolección
Conocimiento de los diferentes tipos de eventos en seguridad del paciente	Conocimiento de las definiciones de incidente asistencial, evento adverso y complicaciones	Cualitativa	Nominal	Test de conocimientos de seguridad del paciente
Conocimiento de los principales eventos o incidentes de los principales eventos ocasionados en urgencias	Conocimiento de los tipos de incidentes más frecuentes en un servicio de urgencias	Cualitativa	Nominal	Test de conocimientos de seguridad del paciente
Conocimiento de las principales prácticas seguras en seguridad del paciente	Conocimiento de las principales buenas prácticas de seguridad del paciente más frecuentes en seguridad del paciente.	Cualitativa	Nominal	Test de conocimientos de seguridad del paciente
Estilos de liderazgo al interior del servicio	Conocimiento de los estilos de liderazgo en el servicio	Cualitativa	Nominal	Test de conocimientos de seguridad del paciente
Controles de seguridad al interior del servicio	Conocimiento de los controles de seguridad al interior del servicio	Cualitativa	Nominal	Test de conocimientos de seguridad del paciente
La organización del trabajo en el servicio de urgencias	Conocimiento de la organización del trabajo en el servicio de urgencias	Cualitativa	Nominal	Test de conocimientos de seguridad del paciente
El estímulo en el trabajo en equipo	Conocimiento sobre el estímulo en el trabajo en equipo	Cualitativa	Nominal	Test de conocimientos de seguridad del paciente
La comunicación organizacional	Conocimiento de la comunicación organizacional	Cualitativa	Nominal	Test de conocimientos de seguridad del paciente

Fuente: Elaboración propia

5.4.3 Variables relacionadas con las buenas prácticas de seguridad del paciente.

Tabla 7: Variables relacionadas con la administración de medicamentos

Variables relacionadas con la administración de medicamentos				
VARIABLES RELACIONADAS CON:	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	MÉTODO DE RECOLECCIÓN
el personal si realiza el lavado de manos antes de la administración del medicamento	Verificar si el personal realiza el lavado de manos antes de la administración del medicamento	Cualitativa	Nominal	Listas de chequeo en seguridad del paciente
verificar en la historia clínica antecedentes alérgicos del paciente	Verificar en la historia clínica los antecedentes alérgicos del paciente	Cualitativa	Nominal	Listas de chequeo en seguridad del paciente
verificación del personal realiza control de signos vitales antes de administrar el medicamento	El personal realiza control de signos vitales antes de administrar el medicamento	Cualitativa	Nominal	Listas de chequeo en seguridad del paciente
sobre si se aplica el medicamento correcto	Verificar si se aplica el medicamento correcto	Cualitativa	Nominal	Listas de chequeo en seguridad del paciente
sobre la dosis correcta	Verificar si se aplica el medicamento correcto	Cualitativa	Nominal	Listas de chequeo en seguridad del paciente
vía de administración correcta	Verificar si al administrar el medicamento se utiliza la vía correcta	Cualitativa	Nominal	Listas de chequeo en seguridad del paciente
la hora correcta	Verificar si el personal aplica el medicamento en la hora correcta	Cualitativa	Nominal	Listas de chequeo en seguridad del paciente
paciente correcto	Verificar si el medicamento se aplica al paciente correcto	Cualitativa	Nominal	Listas de chequeo en seguridad del paciente
con que el personal realiza la técnica de administración correcta	Verificar si el personal aplica la técnica correcta	Cualitativa	Nominal	Listas de chequeo en seguridad del paciente
con la administración del medicamento con la velocidad de infusión correcta	Verificar si el personal realiza la administración del medicamento con la velocidad de infusión correcta	Cualitativa	Nominal	Listas de chequeo en seguridad del paciente
la fecha de vencimiento	Verificar si el personal revisa la fecha de vencimiento	Cualitativa	Nominal	Listas de chequeo en seguridad del paciente
la preparación del medicamento	Verificar si el personal prepara el medicamento	Cualitativa	Nominal	Listas de chequeo en seguridad del paciente
el registro en la historia clínica después de administrado el medicamento	Verificar si el personal una vez administrado el medicamento registra en la historia	Cualitativa	Nominal	Listas de chequeo en seguridad del paciente

	clínica			
la orden del medicamento, verbal	Verificar si el personal administra el medicamento de forma verbal	Cualitativa	Nominal	Listas de chequeo en seguridad del paciente
el personal si educa al paciente y a su familiar acerca del medicamento administrado	Verificar si el personal educa al paciente y su grupo familiar acerca del medicamento suministrado	Cualitativa	Nominal	Listas de chequeo en seguridad del paciente

Fuente: Elaboración propia

Tabla 8: Variables relacionadas con lavado de manos

Variables relacionadas con lavado de manos				
Variable	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Método de recolección
El colaborador tiene las uñas cortas sin esmalte	Verificar cumplimiento	Cuantitativa	Nominal	Listas de chequeo en seguridad del paciente
El colaborador no tiene accesorios en brazos, manos y dedos	Verificar cumplimiento	Cuantitativa	Nominal	Listas de chequeo en seguridad del paciente
Antes del contacto con cada paciente	Verificar cumplimiento	Cuantitativa	Nominal	Listas de chequeo en seguridad del paciente
Antes de realizar un procedimiento	Verificar cumplimiento	Cuantitativa	Nominal	Listas de chequeo en seguridad del paciente
Después del riesgo de contacto con fluidos orgánicos	Verificar cumplimiento	Cuantitativa	Nominal	Listas de chequeo en seguridad del paciente
Después de haber estado en contacto con el paciente	Verificar cumplimiento	Cuantitativa	Nominal	Listas de chequeo en seguridad del paciente
Después de haber estado en contacto con el entorno del paciente	Verificar cumplimiento	Cuantitativa	Nominal	Listas de chequeo en seguridad del paciente
Abre la llave y humedece sus manos (aplica para lavado de manos)	Verificar cumplimiento	Cuantitativa	Nominal	Listas de chequeo en seguridad del paciente
Deposita en la palma de la mano una cantidad de jabón suficiente o glicerina do	Verificar cumplimiento	Cuantitativa	Nominal	Listas de chequeo en seguridad del paciente
Frota las palmas de las manos entre si	Verificar cumplimiento	Cuantitativa	Nominal	Listas de chequeo en seguridad del paciente

Frota la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos	Verificar cumplimiento	Cuantitativa	Nominal	Listas de chequeo en seguridad del paciente
Frota las manos entre sí con los dedos entrelazados	Verificar cumplimiento	Cuantitativa	Nominal	Listas de chequeo en seguridad del paciente
Frota el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta	Verificar cumplimiento	Cuantitativa	Nominal	Listas de chequeo en seguridad del paciente
Frota con movimientos de rotación el pulgar izquierdo atrapándolo con la palma de la mano	Verificar cumplimiento	Cuantitativa	Nominal	Listas de chequeo en seguridad del paciente
Frota la punta de los dedos de la mano derecha contra la mano izquierda	Verificar cumplimiento	Cuantitativa	Nominal	Listas de chequeo en seguridad del paciente

Fuente: Elaboración propia

Tabla 9: Variables relacionadas con prevención de caídas

Variables relacionadas con prevención de caídas				
Variable relacionada con:	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Método de recolección
Procedimiento y/o guías de prevención de caídas?	Verificar cumplimiento sobre prevención de caídas	Cualitativa	Nominal	Listas de chequeo en seguridad del paciente
Antecedentes de caídas en los pacientes?	Verificar cumplimiento sobre prevención de caídas	Cualitativa	Nominal	Listas de chequeo en seguridad del paciente
La verificación del estado del paciente a(gitado)	Verificar cumplimiento sobre prevención de caídas	Cualitativa	Nominal	Listas de chequeo en seguridad del paciente
Las frecuencias que requiere el paciente para ir al baño	Verificar cumplimiento sobre prevención de caídas	Cualitativa	Nominal	Listas de chequeo en seguridad del paciente
La movilidad disminuida	Verificar cumplimiento sobre prevención de caídas	Cualitativa	Nominal	Listas de chequeo en seguridad del paciente
¿Verificar si el paciente está bajo sedación?	Verificar cumplimiento sobre prevención de caídas	Cualitativa	Nominal	Listas de chequeo en seguridad del paciente
Variable relacionada con la verificación si la superficie cuenta con antideslizantes en el piso	Verificar cumplimiento sobre prevención de caídas	Cualitativa	Nominal	Listas de chequeo en seguridad del paciente

Bandas antideslizantes y soportes en baños y duchas	Verificar cumplimiento sobre prevención de caídas	Cualitativa	Nominal	Listas de chequeo en seguridad del paciente
La presencia de barandas en las camillas	Verificar cumplimiento sobre prevención de caídas	Cualitativa	Nominal	Listas de chequeo en seguridad del paciente
Iluminación inadecuada	Verificar cumplimiento sobre prevención de caídas	Cualitativa	Nominal	Listas de chequeo en seguridad del paciente
La evidencia de obstáculos en los pasillos y áreas de circulación	Verificar cumplimiento sobre prevención de caídas	Cualitativa	Nominal	Listas de chequeo en seguridad del paciente

Fuente: Elaboración propia

Tabla 10: Variables relacionadas con la identificación del paciente

Variables relacionadas con la identificación del paciente				
Variable relacionada con:	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Método de recolección
La identificación del paciente en la sala de urgencias y en las camillas	Verificar la identificación de los pacientes en la sala de espera y en las camillas	Cualitativa	Nominal	Listas de chequeo en seguridad del paciente
Que la identificación corresponda al paciente	Verificar que la identificación corresponda al paciente correcto	Cualitativa	Nominal	Listas de chequeo en seguridad del paciente
La calidad de identificación (letra clara)	Verificar la calidad de identificación que se encuentre con letra clara	Cualitativa	Nominal	Listas de chequeo en seguridad del paciente
La identificación en el lugar definido según protocolo	Verificar que el usuario tenga la manilla de identificación en el lugar definido según protocolo	Cualitativa	Nominal	Listas de chequeo en seguridad del paciente
La manilla de identificación se encuentra adecuadamente diligenciada según protocolo	Verificar que la manija se encuentre correctamente diligenciada	Cualitativa	Nominal	Listas de chequeo en seguridad del paciente
El adecuado diligenciamiento en la casilla de riesgo según protocolo	Verificar que se encuentre diligenciada la casilla de riesgos	Cualitativa	Nominal	Listas de chequeo en seguridad del paciente
Los datos diligenciados en la manilla de identificación corresponden al paciente que la porta	Verificar que la identificación de los pacientes corresponda al paciente correcto	Cualitativa	Nominal	Listas de chequeo en seguridad del paciente
El adecuado diligenciamiento	Verificar que el acrílico de identificación	Cualitativa	Nominal	Listas de chequeo en

ciamiento en el acrílico de identificación cabecera de la cama se encuentra diligenciada según protocolo	este en la cabecera de la cama este bien diligenciada			seguridad del paciente
El adecuado diligenciamiento en la historia clínica que cuente con todos los datos de identificación	Verificar la historia clínica tiene registrados todos los ítems de identificación	Cualitativa	Nominal	Listas de chequeo en seguridad del paciente
La educación a paciente y familiar acerca del objetivo e importancia de la manilla de identificación	Verificar que los funcionarios brinden la educación al paciente y a la familia sobre la importancia de la manilla de identificación	Cualitativa	Nominal	Listas de chequeo en seguridad del paciente

Fuente: Elaboración propia

5.4.4 Instrumentos

Los instrumentos utilizados en este estudio fueron desarrollados con base en la "Guía técnica de buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud", cuyo respaldo de la fiabilidad se encuentran en la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Ministerio de la Protección Social.^{63, 64, 65, 66}. Fueron los siguientes:

- Encuesta de caracterización para conocer aspecto de tipo demográfico (ver Tabla 5).
- Cuestionario sobre conocimientos en seguridad del paciente de acuerdo con en la política interna de la institución (ver Tabla 6).
- Listas de verificación para conocer el nivel de adherencia de las buenas prácticas de seguridad del paciente (ver Tabla 7).

5.4 Población objeto de estudio

En esta investigación, se empleó un muestreo por conveniencia como método de selección de participantes. El estudio se llevó a cabo en la RED ESE Centro, con un enfoque específico en el servicio de urgencias del Hospital Primitivo Iglesias, ubicado en la ciudad de Cali. La elección de este contexto particular se fundamenta

en su relevancia y accesibilidad para el desarrollo de la investigación, permitiendo obtener datos significativos sobre el tema abordado en el ámbito de la seguridad del paciente.

En este caso, la muestra corresponde al personal clínico que labora en el servicio, del primer nivel del Hospital Primitivo Crespo, específicamente:

- (13) Médicos (los cuales serán representados a través del código alfanumérico M-01, M-02, etc.)
- (15) Auxiliares de Enfermería (los cuales serán representados a través del código alfanumérico AE-01, AE-02, etc.)
- (4) Profesional en enfermería (los cuales serán representados a través del código alfanumérico PE-01, PE-02, etc.)
- (2) Radiólogos (los cuales serán representados a través del código alfanumérico R-01 y R-02)
- 1 medico coordinador (el cual será representado a través del código alfanumérico MC-01)

De acuerdo con lo anterior, la muestra seleccionada responde al promedio o volumen de atención de los pacientes en el servicio de urgencias, la cual se muestra en la Tabla 11.

Tabla 11: Actividades en el servicio de urgencias

Actividad	Promedio de actividades mes	Población atendida	%	Muestra
Consulta médica de urgencias	2850	1140	78,9 %	284
Procedimientos enfermería urgen- coas	68	12	0,8 %	3
Procedimientos médicos urgencias	273	60	4,2 %	15
Sala de observación urgencias	1212	232	16,1 %	58
Total población		1444	100 %	360

Fuente: elaboración propia

Los criterios para establecer el tamaño de muestra fueron los siguientes:

- Total, población atendida promedio mes: 1.444 personas.
- Proporción estimada de adherencia a la política de seguridad del paciente: 40%
- Error de muestreo: 5%
- Nivel de confianza: 95%
- Tamaño de muestra: 360 personas atendidas en el servicio según centro de producción.

5.5 Control de datos

Dado que el universo de la población a la cual se aplicará el instrumento consta de tan solo 34 personas, dicho instrumento se administrará en una única ocasión, en un solo momento, por parte de la investigadora. No será necesario implementar un control de datos, ya que la distribución para la recolección de datos se llevará a cabo de manera puntual y completa en esa única instancia.

5.6 Plan de análisis estadístico

Para esta investigación se hizo uso del Excel para el registro de datos, y el Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) para el análisis estadístico.

5.6.1 Plan de análisis.

La obtención de información sobre las variables demográficas de los participantes empleados en la ESE se realizó a partir de la base de datos de registros de colaboradores. Se procedió a construir tablas de frecuencias para variables nominales y ordinales, así como a calcular medidas de tendencia central y variabilidad. Para las variables en escala de intervalo o razón, también se llevó a cabo el cálculo correspondiente de estas medidas estadísticas.

Se compararon proporciones mediante la prueba de Chi² para subgrupos importantes o significativos dentro de la muestra, los cuales fueron estratificados por significancia sociodemográfica y cumplimiento de normas políticas en la gestión de procesos relevantes o variables que mostraron significancia estadística.

En cuanto a las variables cuantitativas relacionadas con el cumplimiento de la política de seguridad del paciente, se realizaron comparaciones de promedios y medianas dentro de los grupos mediante pruebas de significancia estadística, empleando métodos paramétricos o no paramétricos según la naturaleza de la variable. Asimismo, se establecieron índices de correlación para evaluar la relación entre las variables sociodemográficas y el grado de cumplimiento de la política.

5.7 Control de sesgos

En esta investigación no se aplicó control de sesgo, debido a que el universo total es de 34 personas.

5.8 Fortalezas y limitaciones

La fortaleza de este estudio radicó en la participación de todo el personal asistencial de la ESE. Otra fortaleza destacada fue la aplicación personal del instrumento por parte de la investigadora. No se identificaron limitaciones durante la realización de la investigación.

5.9 Criterios de selección

5.9.1 Criterios de inclusión

A continuación, se muestran los siguientes criterios:

- Personal del área de urgencias
- Personal que labore con la ESE de primer nivel
- Personal que quiera participar en la entrevista
- Personal que firme el consentimiento informado (ver anexos)

5.9.2 Criterios de exclusión

En el caso de los de exclusión solo se presentó el siguiente:

- Personal que no quiera participar

5.10 Metodología por objetivos

Tabla 12: Método, etapa, actividad objetivo uno

Etapa	Actividad	Métodos
Etapa 1: Caracterizar el personal que labora en el servicio de urgencias de la IPS de primer nivel en la ciudad de Cali	Actividad 1: Para este objetivo se realizó la solicitud de aplicar el instrumento en la ESE Centro. Actividad 2: se aplicó el instrumento al personal que quiera y acepte participar.	Métodos de actividades 1: se registró la información en el programa Excel por columnas y filas para el análisis posterior. Método de actividades 2: la información se pasó al programa SPSS versión 27, donde se realizará los análisis de frecuencia y porcentaje de la muestra a quien se aplicó el instrumento. Método de actividades 3: se describió la información analizada en tablas de 2x2

Fuente: elaboración propia

Tabla 13: Método, etapa, actividad objetivo dos

Etapa	Actividad	Método
Etapa 2: Establecer el nivel de conocimientos del personal que labora sobre la política de seguridad del paciente y los procesos institucionales que promueven el conocimiento de la política y las buenas prácticas de seguridad.	Actividad 1: se aplicó el instrumento de conocimiento a los colaboradores que quieran participar. Actividad 2: se recopiló la información clasificada en variables numéricas.	Método de actividades 1: la información se registró en el programa Excel en variables numéricas y cualitativas. Método de actividades 2: la información se pasó al programa SPSS versión 27 donde se analizó las variables en frecuencia y porcentaje, los factores de riesgo significativos. Método de actividades 3: con la información anterior se realizó un análisis bi-variado y si hay una significancia grande se realizara Chi2

Fuente: elaboración propia

Tabla 14: Método, etapa, actividad objetivo tres

Etapa	Actividad	Método
Etapa 3: Establecer el nivel de adherencia a las buenas prácticas sobre seguridad del paciente por parte del personal que labora en el servicio	Actividad 1: luego de aplicar el instrumento de recopilación de información al personal colaborador que acceda a participar. Actividad 2: se trasladó toda la información a Excel para	Método de actividades 1: luego de tener la base de datos en el programa SPSS versión 27 se analizó el porcentaje de cumplimiento en el nivel de adherencia en las buenas prácticas sobre seguridad del paciente.

de Urgencias. Y se realizara aplicada cantidad de pacientes del servicio de urgencias de la ESE.	ser analizada.	Método de actividades 2: se describió la información en tablas de 2x2, se diagramará la información significativa.
--	----------------	--

Fuente: elaboración propia

5.11 Consideraciones éticas

La Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud y de la Protección Social en su artículo 11 reconoce este tipo de investigaciones como sin riesgo físico o biológico ya que no se hace intervención sobre variables físicas, fisiológicas, sobre la población o muestra de estudio. Lo que se pretende es crear medidas en procura de prevención y protección de la salud, con la aplicación de la Política de seguridad del paciente.

En ese sentido, el espacio donde se realizará el contacto con los participantes será en el servicio de urgencias de la ESE Centro, luego de aceptar participar en el estudio y de firmar el consentimiento informado, posterior a esto se analizarán los espacios de los colaboradores, durante el turno se hará la intervención para aplicar el cuestionario el cual está en un tiempo estimado de 20 minutos máximo.

6. RESULTADOS

6.1 Objetivo uno: Caracterización sociodemográfica.

Las principales características de la población de trabajadores del servicio de urgencias se muestran en la tabla 15. Se entrevistaron un total de 34 trabajadores con las siguientes características:

Tabla 15: Características sociodemográficas personal

Variable			
Genero	N	%	% Acumulado
Femenino	17	50,0	50,0
Masculino	17	50,0	100,0
Estrato social	N	%	% Acumulado
Estrato 2	10	29,4	29,4
Estrato 3	8	23,5	52,9
Estrato 4	8	23,5	76,5
Estrato 5	7	20,6	97,1
Estrato 6	1	2,9	100,0
Escolaridad	N	%	% Acumulado
Especialización	1	2,9	2,9
Maestría	1	2,9	5,9
Profesional Universitario	17	50,0	55,9
Técnico	15	44,1	100,0
Área Laboral	N	%	% Acumulado
Auxiliar De Enfermería	14	44,1	44,1
Enfermería Profesional	4	11,8	55,9
Radiólogos	2	2,9	58,8
Medicina General	14	41,2	100,0
Jornadas Laborales	N	%	% Acumulado
Según Necesidad Del Servicio	2	5,9	5,9
Turnos Fijos	3	8,8	14,7
Turnos Rotativos	29	85,3	100,0
Tipo De Contrato	N	%	% Acumulado
Obra Labor	2	5,9	5,9
Prestación De Servicios	29	85,3	91,2
Temporal	1	2,9	94,1
Termino Fijo	2	5,9	100,0
Horas Semanales	N	%	% Acumulado

40 Horas	2	5,9	5,9
42 Horas	4	11,8	17,6
48 Horas	25	73,5	91,2
55 Horas	3	8,8	100,0
Horario Laboral	N	%	% Acumulado
De 12 A 16 Horas	3	8,8	8,8
De 8 A 12 Horas	20	58,8	67,6
De A 6 A 8 Horas	11	32,4	100,0
Tiempo Laboral	N	%	% Acumulado
De 1 A 3 Años	7	20,6	20,6
De 3 A 6 Años	10	29,4	50,0
De 6 A 8 Años	2	5,9	55,9
Más De 8 Años	15	44,1	100,0
Años De Experiencia	N	%	% Acumulado
Sin Dato	1	2,9	2,9
De 1 A 3 Años	8	23,5	26,5
De 3 A 6 Años	11	32,4	58,8
De 6 A 8 Años	1	2,9	61,8
Más De 8 Años	13	38,2	100,0

Fuente: cálculos propios con base a la información captada

De acuerdo con la Tabla 15, referente a la caracterización demográfica, se logra evidenciar que en la variable de género se distingue que el 50% son hombres y 50% mujeres, en cuanto al estrato social el más significativo es el estrato dos con 29.4%, le siguen el estrato tres y cuatro con un 23.5% respectivamente, el estrato cinco con 20.6% y el estrato 6 con un 2.9%. En cuanto a la escolaridad, el dato más significativo registrado fue ser profesional universitario con un 50.0%, le sigue nivel técnico con 44.1%, y con un 2.9% especialización y maestría respectivamente.

En el área laboral, se encontró más ponderación en auxiliares de enfermería con 44.1%, le sigue el área de medicina general con un 41.2%, luego el área de enfermería profesional con un 11.8% y medicina especializada con 2.9%. En cuanto las jornadas laborales el 85.3% tiene turnos rotativos, mientras que el 8.8% tiene turnos fijos y solo el 5.9% la jornada es según la necesidad del servicio.

Por otro lado, en cuanto a los tipos de contratos el 85.3% tienen prestación de servicios, obra labor y término fijo registraron el 5.9% respectivamente y temporal

2.9%. En cuanto a las horas semanales el dato moda fue de 48 horas a la semana con el 73.5%, siguieron en frecuencia 42 horas con un 11.8% 4, 55 horas 8.8% y 40 horas con 5.9%. En cuanto al horario laboral, se encontró que el 58.8% registró de 8 a 12 horas, le sigue el horario de 6 a 8 horas con 32.4% y por ultimo 8.8% con 12 a 16 horas. La antigüedad laboral más frecuente fue: más de 8 años con 44.1% de los registros, le sigue el 29.4% con de tres a seis años, 20.6% se registró de uno a tres años y 5.9% con registros de seis a ocho años. Y, por último, los años de experiencia de los colaboradores más significativo fue de 38.2% con más de ocho años de experiencia, 32.4% entre 3 a 6 años de experiencia, le sigue 23.5% entre 1 a 3 años, 2.9% entre 6 a 8 años.

Por ultimo al realizar una combinación de variables se puede evidenciar de manera de análisis gráficos bi-variado el estrato social y el género de los participantes como se ve a continuación en la siguiente tabla 16:

Tabla 16: Género, escolaridad y área laboral

Área laboral	Genero	Escolaridad			
		Especial..	Maestría	Profesional Universitario	Técnico
Auxiliar de Enfermería	Femenino				9 (69,23%)
	Masculino				4 (30,76%)
Enfermería Profesional	Femenino			4(100%)	
Radiólogos	Femenino				2 (100%)
Medicina General	Femenino		1 (6,25%)	2(13,33%)	
	Masculino			12(80%)	
Total	Femenino		1 (6,25%)	6 (33,33%)	11(73,33%)
	Masculino			12 (66,66%)	4(26,66%)

Fuente: cálculos propios con base a la información captada

En la Tabla 16, al analizar la intersección de variables como género y nivel de escolaridad, se observa que el personal más numeroso de profesionales

corresponde al personal médico. Este grupo es seguido por los auxiliares de enfermería, enfermeras y personal de radiología. Este patrón de distribución abarca a todos los miembros del equipo que mantienen contacto directo con los pacientes, siendo las auxiliares de enfermería las que tiene una mayor exposición al contacto con los pacientes y por ende mayores riesgos que podrían resultar en incidentes y/o eventos adversos en el desarrollo de sus funciones laborales (quienes realizan mayor número de actividades como control de signos vitales, aplicación de medicamentos teniendo en cuenta la vía de administración, cuidados de enfermería). No obstante, hay que reconocer que los médicos también tienen contacto con los pacientes en cuanto a las valoraciones, manejo de código azul y realizar procedimientos en comparación a los demás profesionales del área solo por debajo del primer grupo mencionado.

Tabla 17: Género, escolaridad y horario laboral

Horario	Genero	Escolaridad				Total
Laboral		Especialización	Maestría	Profesional Universitario	Técnico	
De 12 a 16 Horas	Femenino			1	1	2 (67%)
	Masculino				1	1 (33%)
De 8 a 12 Horas	Femenino		1	3	3	7 (35%)
	Masculino	1		10	2	13 (65%)
De 6 a 8 Horas	Femenino			1	7	8 (73%)
	Masculino			2	1	3 (27,5%)
Total	Femenino		1	5	11	17 (50%)
	Masculino	1		12	4	17 (50%)

Fuente: cálculos propios con base a la información captada

Según los hallazgos de la Tabla 17, que incluye un análisis multivariado en razón del horario laboral y nivel de escolaridad, se destaca que el personal médico tiende a trabajar en jornadas de 8 a 12 horas. Este horario prolongado conlleva un mayor riesgo de fatiga, aumentando la exposición a posibles riesgos durante la prestación de servicios. En segundo lugar, se encuentra el grupo de auxiliares de enfermería, quienes, debido a las diversas actividades que realizan, mantienen un contacto más

constante con los pacientes durante su jornada laboral. Esto teniendo en cuenta que, tal como se mencionó en la tabla anterior, corresponden a los grupos que mayor exposición tienen con el paciente.

Es relevante señalar que hubo un grupo, compuesto por 1 médico y 2 auxiliares de enfermería, que labora de 12 a 16 horas. Este subconjunto de empleados enfrenta una jornada laboral que es un posible factor contribuyente a la presencia de incidentes o eventos adversos.

Durante las visitas de verificación a la institución, se pudo constatar que existen días de mayor demanda de pacientes, específicamente los lunes, martes y los días viernes, sábados y domingos en horas de la noche y madrugada. Se observó que los pacientes que acuden con mayor frecuencia al área son aquellos que presentan problemas de salud mental, como intentos de suicidio o casos de violencia física. En este tipo de situaciones se pueden generar fugas de pacientes o violencias contra el personal del servicio, ocasionando posibles incidentes y/o eventos adversos, sin embargo, durante la realización del trabajo de campo no se observó ninguna situación que ocasionara la no adherencia a la política de seguridad.

Tabla 18: Tipo de Contrato / Frecuencia

Tipo de Contrato	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Obra labor	2	5.88%	5.88%
Prestación de servicios	29	85.29%	91.18%
Temporal	1	2.94%	94.12%
Término fijo	2	5.88%	100,00%
Total	34	100%	-

Fuente: cálculos propios con base a la información captada

En la Tabla 18, se destaca que el 85% de los empleados se encuentra bajo el régimen de prestación de servicios a través de la asociación sindical. Esta

proporción implica un riesgo significativo de rotación del personal, lo que a su vez conlleva a la pérdida de la capacitación y experiencia acumulada en relación con las prácticas de seguridad. Esta situación contribuye a una falta de adherencia a la política de seguridad institucional, ya que el personal no goza de estabilidad laboral y requiere una formación constante, en lugar de estar enfocado en el seguimiento y control continuo al permanecer en el servicio.

Tabla 19: Tipo de Contrato / Horas Semanales

Horas semanales	Tipo de Contrato				Total
	Obra labor	Prestación de servicios	Temporal	Término fijo	
40 horas		1	1		2
42 horas		4			4
48 horas		23		2	25
55 horas		1			3
Total	2	29	1	2	34

Fuente: cálculos propios con base a la información captada

De acuerdo con la Tabla 19, se observa que, de un total de 34 personas empleadas en el área de urgencias, dos trabajan 40 horas a la semana, cuatro cumplen con una jornada de 42 horas, 25 individuos laboran 48 horas semanales y tres superan las 55 horas a la semana. El personal que trabaja más de 45 horas semanalmente podría experimentar fatiga y agotamiento debido a la falta de descanso, lo que aumenta el riesgo de eventos adversos asociados con el exceso de trabajo y la carga de actividades.

Es evidente que aquellos que cumplen jornadas de 48 y 55 horas a la semana tienen contratos temporales, lo que implica que pueden ser desvinculados en cualquier momento. Esta situación genera inestabilidad laboral y puede resultar en una menor dedicación a la seguridad del paciente, dado el agobio de horarios y la cantidad de horas trabajadas.

Tabla 20: Área Laboral / Horas Semanales

Área laboral	Horas Semanales				Total
	40 horas	42 horas	48 horas	55 horas	
Auxiliar de Enfermería			14 (99.33%)	1 (6.67%)	15 (100%)
Enfermería Profesional		1 (25.00%)	3 (75%)		4 (100%)
Medicina Especializada	1 (100%)				1 (100%)
Medicina General	1 7.14	3 (21.43%)	8 (57.14%)	2 (14.29%)	14 (100%)
Total	2 (5.88%)	4 (11.76%)	25 (73.53%)	3 (8.82%)	34 (100%)
Fisher's exact =	0.054				

Fuente: cálculos propios con base a la información captada

Según lo revelado en la Tabla 20, se nota que el personal médico y de enfermería son aquellos que cumplen jornadas laborales extensas, superando las 48 horas. Dada la naturaleza responsable de sus funciones, están más expuestos a cometer errores en la prestación de servicios debido a los efectos adversos asociados con el trabajo excesivo, como la reducción de la capacidad de concentración, fatiga mental y agotamiento físico.

En relación con la jornada laboral, los resultados de la Tabla 8 revelan que dos de los 14 médicos (14.2%) y una de las 15 auxiliares de enfermería (6.6%) trabajan más de 55 horas a la semana. Se identificó una diferencia que no fue estadísticamente significativa en las horas laboradas por semana en función del área laboral de los empleados ($F= 2.28$, $p = 0.091$). La proporción de aquellos con jornadas laborales extensas se sitúa en el 8.8% (IC95% 1.8-23.6).

La notación " $p < 0.05$ " se refiere a un valor p obtenido como resultado de una prueba estadística. En términos simples, el valor p es una medida que ayuda a determinar si los resultados observados en un estudio son estadísticamente significativos o si podrían haber ocurrido por pura casualidad.

En este caso, " $p < 0,05$ " indica que el valor p obtenido es menor que 0,05, que es un umbral utilizado en la investigación científica para determinar la significancia estadística. Si el valor p es menor que 0.05, se suele considerar que los resultados son estadísticamente significativos y se rechaza la idea de que los hallazgos podrían haber ocurrido por azar.

Sin embargo, en la segunda parte de la expresión, "prueba exacta de Fisher: 0.051", parece indicar que el valor p específico obtenido en la prueba exacta de Fisher es 0.051. Aquí, el valor p es ligeramente mayor que 0.05, lo que sugiere que los resultados podrían no ser estadísticamente significativos según el umbral estándar de 0.05.

En resumen, aunque el valor p (0.051) es cercano al umbral de 0.05, no es menor que este umbral, lo que indica que los resultados podrían NO ser considerados estadísticamente significativos según la convención común aceptada.

Con relación a la jornada laboral se encontraron los siguientes resultados:

Tabla 21: Área Laboral / Horario Laboral

Horario Laboral				
Área laboral	De 12-16	De 8-12	De a 6 a 8	Total
Auxiliar de Enfermería	2 (15,38%)	5 (38,46%)	8 (61,5%)	15 (100%)
Enfermería Profesional	1 (25%)	3 (75%)		4 (100%)
Medicina Especialización		1 (100%)		1 (100%)
Medicina General		11 (78,57%)	3 (21,42%)	14 (100%)
Total	3 (8,82%)	20 (58,82%)	11 (32,35%)	34 (100%)

Fuente: cálculos propios con base a la información captada

En la Tabla 21 se observó que 23 de las 34 personas laboran más de 8 horas al día (66%). Este hallazgo es relevante en el contexto de la organización del trabajo en el servicio de urgencias de la institución. Se encontraron diferencias

estadísticamente significativas entre el horario laboral y el área correspondiente ($p < 0.05$, prueba exacta de Fisher: 0.051).

6.2. Objetivo dos: Conocimientos sobre la política institucional de seguridad del paciente.

A continuación, se muestra el nivel de conocimiento del personal que labora sobre la política de seguridad del paciente y los procesos institucionales que promueven el conocimiento de la política y las buenas prácticas de seguridad en la IPS de primer nivel en la ciudad de Cali.

6.2.1 Nivel de conocimiento del personal sobre la política de seguridad del paciente.

A continuación, se muestra las dimensiones analizadas

6.2.1.1 Dimensión organizacional

Tabla 22: Dimensión organizacional

Criterio	Variable	Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
ORGANIZACIONAL	¿La institución cuenta con un programa de seguridad del paciente, para obtener procesos de atención seguros?	4. Algo de Acuerdo	6	17,65%
		5. Muy de acuerdo	28	82,35%
	¿El gerente de la institución propicia un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente?	4. Algo de Acuerdo	22	64,71%
		5. Muy de acuerdo	11	32,35%
	¿Percibo que la Seguridad del paciente es un aspecto prioritario de la agenda del director?	4. Algo de Acuerdo	17	50,00%
		5. Muy de acuerdo	15	44,12%
	¿Los procesos de la atención del paciente están bien estructurados y se vigilan posibles desviaciones, sus causas y como resolverlas?	4. Algo de Acuerdo	8	23,53%
		5. Muy de acuerdo	25	73,53%
	Su área de trabajo cuenta con documentación para el reporte de eventos adversos?	4. Algo de Acuerdo	4	11,76%
		5. Muy de acuerdo	30	88,24%

Fuente: cálculos propios con base a la información captada

La tabla anterior muestra en la dimensión de organización que se captó más la significancia de los ítems de algo de acuerdo y muy de acuerdo, siendo los ítems más ponderables con resultado de muy de acuerdo con un límite inferior de 73% y límite superior 88.24%; y el resultado de algo de acuerdo con límite inferior de 11.76% y límite superior 64.71%; lo que invita a pensar que es positiva la afirmación a la respuesta sobre la dimensión organizacional

6.2.1.2 Dimensión actitud frente al reporte

Tabla 23: Dimensión actitud frente al reporte

Criterio	Variable	Respuesta	Frecuencia	Porcentaje	
A C T I T U D	La institución cuenta con un sistema donde se reporten no conformes, incidentes, eventos adversos?	4. Algo de Acuerdo	1	2,94%	
		5. Muy de acuerdo	33	97,06%	
	¿Cuándo ha ocurrido un efecto adverso, tengo una actitud temerosa al hablar de ello?	1. Muy en desacuerdo	10	29,41%	
		2. Algo en desacuerdo	18	52,94%	
		3. NI de acuerdo ni en desacuerdo	3	8,82%	
		5. Muy de acuerdo	3	8,82%	
	F R E N T E	¿Los jefes de servicio y supervisores de enfermería promueven un ambiente de aprendizaje de los errores en lugar de señalar y culpar a los trabajadores?	1. Muy en desacuerdo	1	2,94%
			2. Algo en desacuerdo	2	5,88%
3. NI de acuerdo ni en desacuerdo			2	5,88%	
4. Algo de Acuerdo			19	55,88%	
5. Muy de acuerdo			10	29,41%	
Usted realiza auto reporte de los incidentes y/o eventos adversos de su área de trabajo?		3. NI de acuerdo ni en desacuerdo	3	8,82%	
	4. Algo de Acuerdo	3	8,82%		

A		5. Muy de acuerdo	28	82,35%
L	Cree usted que es importante una cultura institucional para el reporte de los incidentes?	1. Muy en desacuerdo 4. Algo de Acuerdo 5. Muy de acuerdo	1 4 29	2,94% 11,76% 85,29%
R	¿Usted cree que si reporta el hospital será punitivo con usted ante la presencia de un evento adverso?	1. Muy en desacuerdo 2. Algo en desacuerdo 3. NI de acuerdo ni en desacuerdo 4. Algo de Acuerdo 5. Muy de acuerdo	4 8 17 2 3	11,76% 23,53% 50,00% 5,88% 8,82%
E	¿Usted cree que los eventos adversos por NEGLIGENCIA deben ser sancionados?	1. Muy en desacuerdo 2. Algo en desacuerdo 3. NI de acuerdo ni en desacuerdo 4. Algo de Acuerdo	10 2 8 4	29,41% 5,88% 23,53% 11,76%
P	¿Usted opina que cuando se reporta un evento a otra área no se recibe respuesta oportuna?	1. Muy en desacuerdo 2. Algo en desacuerdo 3. NI de acuerdo ni en desacuerdo 4. Algo de Acuerdo 5. Muy de acuerdo	2 3 18 9 2	5,88% 8,82% 52,94% 26,47% 5,88%
O	¿Cree que el reporte le permite identificar oportunidades de mejora?	4. Algo de Acuerdo 5. Muy de acuerdo	7 27	20,59% 79,41%
R	¿Conoce usted las buenas prácticas de hospital seguro?	4. Algo de Acuerdo 5. Muy de acuerdo	7 26	21,21% 78,79%
T				
E				

Fuente: cálculos propios con base a la información captada

La tabla anterior muestra una gran evidencia de respuesta positiva a los ítems de la dimensión relacionada con actitud frente al reporte, en los diez ítems se logró identificar significancia en los aportes de muy de acuerdo y de acuerdo.

6.2.1.3 Dimensión actitud frente a la seguridad

Tabla 24: Dimensión actitud frente a la seguridad

Criterio	Variable	Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
A C T I T U D A S E G U R I D A D	¿Si se hiciera una sesión clínica sobre un error médico en mi centro, el debate final estaría centrado en cómo mejorar las barreras del sistema en lugar de discutir la responsabilidad individual?	4. Algo de Acuerdo	22	64,71%
		Muy de acuerdo	12	35,29%
	¿Se les informa cuando hay análisis de los reportes ya sea individuales o grupales?	1. Muy en desacuerdo	1	2,94%
		NI de acuerdo ni en desacuerdo	3	8,82%
		4. Algo de Acuerdo	17	50,00%
		Muy de acuerdo	13	38,24%
	¿Los profesionales de mi servicio se preocupan de la seguridad del paciente sólo después de que ha ocurrido un incidente adverso?	1. Muy en desacuerdo	9	26,47%
		2. Algo en desacuerdo	3	8,82%
		4. Algo de Acuerdo	18	52,94%
		Muy de acuerdo	4	11,76%
	¿Me preocupo de la seguridad del paciente sólo después de que ha ocurrido un incidente adverso?	1. Muy en desacuerdo	24	70,59%
		2. Algo en desacuerdo	4	11,76%
		4. Algo de Acuerdo	4	11,76%
		Muy de acuerdo	2	5,88%

Fuente: cálculos propios con base a la información captada

6.2.1.4 Dimensión de capacitación

Tabla 25: Dimensión de capacitación

Criterio	Variable	Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
CAPACITACIONES	¿Ha recibido capacitaciones en cuanto a reporte de eventos adversos?	4. Algo de Acuerdo	4	11,76%
		Muy de acuerdo	29	85,29%
	¿En las capacitaciones que ha tenido, usted ha tenido información de inducción de seguridad?	4. Algo de Acuerdo	4	11,76%
		Muy de acuerdo	29	85,29%
	¿Las capacitaciones han tenido suficiente tiempo en la inducción?	NI de acuerdo ni en desacuerdo	5	14,71%
		4. Algo de Acuerdo	15	44,12%
		Muy de acuerdo	14	41,18%
	¿En las capacitaciones se les explica sobre la política de seguridad de la ESE?	NI de acuerdo ni en desacuerdo	2	5,88%
		4. Algo de Acuerdo	6	17,65%
		Muy de acuerdo	26	76,47%
	En las capacitaciones lo evalúan sobre la política de seguridad?	NI de acuerdo ni en desacuerdo	4	11,76%
		4. Algo de Acuerdo	9	26,47%
		Muy de acuerdo	21	61,76%
	En las capacitaciones le enseñan sobre hospital seguro?	4. Algo de Acuerdo	14	41,18%
		Muy de acuerdo	20	58,82%
	¿Tiene claro los conceptos de seguridad del paciente?	4. Algo de Acuerdo	5	14,71%
		Muy de acuerdo	29	85,29%

Fuente: cálculos propios con base a la información captada

La Tabla 25 presenta la frecuencia, porcentaje, total, válido y acumulado de las respuestas. Al analizar las respuestas de todos los colaboradores, se identificó a 17 personas que estaban algo de acuerdo con las preguntas planteadas, con un puntaje promedio superior al 50%. El rango varía desde un límite inferior del 51.4% para la pregunta 9, que registró una respuesta de "ni de acuerdo ni en desacuerdo",

hasta un límite superior del 89.2% para la pregunta 5. La media se sitúa en 70.3%, destacando especialmente en las preguntas 16 y 24.

Tabla 26: Sumatoria total por porcentaje de las dimensiones sobre 5

Criterio	Ítems	Porcentaje calificado con 5
Organizacional	5	64%
Actitud frente al reporte	10	51%
Actitud frente a la seguridad	4	23%
Capacitaciones	7	71%

Fuente: cálculos propios con base a la información captada

En la tabla 26 se describen los criterios de cada dimensión con la cantidad de ítems y se toma el promedio de cada uno de los porcentajes, se evidencia que el personal está muy de acuerdo con la política de seguridad de la institución, a pesar que la actitud frente a la seguridad fue la que obtuvo el porcentaje más bajo, dado que se requiere reforzar al personal sobre la adherencia realizando reporte de incidentes y/o eventos adversos enfocados en la atención del paciente como una mejora continua del servicio.

En este escenario, por ejemplo, se observa que el personal que labora en el área de urgencias está de acuerdo con lo planteado en la política de seguridad de la institución, sin embargo se requiere mayor acompañamiento de la alta gerencia al personal para que se promueva un ambiente que propicie la seguridad del paciente, se requiere que los jefes de servicio promuevan un ambiente de aprendizaje de los errores en lugar de señalar y culpar a los trabajadores Cuando se presenta un error médico y/o personal de salud el debate debe estar centrado en mejorar las barreras del sistema en lugar de discutir la responsabilidad individual de los funcionarios. Hubo adherencia a la política de seguridad dado que la institución cuenta con un programa de seguridad del paciente y el personal conoce y tiene claridad de cómo funciona, reciben capacitación permanente y desarrollan la ruta de manera adecuada en caso que se presente un incidente y/o evento adverso.

6.3 Objetivo tres: Conocimientos sobre seguridad del paciente.

Los resultados sobre los conocimientos relacionados con la seguridad del paciente se muestran en la siguiente tabla.

Tabla 27: Semaforización

Color	Significado del %	Significado de promedio
Verde	Mayor a 80%	Entre 18 a 20
Naranja	Entre 60% a 79%	Entre 16 a 17
Rojo	Entre 20% a 59%	Entre 0 a 15

Fuente: Elaboración propia

Las respuestas a las 21 preguntas formuladas para los trabajadores del servicio de urgencias fueron evaluadas mediante un sistema de semaforización (ver Tabla 12). Aquellas con una puntuación en el rango de 0 a 15 se marcarán en color rojo, lo cual representa un nivel de conocimiento bajo, abarcando del 20% al 59%. Aquellas con una puntuación de 16 a 17 se destacarán en color naranja, indicando un nivel de conocimiento moderado, en un rango del 60 al 70%. Finalmente, las respuestas con una puntuación entre 18 y 21 se resaltarán en verde, indicando un alto nivel de conocimiento, con un porcentaje superior al 80%.

6.3.1 Promedio de calificación del personal de enfermería

Tabla 28: Promedio del personal del área de enfermería profesional

Profesión	Respuestas correctas	% Individual	Promedio
Enfermería 01	20	95%	18.5
Enfermería 02	19	90%	
Enfermería 03	19	90%	
Enfermería 04	16	76%	

Fuente: cálculos propios con base a la información captada

La Tabla 28 evidencia al personal de enfermería profesional, muestra un porcentaje individual muy alto, donde el límite inferior registro 76% y el límite superior registro 95%, lo cual arrojó un promedio de 18.5 del 1 al 20. Lo que se logra determinar que el personal de enfermería tiene un porcentaje y promedio muy alto, ya que se pasa el 80% de porcentaje que le da significancia de muy alto y pasa los 15 puntos de promedio igualmente superior.

El nivel de conocimiento del personal de enfermería es destacado, evidenciando un promedio de las 18 preguntas acertadas de un total de 21 preguntas (%). Esto indica que tienen un claro entendimiento sobre la seguridad del paciente, comprenden el programa, la ruta y los conceptos fundamentales relacionados con el tema. Esta competencia contribuye a un liderazgo más efectivo frente a incidentes o eventos que puedan surgir durante el turno programado. Es importante destacar que el personal de enfermería en el servicio de urgencias no solo suministra información relevante sobre el tema a su personal a cargo, sino que también demuestra una disposición constante para abordar las diversas facetas del servicio, como la gestión de insumos, la programación de turnos, y la promoción de la humanización en el área.

6.3.2 Promedio de calificación en el área de auxiliar de enfermería

Por otro lado, a continuación, se muestra el porcentaje y promedio en el área de auxiliar de enfermería.

Tabla 29: Promedio del personal del área de auxiliar de enfermería

Profesión	Respuestas correctas	Porcentaje	Promedio
Auxiliar de Enfermería-01	16	76%	17.6
Auxiliar de Enfermería -02	18	86%	
Auxiliar de Enfermería -03	18	86%	
Auxiliar de Enfermería -04	18	86%	
Auxiliar de Enfermería -05	17	81%	
Auxiliar de Enfermería -06	18	86%	
Auxiliar de Enfermería -07	16	76%	

Auxiliar de Enfermería -08	18	86%	
Auxiliar de Enfermería -09	18	86%	
Auxiliar de Enfermería -10	19	90%	
Auxiliar de Enfermería -11	17	81%	
Auxiliar de Enfermería -12	19	90%	
Auxiliar de Enfermería -13	18	86%	

Fuente: cálculos propios con base a la información captada

La Tabla 29 destaca el desempeño del personal del área de auxiliar de enfermería, exhibiendo porcentajes individuales notables. Los límites inferior y superior oscilan entre el 76% y el 90%, resultando en un promedio de 17.6 en una escala del 1 al 20.

Lo que se logra determinar que el personal del área de auxiliar de enfermería tiene un porcentaje y promedio individual alto, ya que se pasa el 70% de porcentaje que le da significancia de alto y pasa los 15 puntos de promedio igualmente superior.

Este conjunto de empleados muestra un sólido conocimiento en materia de seguridad del paciente. Se destaca el apoyo constante que se brindan entre sí, evidenciando un eficaz trabajo en equipo de acuerdo con las asignaciones establecidas por la planificación del servicio. Cuando surge un aumento en la demanda y uno de los colaboradores se ve enfrentado a una carga de trabajo más elevada debido a la dinámica del servicio, los demás colaboradores intervienen para equilibrar la carga y garantizar un turno más justo para todos. Esta colaboración se traduce en mejoras palpables en la atención a los usuarios, caracterizándose por su oportunidad, eficiencia y eficacia en cada turno de servicio.

6.3.3 Promedio de calificación del área de medicina

A continuación, se muestra el porcentaje y promedio en el área de medicina

Tabla 30: Promedio del personal del área de medicina

Profesión	Respuestas correctas	Porcentaje	Promedio
Médico -01	19	90%	18.2
Médico -02	19	90%	
Médico -03	19	90%	
Médico -04	16	76%	
Médico -05	17	81%	
Médico -06	17	81%	
Médico -07	19	90%	
Médico -08	19	90%	
Médico -09	18	86%	
Médico -10	18	86%	
Médico -11	19	90%	
Médico -12	15	71%	
Médico -13	19	90%	
Médico -14	17	81%	
Médico -15	20	95%	

Fuente: cálculos propios con base a la información captada

La Tabla 30 resalta el desempeño del personal médico, revelando porcentajes individuales destacados. Los límites inferior y superior varían entre el 71% y el 95%, resultando en un promedio de 18.2 en una escala del 1 al 20. Estos resultados indican de manera significativa que el personal médico exhibe un rendimiento elevado, superando el umbral del 80% en términos de porcentaje y superando los 15 puntos en promedio, lo que lo clasifica como un desempeño superior.

El personal médico del servicio de urgencias tiene un amplio conocimiento sobre seguridad del paciente es un personal comprometidos con el servicio y los pacientes, realizan trabajo en equipo entre colegas y el personal de enfermería, cuando hay aumento en la demanda de pacientes que acuden al servicio uno de los médicos programados en el turno realizan *triage* para mejorar el acceso y oportunidad al paciente.

6.3.4 Promedio de calificación de radiología

A continuación, se muestra el porcentaje y promedio en el área de medicina

Tabla 31: Promedio de calificación de los radiólogos

Profesión	Respuestas correctas	Porcentaje	Promedio
Radiólogo -01	17	81%	17
Radiólogo -02	17	81%	

Fuente: cálculos propios con base a la información captada

La Tabla 31 destaca el rendimiento del personal de radiología, presentando porcentajes individuales notables. Los límites inferior y superior registraron un 81%, resultando en un promedio de 17 en una escala del 1 al 20. Estos resultados indican de manera significativa que el personal de radiología exhibe un desempeño muy elevado, superando el umbral del 80% en términos de porcentaje y superando los 15 puntos en promedio, lo cual lo clasifica como un rendimiento excepcionalmente alto.

Este grupo de trabajadores demuestra un sólido conocimiento y una fuerte adhesión a los protocolos de seguridad del paciente. Trabajan de manera colaborativa con todo el personal de urgencias, asegurando la realización oportuna de ayudas diagnósticas en respuesta a la demanda existente.

6.3.5 Nivel de adherencia a buenas prácticas.

A continuación, se muestra el nivel de adherencia de los colaboradores con respecto a las buenas prácticas sobre la seguridad del paciente por parte del personal que labora en el servicio de urgencias, se realizó con el personal siendo observado realizando sus funciones con 360 pacientes en el servicio.

Se seleccionó 4 variables dependientes para ser evaluadas, ya que son las más ponderables en el servicio de urgencias, como lo son prevención de caídas de los pacientes en el servicio, identificación del paciente, buenas prácticas en administración de medicamentos y lavado de manos.

Tabla 32: Cumplimiento en prevención de caídas

Etiquetas de fila	Cuenta de total	Cuenta de total
11	360	100,00%
Total general	360	100,00%

Fuente: cálculos propios con base a la información captada

La Tabla 32 refleja la evaluación del cumplimiento de las medidas de prevención de caídas, revelando un 100% de cumplimiento. La institución demuestra conformidad con las preguntas formuladas en el instrumento, destacándose elementos como barandas en las camillas, pisos antideslizantes y la inclusión de preguntas en la historia clínica que abordan el riesgo de caídas, además de contar con un protocolo asociado a esta buena práctica.

Tabla 33: Cumplimiento de identificación de pacientes

Etiquetas de fila	Cuenta de Suma	Cuenta de Suma
0	2	0,56%
2	3	0,83%
3	3	0,83%
10	1	0,28%
11	351	97,50%
Total general	360	100,00%

Fuente: cálculos propios con base a la información captada

La Tabla 33 exhibe la evaluación del cumplimiento en el proceso de identificación de pacientes, obteniendo un 98% de cumplimiento. Se destaca una adherencia significativa, ya que la gran mayoría de los pacientes verificados presentan una identificación adecuada en los cubículos. Las manijas proporcionan la información

necesaria, considerando aspectos como alergias y riesgo de fugas entre otros, adaptándose a las necesidades específicas de cada paciente.

Tabla 34: Cumplimiento en administración segura de medicamentos

Etiquetas de fila	Cuenta de total	Cuenta de total
14	3	0,83%
15	357	99,17%
Total general	360	100,00%

Fuente: cálculos propios con base a la información captada

La Tabla 34 presenta la evaluación del cumplimiento en la administración de medicamentos a los pacientes, obteniendo un 100% de cumplimiento. En el proceso de administración segura de medicamentos, se destaca la presencia de una semaforización para los medicamentos suministrados por la farmacia. Además, se verifica la fecha de vencimiento, se aplican los "10 correctos" para asegurar una administración precisa, y se brinda una explicación detallada a cada paciente acerca de la medicación, la vía de administración y la razón por la cual se prescribe.

Tabla 35: Cumplimiento en lavado correcto de las manos

Etiquetas de fila	Cuenta de suma	Cuenta de suma
17	28	7,78%
18	332	92,22%
Total general	360	100,00%

Fuente: cálculos propios con base a la información captada

La Tabla 35 revela la evaluación del cumplimiento en la práctica del lavado de manos correcto, con un resultado del 99% de cumplimiento. Se observa una sólida adherencia al lavado de manos, llevándolo a cabo en los cinco momentos adecuados antes y después de la atención de los pacientes. Los hallazgos identificados se centran principalmente en la presencia de manillas y uñas maquilladas al momento de la verificación, lo que podría generar un riesgo potencial de infección cruzada entre pacientes y el personal de salud.

Tabla 36: Promedio de las variables de cumplimiento

Respuestas (360)	Promedio Prevención Caídas		Promedio Identificación Paciente		Promedio Administración Medicamentos		Promedio Lavado Manos		Promedio Total Buenas Prácticas	
N(%)	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Cumple	360	(100%)	353	(98%)	360	(100%)	357	(99%)	358	(99%)
No Cumple	0	(0%)	7	(2%)	0	(0%)	3	(1%)	2	(1%)
Cumple Parcialmente	0	(0%)	0	(0%)	0	(0%)	0	(0%)	0	(0%)

Fuente: cálculos propios con base a la información captada

Finalmente, conforme la Tabla 36, las buenas prácticas evaluadas en esta investigación son esenciales para el servicio de urgencias, especialmente en la prevención de caídas, donde se cumple en un 100% con las evidencias propuestas en el proyecto. La identificación de pacientes se lleva a cabo en la mayoría de los casos, siendo una responsabilidad del jefe de enfermería desde el ingreso de los pacientes valorados en el *triage*, a menudo con el respaldo del personal médico. Esta buena práctica se refleja en los tableros de identificación ubicados en cada cubículo donde se encuentra el paciente; en el caso de pacientes pediátricos, la manilla se coloca comúnmente en el pie para evitar que este grupo de edad la retire, considerando los riesgos a los que están expuestos.

En relación con la administración de medicamentos, se destaca un eficaz trabajo en equipo con el personal de farmacia, llevando a cabo las verificaciones pertinentes en el proceso y, además, involucrando al paciente y a su grupo familiar.

Estas buenas prácticas no solo son fundamentales para el desempeño del personal de salud, sino que también tienen un impacto directo en la satisfacción de los usuarios. Su implementación se traduce en una respuesta positiva hacia el trabajo realizado, contribuyendo a la disminución de la morbi-mortalidad asociada a incidentes y/o eventos adversos. Además, esto evita aumentos en los costos de no calidad para la institución de salud.

La Importancia de la Administración en Salud en un Hospital de Primer Nivel es la mejora continua y efectiva desempeñando un papel crítico en el funcionamiento y la calidad de los servicios de salud en cualquier institución, teniendo en cuenta que las instituciones de primer nivel desarrollan un papel importante en la prevención y mantenimiento de la salud. La gestión adecuada es esencial para garantizar que los recursos se utilicen eficientemente, se mantenga la calidad de la atención y se satisfagan las necesidades de los pacientes.

En mi experiencia en el campo de investigación podría decir que, en primer lugar, la gestión eficaz en un hospital de primer nivel contribuye a la optimización de recursos y la atención de una manera eficaz, oportuna y segura. Estos hospitales históricamente suelen enfrentarse a restricciones presupuestarias y limitaciones de personal, lo que hace necesario utilizar los recursos de manera eficiente. Una administración bien planificada y coordinada permite la asignación adecuada de personal, equipos y suministros, asegurando que las operaciones diarias se realicen de manera efectiva y sin interrupciones innecesarias.

Además, en este caso la ESE centro, el cual está habilitado y acreditado es de suma importancia la calidad de la atención al paciente es un pilar fundamental en cualquier institución de salud. La administración en salud juega un papel vital en la implementación y supervisión de protocolos y estándares de atención. Esto incluye la formación continua del personal, la implementación de prácticas basadas en evidencia y la adopción de tecnologías avanzadas. Un hospital de primer nivel que cuenta con una sólida gestión puede ofrecer servicios de calidad, promoviendo la satisfacción del paciente y mejorando los resultados clínicos.

Yo como coordinadora, personal de salud, estudiante de maestría en Administración en salud logro detectar la importancia de la coordinación entre los diferentes departamentos y equipos también es esencial en un hospital de primer nivel, y esto es posible gracias a una administración efectiva. La comunicación fluida, la planificación estratégica y la resolución eficiente de problemas son habilidades

claves que los administradores en salud deben poseer. Esto garantiza que todos los aspectos de la atención médica, desde la admisión hasta la atención clínica y el alta, estén sincronizados de manera eficiente para proporcionar una experiencia integral y coherente para los pacientes.

Por lo tanto, integrar la labor administrativa con la asistencial implica considerar todos los aspectos relacionados con la atención del paciente, desde la planificación hasta la ejecución, con un manejo eficiente de los recursos. El objetivo es ofrecer a los usuarios y sus familias una atención integral que garantice su satisfacción, para este fin en la maestría de administración en salud y con esta investigación logre identificar variables importantes como las que expreso a continuación:

10.1 Optimización de recursos

La gestión eficaz en urgencias permite una distribución adecuada de recursos limitados como camas, médico personal, suministros y equipos médicos. La administración eficiente ayuda a asegurar que estos recursos estén disponibles cuando más se necesiten, optimizando así el funcionamiento del servicio de urgencias.

10.2 Mejora en la calidad de la atención

La administración adecuada en urgencias puede ayudar a establecer protocolos claros y eficientes para el tratamiento de pacientes, lo que se traduce en una atención más rápida, precisa y oportuna. Esto es crucial en situaciones donde cada minuto cuenta para salvar vidas o minimizar el impacto de una enfermedad.

10.3 Reducción de tiempos de espera

Una gestión eficiente puede ayudar a reducir los tiempos de espera en las salas de urgencias, lo cual es vital para atender a los pacientes de manera oportuna. Esto

contribuye a una mejor experiencia del paciente y puede tener un impacto significativo en los resultados médicos.

10.4 Coordinación interdisciplinaria

La administración efectiva en urgencias implica la colaboración entre diferentes profesionales de la salud, como médicos, enfermeras, técnicos y personal de apoyo. La coordinación entre estos equipos es esencial para brindar una atención integral y eficiente a los pacientes en situaciones críticas.

10.5 Gestión de crisis y eventos inesperados

La capacidad de respuesta rápida y efectiva ante emergencias y desastres es crucial en el entorno de urgencias. La administración adecuada ayuda a planificar y preparar al personal para manejar situaciones de crisis, minimizando así su impacto en la salud pública.

En resumen, la administración efectiva en los servicios de urgencias en el campo de la salud es esencial para garantizar la eficiencia operativa, mejorar la calidad de la atención, reducir los tiempos de espera y asegurar una respuesta rápida y coordinada en situaciones críticas, lo que finalmente se traduce en un mejor cuidado de la salud de los pacientes.

7. Discusión

En la investigación llevada a cabo en la Red de Salud Centro, ubicada en el municipio de Santiago de Cali, en el Valle del Cauca, Colombia, se empleó un instrumento para recopilar información en el ámbito de urgencias. Un total de 34 colaboradores participaron con éxito en el estudio, con el propósito de alcanzar los tres objetivos específicos y lograr la identificación del nivel de cumplimiento a las políticas de seguridad en la Red de Salud.

En el desarrollo del primer objetivo, se logró determinar las características sociodemográficas de las personas que colaboran en la IPS, siendo un total de 34 participantes. Esta consideración se hizo debido a su relevancia en relación con la eficiencia y eficacia del cumplimiento, tal como se abordó en el estudio de Ochoa Bohórquez y Limeth Morales López ⁶⁷(1). En dicho estudio, se estableció una correlación entre ciertas características demográficas, aspectos laborales y dimensiones relacionadas con la seguridad del paciente. Además, se buscó medir el grado de seguridad del paciente en el servicio en cuestión.

Varios estudios evidencian que los servicios de urgencias en todo el mundo cuentan con personal altamente calificado y cualificado, poseyendo amplias competencias profesionales y ofreciendo una calidad asistencial contrastada. Esto se respalda en el artículo de Toranzo et al. ⁶⁸(2), el cual sostiene que estos servicios atienden a una población muy numerosa. Estos hallazgos coinciden con la presente investigación, que cuenta con profesionales destacados y con una amplia experiencia en el servicio de urgencias. Además, se observa que no hay distinciones significativas en cuanto al género, estrato social o nivel de escolaridad, según lo indican los artículos revisados.

Por otro lado, en el estudio de Fandiño, Pelaez, Peña y Rojas⁶⁹ (3) afirman que en cuanto a la cantidad de auxiliares de enfermería, enfermería profesional, medicina

y radiología, el estudio afirma que la participación de los médicos fue de un 37%, enfermería profesional de un 60% y de los radiólogos con 3%, mientras que en este estudio en el área laboral se encontró más ponderación en auxiliares de enfermería con 44.1%, le sigue el área de medicina general con un 41.2, luego el área de enfermería profesional con un 11.8%, y medicina especializada con 2.9%. En cuanto las jornadas laborales 85.3% tiene turnos rotativos, mientras que el 8.8 tiene turnos fijos y solo el 5.9% la jornada es según la necesidad del servicio.

En el estudio llevado a cabo por Érica Patricia Daza ⁷⁰ en Colombia en el año 2023 (4), se destaca que la contratación predominante en instituciones privadas es por obra labor, mientras que en instituciones públicas prevalece la orden de prestación de servicios (OPS). Además, el contrato a término indefinido está asociado con la antigüedad tanto en instituciones públicas como privadas. Se observa la presencia de clientelismo en la contratación en el ámbito de la salud pública, especialmente en regiones apartadas del país. El estudio revela una relación directa entre el tipo de contrato, el salario y el nivel de complejidad de la institución. En otras palabras, a un mayor nivel de complejidad, se evidencia una mayor estabilidad laboral y una mejor remuneración. El análisis de este estudio concuerda con la presente investigación, donde se encontró que el 85.3% de los colaboradores tienen contratos de prestación de servicios, mientras que los contratos por obra labor y a término fijo representan el 5.9% respectivamente, y los temporales el 2.9%. En relación con las horas semanales, el 73.5% trabaja predominantemente 48 horas, seguido por un 11.8% con 42 horas, un 8.8% con 55 horas y un 5.9% con 40 horas. En cuanto al horario laboral, el 58.8% tiene un horario de 8 a 12 horas, seguido por el 32.4% con un horario de 6 a 8 horas y, por último, el 8.8% con un horario de 12 a 16 horas. En términos de tiempo laboral, se destaca que el 44.1% de los registros indica más de 8 años de experiencia, seguido por el 29.4% con una experiencia de 3 a 6 años, el 20.6% con una experiencia de 1 a 3 años y el 5.9% con una experiencia de 6 a 8 años. En cuanto a los años de experiencia de los colaboradores, el 38.2% tiene más de 8 años, el 32.4% tiene entre 3 y 6 años, el

23.5% tiene entre 1 y 3 años, y el 2.9% tiene entre 6 y 8 años. Estos hallazgos sugieren una estabilidad laboral prolongada y permanente entre el personal.

En relación con el segundo objetivo específico, al revisar la literatura especializada, se logró identificar que la política de seguridad del paciente ha sido definida por el Decreto 1011 de 2006 del Ministerio de Salud y Protección Social. Según esta normativa, la política de seguridad del paciente se define como "el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención en salud o de mitigar sus consecuencias" ⁷¹(5).

Esta política de seguridad del paciente no solo cumple con el propósito de crear estrategias para reducir la ocurrencia de eventos adversos, sino que también contribuye a la implementación de protocolos destinados a salvaguardar la salud de las personas ⁷²(6). En este contexto, se destaca su papel fundamental en la prevención de riesgos, la mitigación de las consecuencias de eventos adversos y la mejora general de la atención y calidad en el sistema de salud ⁷³(7).

En cuanto a las dimensiones del nivel de conocimiento del personal sobre la política de seguridad del paciente, **las cuales se categorizaron en organización, actitud frente al reporte, actitud frente a la seguridad y las capacitaciones**. Se logró encontrar en cada una de ellas una significancia relativamente alta que genera un impacto positivo por cada una de ellas, afirmado cada resultado con la literatura especializada como se ve a continuación:

En la **dimensión de organización** donde se juega un papel fundamental en el cumplimiento de la política de seguridad del paciente (Gómez, 2011) ⁷⁴. La forma en que una empresa estructura sus operaciones, establece sus políticas y promueve una cultura organizacional impacta directamente la seguridad del paciente en

entornos de atención médica (Guedes dos Santos, 2016)⁷⁵, en especial en el área de urgencias donde el tiempo es una variable que juega en contra. la organización tiene el deber de generar, aplicar las Políticas y procedimientos deben ser claras en los procedimientos estandarizados relacionados con la seguridad del paciente (Mera, 219)⁷⁶. Estos protocolos deben ser comunicados de manera efectiva a todo el personal y actualizados regularmente para reflejar las mejores prácticas y regulaciones actuales. Implementación de la tecnología y sistemas de información eficaces, como registros médicos electrónicos seguros y sistemas de gestión de la información, puede ayudar a mejorar la precisión, la coordinación y la accesibilidad de los datos relacionados con la atención al paciente, lo que a su vez contribuye a una atención más segura (Díaz, 2016)⁷⁷.

En la dimensión de **actitud frente al reporte** se encontró que en la atención médica la seguridad del paciente es primordial (P. Saturno)⁷⁸. Los eventos adversos, desafortunadamente, son una realidad en este entorno, y su correcto informe es crucial para mejorar la calidad y seguridad de la atención médica.

Para algunos autores en la literatura especializada se afirma que la actitud de los profesionales de la salud ante estos eventos juega un papel fundamental en la identificación, análisis y prevención de futuros incidentes (John T 2013)⁷⁹. En la literatura especializada se encuentra que la actitud que se asume frente al informe de eventos adversos refleja la cultura de seguridad de una institución y en el servicio de salud (Martin A Makary, 2016)⁸⁰. Una cultura que fomenta la honestidad, la transparencia y el aprendizaje de los errores será clave para el progreso continuo en la mejora de la atención al paciente (J. Aranaz, 2005)⁸¹. En este sentido, la actitud de los profesionales de la salud es crucial, ya que su disposición para informar sobre eventos adversos puede marcar la diferencia en la seguridad del paciente (Aranaz-Andrés, et al. 2011)⁸².

La Comisión europea afirma que es comprensible que exista cierto temor o reticencia entre los profesionales de la salud para reportar eventos adversos (OMS, 2004) ⁸³. La preocupación por las represalias, el miedo a ser juzgados o la incertidumbre sobre las consecuencias de dicho informe son factores comunes (Recomendación Rec (2006)⁸⁴. Sin embargo, es esencial destacar que el reporte de eventos adversos no tiene la finalidad de señalar culpables, sino de identificar áreas de mejora y prevenir futuros incidentes (Subgrupo de información y aprendizaje del PSQCWG de la Comisión Europea, 2014)⁸⁵.

Según la Joint Commission, una actitud abierta y proactiva hacia el reporte de eventos adversos implica reconocer la importancia de la retroalimentación en la mejora continua. Al reportar estos eventos, se abre la oportunidad de identificar errores sistémicos, implementar cambios en los procedimientos, actualizar políticas y protocolos, y brindar una atención más segura y efectiva (Joint Commission, 2021)⁸⁶. Los profesionales de la salud deben ser talentosos y respaldados en este proceso. Las instituciones médicas deben crear un entorno seguro y de confianza, donde el reporte de eventos adversos se vea como una contribución valiosa al fortalecimiento de la atención médica, y no como una acción que conlleve consecuencias negativas (J. Mellin, 2010) ⁸⁷.

En conclusión, la actitud ante el reporte de eventos adversos en la atención médica es un factor crucial para garantizar la seguridad del paciente. La promoción de una cultura de seguridad que valore la transparencia y el aprendizaje de los errores es esencial para fomentar la confianza en el sistema de informes, permitiendo así la mejora continua en la calidad y seguridad de la atención médica⁸⁸. Por otro lado, la dimensión de la Importancia de la Actitud del Personal de Salud en la Seguridad del Paciente se presenta en la atención en salud en general, es un campo en constante evolución, donde la seguridad del paciente ocupa un lugar central. La actitud del personal de salud desempeña un papel fundamental en la promoción y garantía de un entorno seguro para aquellos bajo su cuidado.

La OPS afirma que la actitud del personal de salud hacia la seguridad del paciente se refleja en su compromiso, ética y responsabilidad hacia la prevención de errores médicos y la minimización de riesgos durante la atención (Venzin M, 1998)⁸⁹. Esta actitud va más allá de seguir protocolos y procedimientos; implica una mentalidad proactiva que busca constantemente mejorar y aprender de las experiencias para ofrecer una atención más segura y efectiva (OPS, 2002)⁹⁰.

Un personal de salud con una actitud proactiva en seguridad del paciente reconoce la importancia de la comunicación efectiva, tanto con los pacientes como entre colegas. La apertura para discutir y compartir información sobre problemas potenciales, errores pasados o posibles riesgos ayuda a identificar áreas de mejora y prevenir futuros incidentes (Gómez Ramírez.2011)⁹¹ Además, una actitud comprometida con la seguridad del paciente implica una cultura de responsabilidad y rendición de cuentas (Mori Yachas 2017)⁹². Reconocer los propios errores, reportar eventos adversos y participar activamente en la implementación de medidas correctivas son componentes clave de esta actitud 8 Lopes de Figueiredo. 2016)⁹³

Es importante destacar que en esta investigación en el hospital en Cali que la actitud del personal de salud no solo impacta la seguridad del paciente directamente involucrado, sino que también tiene un efecto en la confianza y percepción general de la calidad de la atención médica por parte de la comunidad, ya que todo el personal de salud colaboro con la investigación aportando información abiertamente

Por tal razón, la institución de salud que se estudió el personal de salud tiene papel significativo en la promoción de esta actitud. Ya que la propuesta organizacional de la IPS ofrece capacitaciones regulares, crear entornos de trabajo donde se fomente la comunicación abierta y el aprendizaje continuo, así como reconocer y valorar la contribución del personal en la seguridad del paciente son estrategias importantes para cultivar una actitud proactiva.

Y, por último, en la dimensión de capacitación y la importancia para las políticas de seguridad del paciente en el área de urgencias ya que es un entorno de alta demanda y presión, donde la toma de decisiones rápidas y precisas es fundamental para la atención adecuada de los pacientes. En este contexto, la capacitación en las políticas de seguridad del paciente desempeña un papel crucial para garantizar la prestación de atención médica segura y efectiva, por lo tanto, en esta investigación se generaron evidencias sólidas sobre las capacitaciones ya que todo el personal a quien se les aplicó los instrumentos arrojaron porcentajes y promedios significativamente altos, lo que demuestra las capacitaciones constantes que se le da al personal de salud.

Andrade A 2019⁹⁴ afirma que, en primer lugar, la capacitación en las políticas de seguridad del paciente en el área de urgencias permite al personal médico y de enfermería familiarizarse con los procedimientos y protocolos específicos diseñados para garantizar la seguridad de quienes reciben atención médica en situaciones críticas. Esto incluye la identificación y manejo de situaciones de alto riesgo, la comunicación efectiva entre los miembros del equipo, así como la comprensión de medidas preventivas para evitar errores médicos. Además, Murff H 2017⁹⁵ afirma que la formación adecuada en políticas de seguridad del paciente promueve una cultura de seguridad en el entorno de urgencias. Los profesionales de la salud capacitados tienen un mayor conocimiento sobre la importancia de reportar eventos adversos, identificar áreas de riesgo y participar activamente en la implementación de mejoras en los procesos para minimizar errores y maximizar la seguridad del paciente.

Otro aspecto clave según De Lima A, 2019⁹⁶ quien dice que la capacitación en políticas de seguridad del paciente en urgencias es la preparación para situaciones de emergencia y desastres. El personal capacitado está mejor equipado para manejar crisis y eventos inesperados, manteniendo la seguridad del paciente como prioridad incluso en condiciones adversas.

En este contexto, según la literatura especializada, la medición del nivel de conocimiento del personal sobre la política de seguridad del paciente y los procesos institucionales que fomentan dicho conocimiento varía en función de diversos factores, tales como el nivel jerárquico, la capacidad instalada, los procesos y procedimientos establecidos, así como el tiempo y movimientos. Un ejemplo revelador proviene del estudio sobre incidentes de seguridad del paciente, notificados antes y después del inicio de la pandemia de COVID-19 en atención primaria en Tarragona, España ⁹⁷(8).

En este estudio, se evaluó la diferencia epidemiológica de los incidentes en la seguridad del paciente antes y después del inicio de la pandemia. Se observó un aumento en el porcentaje de incidentes notificados por profesionales sanitarios, tanto enfermeras (46.8% vs. 36.5%; $p < 0.01$) como médicos (34.9% vs. 29.9%; $p = 0.05$), y una disminución por parte del personal administrativo (12.4% vs. 24.5%; $p < 0.01$) tras el inicio de la pandemia. Sin embargo, estas diferencias no resultaron significativas al considerar los eventos adversos: enfermeras (46.5% vs. 37.8%; $p = 0.10$), médicos (45.6% vs. 47.9%; $p = 0.63$) y administrativos (5.3% vs. 7.3%; $p = 0.47$).

El mismo estudio revela una reducción del 75% en la notificación de incidentes de seguridad del paciente después del inicio de la pandemia de COVID-19. En proporción, se registró una disminución en los incidentes sin daño y un aumento en los eventos adversos, especialmente aquellos que requieren una mayor monitorización y que, en su mayoría, podrían haberse evitado. Los factores causales estaban relacionados con los cuidados y el diagnóstico, y los contribuyentes incluían aspectos profesionales como la carga laboral, el cansancio, el sueño y la salud física y mental, tanto en incidentes generales como en eventos adversos ⁹⁸(9).

En otra perspectiva, la Organización Mundial de la Salud (OMS) subraya la importancia del conocimiento del personal en relación con los parámetros de la política de seguridad del paciente y los procesos institucionales que fomentan dicho conocimiento. Las cifras presentadas por la OMS son reveladoras: una de cada 10 personas sufre daños al recibir atención de salud, lo que destaca la relevancia crítica del desconocimiento de la seguridad del paciente. Este desconocimiento contribuye a que más de 3 millones de personas fallezcan como consecuencia, representando 4 de cada 100 personas que mueren por esta razón. La OMS sostiene que más de la mitad de estos daños son prevenibles mediante el conocimiento del personal asistencial. Además, la mitad de estos eventos adversos están vinculados a los medicamentos. El dominio del conocimiento, especialmente en áreas como la correcta identificación de pacientes, el diagnóstico preciso, la prescripción de medicamentos y la prevención de caídas, transfusiones de sangre, puede reducir significativamente el riesgo de generar eventos adversos. Asimismo, el fortalecimiento del conocimiento podría disminuir las infecciones asociadas a la atención en salud, las úlceras por presión, los trombolismos venosos, entre otros⁹⁹(10).

La afirmación de la OMS encuentra respaldo en el estudio realizado en el área de urgencias, donde el personal de salud colaborador obtuvo una calificación excepcional en la evaluación. En particular, el personal de enfermería destacó con el puntaje más alto, con un rango entre el 76% y el 95%, resultando en un promedio de 18.5 en una escala del 1 al 20. Este resultado refleja un porcentaje y promedio muy elevado, subrayando la excelencia del personal de enfermería. Asimismo, el personal médico presentó un desempeño destacado, con un porcentaje individual entre el 71% y el 95% y un promedio de 18.2 en la misma escala. Este nivel de rendimiento se sitúa significativamente por encima del 80%, marcando una alta significancia y superando los 15 puntos de promedio, evidenciando la excelencia del personal médico.

En el caso del personal de auxiliares de enfermería, obtuvieron un puntaje con un rango entre el 76% y el 90%, logrando un promedio de 17.6 en la escala del 1 al 20. Este desempeño refleja un porcentaje y promedio individual alto, superando el 70% de significancia y superando los 15 puntos de promedio, indicando la calidad del personal de auxiliares de enfermería. Finalmente, el personal de radiología también demostró un rendimiento sobresaliente, con un porcentaje individual entre el 81% en ambos límites inferior y superior, resultando en un promedio de 17 en la escala del 1 al 20. Este desempeño exhibe un porcentaje y promedio individual muy alto, superando significativamente el 80% de significancia y los 15 puntos de promedio, evidenciando la excelencia del personal de radiología.

En relación al tercer objetivo, que busca determinar el nivel de adherencia a las buenas prácticas sobre seguridad del paciente por parte del personal que labora en el servicio de urgencias, no se encontró literatura específica con las mismas preguntas aplicadas en esta investigación. Sin embargo, se halló literatura que resalta la importancia de la adherencia a la política de seguridad del paciente, como el estudio de Peláez, Peña y Rojas en 2010 ¹⁰⁰(11).

Este estudio revela que el 55% de las enfermeras considera que el análisis de los reportes ha generado cambios positivos, el 61% opina que los procesos son efectivos para prevenir errores, el 49% cree que los eventos adversos por negligencia deben ser sancionados, el 48% piensa que cuando se informa un evento a otra área, no se recibe una respuesta oportuna, y el 61% percibe que el reporte les permite identificar oportunidades de mejora. En cuanto al personal médico y de imagenología, considera que el proceso de reporte de eventos adversos es efectivo. Se destaca que el 16% del personal médico conoce los capítulos del Hospital Seguro, el 65% tiene claros los conceptos de Seguridad del Paciente. No obstante, menos del 37% de las enfermeras tiene claros los conceptos de seguridad, evento adverso y capítulos de Hospital Seguro.

En el análisis de las observaciones, se encontró que en el 85% de los casos, los médicos no se lavaron las manos antes de examinar al paciente y en el 47% de los procedimientos realizados no se cumplieron las normas de bioseguridad. Además, el 80% de las valoraciones médicas en los pacientes de observación se realizaron sin un previo lavado de manos. En el egreso del paciente, el 82% de las formulaciones se llevaron a cabo sin seguir las normas de la política y en el 85% de los casos no se proporcionaron las recomendaciones de egreso. Además, el 36% de los pacientes del servicio recibieron información y educación sobre el riesgo de caídas, y el 26% de los procedimientos se realizaron con un previo lavado de manos. Respecto a las medidas de aislamiento, el 21% de los pacientes que las requieren las tienen. En el 36% de los casos, se aplican los medicamentos teniendo en cuenta los diez correctos, mientras que en el 65% de las dispensaciones no se verifica que la dosis de los medicamentos sea coherente con la fórmula médica.

En el estudio de Christian Hernando Díaz Bolaño¹⁰¹ (12) sobre el cumplimiento de los lineamientos de seguridad del paciente en el servicio de hospitalización de la Clínica La Castellana, distrito de Santa Marta, se observa que el personal de salud en la clínica tiende a tener una perspectiva indiferente hacia la cultura de seguridad del paciente. El 7.3% de los participantes manifestaron total indiferencia en relación con el cumplimiento de la seguridad del paciente, según las preguntas formuladas en el ítem de cultura de seguridad. Además, un 17.5% mostró estar totalmente en desacuerdo, mientras que un 13% expresó estar en desacuerdo. Por otro lado, un 38.1% estuvo de acuerdo y el 23.8% estuvo totalmente de acuerdo con la cultura de seguridad del paciente. En cuanto a la cultura de seguridad, el 38.1% parece estar de acuerdo con estas acciones. El 7.3% muestra indiferencia hacia estas prácticas, mientras que otro 17.5% está totalmente en desacuerdo, y un 13% está en desacuerdo, mientras que un 23.8% está totalmente de acuerdo.

Respecto a las acciones dirigidas a establecer la política de seguridad del paciente, el 11% está en desacuerdo, el 22% está totalmente en desacuerdo, el 23.3%

manifiesta indiferencia, el 19.5% está de acuerdo y el 24% está totalmente de acuerdo. En contraste, el 48.2% está totalmente en desacuerdo, el 32.7% está en desacuerdo, el 11.3% muestra indiferencia, el 0% está de acuerdo y el 7.6% está totalmente de acuerdo. A partir de esta información, se puede afirmar que en la Clínica La Castellana de la ciudad de Santa Marta no se cumple con el lineamiento de cultura de seguridad, ya que un gran porcentaje mostró reticencia e indiferencia al responder y llevar a cabo el instrumento de análisis. En cuanto a las acciones que buscan establecer la política de seguridad del paciente, se puede concluir que sí hay un cumplimiento de este lineamiento. En relación con el lineamiento de atención en salud insegura que pueda causar efectos adversos, se puede indicar que cumple con este lineamiento, dado que el 48.2% estuvo totalmente en desacuerdo, lo que sugiere que en este aspecto hay una atención segura.

8. Conclusión

En el marco de esta investigación, se observa que la mayoría del personal cumple con las horas laborales establecidas por la normativa vigente. No obstante, se identifica un pequeño porcentaje de colaboradores que excede dichas horas, constituyendo esto un factor de riesgo significativo para la eventual ocurrencia de eventos adversos. Este riesgo se intensifica debido a la prolongación de los tiempos laborales, lo cual puede resultar en fatiga, cansancio y una disminución notable en la capacidad de concentración, todos estos factores contribuyen a un entorno propicio para la ocurrencia de situaciones no deseadas.

Es evidente que la naturaleza del contrato laboral impone restricciones al personal del servicio, limitando su capacidad para abordar de manera efectiva la notificación de incidentes y/o eventos adversos. Esta limitación genera un temor palpable entre los empleados, quienes expresan inquietudes acerca de posibles despidos, sanciones o reubicaciones dentro de la organización en caso de informar sobre dichos sucesos. En este contexto, se destaca la necesidad de un mayor compromiso por parte del área gerencial en relación con las cuestiones de seguridad, con el fin de crear un entorno en el cual los empleados se sientan respaldados y alentados a reportar cualquier incidencia sin temor a represalias laborales.

La elevada competencia del personal del servicio de urgencias del hospital primitivo iglesias de la ESE Centro orienta que las capacitaciones proporcionadas son sólidas en términos de calidad y continuidad. El equipo se encuentra debidamente instruido y actualizado en relación con las políticas de seguridad del paciente, evidenciando un nivel de cumplimiento destacado en toda la institución.

En resumen, se puede afirmar que el personal presenta una sólida adherencia a las buenas prácticas, demostrando un alto nivel de conocimiento que se refleja

positivamente en su desempeño laboral. Este logro es notable considerando que el servicio opera en un entorno caracterizado por una elevada demanda y rotación constante de pacientes. La implementación de medidas clave para la seguridad del paciente en el área de urgencias ha sido altamente satisfactoria, destacando el compromiso efectivo del personal de salud en la aplicación de políticas y practicas destinadas a contribuir a la seguridad y bienestar de los pacientes atendidos.

9. Recomendaciones

Los hallazgos resaltan la necesidad de mejorar y optimizar procesos para mantener el elevado puntaje registrado. Los servicios de salud deben dedicarse a una mejora continua de los protocolos y políticas de seguridad del paciente. Por lo tanto, se sugiere una evaluación y análisis constante. A continuación, se presentan las siguientes recomendaciones:

9.1 Estrategia 1: Estrategia Educativa

- Línea de Acción 1: se deberá formar multiplicadores de la Política de Seguridad del Paciente ampliando el personal de calidad de la institución y mayor presencia de rondas de seguridad en el servicio de urgencias del hospital primitivo iglesias
- Línea de Acción 2: se deberá formar verificadores de habilitación con enfoque de riesgo
- Línea de acción 3: se deberá implementar acciones educativas dirigidas al paciente, su familia y la comunidad

9.2 Estrategia 2: Promoción De Herramientas Organizacionales

- Línea de Acción 1: se deberá implementar la promoción de estudios de prevalencia en prestadores y aseguradores
- Línea de Acción 2: se deberá realizar Promoción de herramientas prácticas (reporte intrainstitucional, métodos de análisis, rondas de seguridad)
- Línea de Acción 3: Promoción del reporte extrainstitucional

9.3 Estrategia 3: Coordinación De Actores

- Línea de acción 1: se deberá coordinar con aseguradores y prestadores alrededor de la política de seguridad del paciente

- Línea de acción 2: se deberá establecer promoción de incentivos para la seguridad del paciente en el marco de la estrategia de incentivos para la calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud
- Línea de Acción 3: se deberá establecer una coordinación de la acción de los organismos de Vigilancia y control con la política de seguridad del paciente

9.4 Estrategia 4: Información.

- Línea de acción 1: se deberá establecer una política de estrategia de comunicación e información asertiva a los trabajadores asistenciales, usuario y su familia referente al tema de seguridad del paciente.
- Línea de acción 2: se deberá promulgar comunicación visual de la importancia de la seguridad del paciente.

9.5 Estrategia 5: Prevención.

- Línea de acción: se deberá implementar la caja de herramientas que recomienda el ministerio de salud para la prevención de eventos adversos.

La política de seguridad del paciente en el área de urgencias es crucial para garantizar la atención médica segura y de calidad, además de las anteriores estrategias se recomienda lo siguiente:

- Protocolos de triage y clasificación de pacientes: Establecer criterios claros y sistemas de triage eficientes para priorizar la atención según la gravedad de la condición médica de los pacientes.
- Mejorar el registro del paciente al ingreso durante la atención del triage por el personal médico y de enfermería para garantizar la atención del paciente de manera integral

- Gestión de riesgos y eventos adversos: Implementar un sistema de gestión de riesgos que identifique, notifique, investigue y aprenda de los eventos adversos, buscando constantemente mejorar la seguridad y evitar futuros incidentes.
- Seguridad en la medicación: Garantizar procesos seguros en la administración de medicamentos, incluyendo la verificación de dosis, identificación de pacientes y educación del personal sobre la administración adecuada.
- Comunicación efectiva: Fomentar una comunicación clara y efectiva entre el personal médico, enfermería y otros miembros del equipo de atención para evitar errores y malentendidos que puedan afectar la seguridad del paciente.
- Entrenamiento y capacitación del personal: Proporcionar formación continua sobre seguridad del paciente, protocolos de emergencia y manejo de situaciones críticas para todo el personal del área de urgencias.
- Seguridad del entorno físico: Mantener un entorno seguro y organizado, asegurándose de que los equipos y las instalaciones estén en condiciones óptimas para prevenir accidentes.
- Participación del paciente: Promover la participación activa del paciente y sus familias en el cuidado, educándolos sobre los procesos, riesgos y de seguridad en el área de medidas de urgencia.
- Evaluación y mejora continua: Realizar evaluaciones periódicas para identificar áreas de mejora en la seguridad del paciente y desarrollar estrategias para implementar cambios positivos.

Estas recomendaciones sirven como puntos clave que podrían integrarse en una política de seguridad del paciente en el área de urgencias. Es esencial adaptar estas directrices a las necesidades específicas de cada institución de salud y a las regulaciones sanitarias vigentes en la región.

10. Notas del autor

La Maestría en Administración en Salud ha sido esencial para mi crecimiento personal y profesional. He aplicado los conocimientos adquiridos en mi trabajo, lo que ha ampliado mis habilidades administrativas en el día a día. Ahora tengo una comprensión más profunda de cómo llevar a cabo una gestión adecuada, desde la planificación hasta el logro de los objetivos.

Como coordinadora de un servicio ambulatorio hospitalario, he implementado un enfoque secuencial para organizar mi trabajo, considerando todos los aspectos de habilitación que puedan contribuir a la acreditación y excelencia, y así impulsar el crecimiento de la institución. Igualmente, priorizo el control y vigilancia de los riesgos como una estrategia fundamental para prevenir eventos adversos en la prestación de servicios de salud.

Desde mi rol profesional, lidero y colaboro con mi equipo para detectar, prevenir y reducir infecciones asociadas a la atención de pacientes que requieren cuidados respiratorios. Este enfoque se aplica en todas las áreas, desde la atención directa del paciente hasta las maniobras del cuidado respiratorio, la administración de medicamentos y la higiene de la vía aérea de forma invasiva. Todo este proceso está estrechamente relacionado con el cuidado integral del paciente, y se lleva a cabo con el firme compromiso de seguir las guías de gestión clínica y priorizar la seguridad del paciente en todo momento.

Por este motivo, llevé a cabo mi trabajo de investigación titulado "Adherencia a la Política de Seguridad del Paciente en una IPS de Primer Nivel en el Servicio de Urgencias en Cali". El enfoque principal de esta investigación fue la seguridad del paciente, ya que, en mi profesión y actual posición, la atención se centra en el paciente, considerando tanto los aspectos administrativos como los asistenciales.

Todo este esfuerzo está centrado en la mejora continua, tomando en consideración los procesos y procedimientos institucionales. El objetivo es minimizar al máximo cualquier evento que pueda ocurrir durante y después de la atención en salud, con el fin de salvaguardar la integridad del paciente.

Referencias bibliográficas

- 1 Ministerio de la Protección Social. Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente. Disponible en web: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad Nuevo/Resoluci%C3%B2n%200112%20de%202012%20-%20Documentos%20de%20apoyo%202.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad%20Nuevo/Resoluci%C3%B2n%200112%20de%202012%20-%20Documentos%20de%20apoyo%202.pdf)
- 2 Flouri Eirini, Francesconi Marta, Midouhas Emily y Lewis Glyn. Prenatal and childhood adverse life events, inflammation and depressive symptoms across adolescence. *Journal of Affective Disorders* 260 (2020) 577–582. Disponible en web: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.09.024>
- 3 OMS (2019) Seguridad del paciente. Disponible en web: https://www.who.int/topics/patient_safety/es/
- 4 Gonzales M. et al. “REACCIONES ADEVERASAS A MEDICAMENTOS EN UNA UNIDAD QUIRURGICA DE URGENCIA.” *Rev. Cubana de Medicina Militar* 2014; 43(2):216-227. Disponible en web: <http://scielo.sld.cu/pdf/mil/v43n2/mil10214.pdf>
- 5 Panaragua T. et al. “Eventos adversos: instrumento de gerencia de la asistencia para la seguridad del paciente en el servicio de urgencias” *Rev. Electrónica trimestral de enfermería*. Disponible en web: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v13n34/administracion1.pdf>
- 6 Leahy IC, Lavoie M, Zurakowski D, Baier AW, Brustowicz RM. Medication errors in a pediatric anesthesia setting: incidence, etiologies, and error reduction strategies. *J Clin Anesth* 2018; 49: 107e11. Disponible en web: <https://doi.org/10.1016/j.jclinane.2018.05.011>

7 Joshua Biro, Maya Rucks, David M. Neyens, Sarah Coppola, James H. Abernathy y Ken R. Catchpole. Medication errors, critical incidents, adverse drug events, and more: a review examining patient safety-related terminology in anaesthesia. *British Journal of Anaesthesia*, 128 (3): 535e545 (2022). Disponible en web: <https://doi.org/10.1016/j.bja.2021.11.038>

8 Hyunah Shin, Nanyeong Kim, Jaehun Cha, Grace Juyun Kim, Ju Han Kim, Jong-Yeup Kim, Suehyun Lee. Geriatrics on beers criteria medications at risk of adverse drug events using real-world data. *International Journal of Medical Informatics* 154 (2021) 104542 disponible en web: <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2021.104542>

9 Michael K. Tram, Casey M. O'Connor, Alex S. Qian, Jennifer T. Tram, Matthew W. Tetreault. Frailty Is Associated With Increased 30-Day Adverse Events and Hospitalization Costs After Primary Total Hip Arthroplasty. M.K. Tram et al. / *The Journal of Arthroplasty* xxx (2022) 1e6. disponible en web: <https://doi.org/10.1016/j.arth.2022.01.047>

10 Yuichi Uwai, Tomohiro Nabekura. Surveillance of drug overdose and identification of its risk factors by a multivariate analysis using the Japanese Adverse Drug Event Report database. *Asian Journal of Psychiatry* 65 (2021) 102826. disponible en web: <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2021.102826>

11 Ruchika Goel, Aaron A. R. Tobian y Beth H. Shaz. Noninfectious transfusion-associated adverse events and their mitigation strategies. *blood*® 25 APRIL 2019 | VOLUME 133, NUMBER 17 1831. disponible en web: <https://doi.org/10.1182/blood-2018-10-833988>

12 Hatch, LD, Rivard, M., Bolton, J., Sala, C., Araya, W., Markham, MH, ... Grubb, PH (2018). Implementación de estrategias para identificar y mitigar eventos adversos de seguridad: un estudio de caso con extubaciones no planificadas.

Revista de la Comisión Conjunta sobre Calidad y Seguridad del Paciente.
doi:10.1016/j.jcq.2018.11.003

13 Karel Allegaert. Adverse drug events in pediatric intensive care are common, but improvement strategies exist and are effective. Revista Paulista de Pediatría (Edición en Español) Volumen 34, número 4 , diciembre de 2016 , páginas 393-394. disponible en web: <https://doi-org.bd.univalle.edu.co/10.1016/j.rppede.2016.07.002>

14 Montserrat Gens-Barberà, Núria Hernández-Vidala, Carles Castro-Muniaina, Eva Maria Oya-Girona, Ferran Bejarano-Romeroa, Cristina Rey-Renones y Francisco Martín-Luján. Incidentes de seguridad del paciente notificados antes y después del inicio de la pandemia de COVID-19 en atención primaria en Tarragona. Atención Primaria 53 (2021) 102217. disponible en web: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102217>

15 Iglesia M, Margetidis G, Montante S, Azzolini E, Ricciardi W. Moving a step forward to promote patient safety and quality of care in Europe. Epidemiol Biostat Public Health. 2014;11:1---4, <http://dx.doi.org/10.2427/11034>

16 Astier-Pena~ MP, Torijano-Casalengua ML, Olivera-Canadas ~ G. Patient Safety Group of the Spanish Society of Family and Community Medicine (SEMFYC) Prioridades en seguridad del paciente en Atención Primaria [Setting priorities for patient safety in Primary Care]. Aten Primaria. 2016;48:3---7, <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2015.08.001>

17 Vincent C. Incident reporting and patient safety. BMJ. 2007 Jan 13;334(7584):51. doi: 10.1136/bmj.39071.441609.80. PMID: 17218667; PMCID: PMC1767279. Disponible en web: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17218667/>

18 Panagioti M, Khan K, Keers RN, Abuzour A, Phipps D, Kontopantelis E, et al. Prevalence, severity, and nature of preventable patient harm across medical care settings: Systematic review and meta-analysis. BMJ. 2019;366:l4185, <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.l4185>

19 Panesar SS, deSilva D, Carson-Stevens A, Cresswell KM, Salvilla SA, Slight SP, et al. How safe is primary care? A systematic review. BMJ Qual Saf. 2016;25:544--53, <http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs-2015-004178>

20 WHO: World Health Organization [Internet]. Geneva: WHO, 2009. World Alliance for Patient Safety. Conceptual Framework for the International Classification of Patient Safety. Final Technical Report Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf.

21 Guerra-García MM, Campos-Rivas B, Sanmarful-Schwarz A, Vírseda-Sacristán A, Dorrego-López MA, Charle-Crespo Á. Descripción de factores contribuyentes en sucesos adversos relacionados con la seguridad del paciente y su evitabilidad. Aten Primaria. 2018;50:486---92, <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2017.05.013>

22 Ministerio de Salud y Protección Social. Evaluación de la frecuencia de eventos adversos y monitoreo de aspectos claves relacionados con la seguridad del paciente. Versión 2.0. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Evaluar-frecuencia-eventosadversos.pdf>

23 Guía técnica buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud. Versión 001 2010 <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/guia-buenas-practicas-seguridad-paciente2010.pdf>

24 Scheifes et al (2016) Los eventos adversos y la relación con la calidad de vida en adultos con discapacidad intelectual y la conducta desafiante usando psicofármacos. *Research in Developmental Disabilities* 49–50 (2016) 13–21. Disponible en web: http://ac.els-cdn.com.ezproxy.unal.edu.co/S0891422215300135/1-s2.0-S0891422215300135-main.pdf?_tid=75622344-8503-11e6-80ba-00000aab0f27&acdnat=1475016238_18c1b762fba168ebb98dc097185b63ea

25 Danika M. Nelsona, Bo E. Madsenc, Stephen L. Kopeckya, Carole E. Jenson, Ann R. Loth, Aidan F. Mullan , Casey M. Clementsc , Grace Lin. Retrospective validation of acute heart failure risk stratification in the emergency department. *Heart & Lung* 57 (2023) 3140. Disponible en web: <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2022.08.005>

26 Mohamed Toufic El Hussein, Giuliana Harvey, Nicole Bell. The Influence of Nursing Simulation on Patient Outcomes and Patient Safety: A Scoping Review. pp 37–46 • *Clinical Simulation in Nursing* • Volume 70. Disponible en web: <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2022.06.004>

27 Sookhee Yoon y Taewha Lee. Factores que influyen en el informe de las enfermeras militares sobre los eventos de seguridad del paciente en Corea del Sur: un enfoque de modelado de ecuaciones estructurales. *Investigación de enfermería asiática*. Disponible en línea el 6 de junio de 2022. Disponible en web: <https://doi.org/10.1016/j.anr.2022.05.006>

28 Lighia Sumack Urpi Gutierrez Huillca. Sobrecarga Laboral y Cultura de Seguridad del paciente en el profesional de salud del Hospital San Juan de Lurigancho 2019. Universidad Cesar Vallejo. Disponible en web: https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/40969/Gutierrez_HL.pdf?sequence=1&isAllowed=y

29 Morales Agurto. Alipia Arnalda. Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo relacionado al Estrés Laboral en trabajadores asistenciales de un hospital público 2019. Universidad Cesar Vallejo. Disponible en web: https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/41031/Morales_AAA.pdf?sequence=1&isAllowed=y

30 Hojas Pereira Fernanda Silva, Daniela Bianchi Garcia, Elaine Rossi Ribeiro. Identifying patient safety competences among anesthesiology residents: systematic review. Brazilian Journal of Anesthesiology (2022). Disponible en web: <https://doi-org.bd.univalle.edu.co/10.1016/j.bjane.2021.06.029>

31 Durango, MJ (2019). Evaluación de la política de seguridad del paciente, en el Hospital San Francisco de Ciénaga de Oro, durante el cuarto trimestre de 2019. Universidad de Córdoba Facultad de Ciencias de la Salud Departamento de Salud Pública Administración en Salud Berastegui-Córdoba 2019. <https://core.ac.uk/download/pdf/288339254.pdf>

32 Joint Comissions. Estándares de acreditación para hospitales de Joint Commission internacional. Disponible en web: <https://fliphtml5.com/xgyj/kztg/basic>

33 Carlos Édgar Rodríguez. Salud en Colombia a la altura de los mejores del mundo. Acreditación en Salud, ICONTEC. Artículo Revista No. 81. Disponible en web: <https://www.acreditacionensalud.org.co/wp-content/uploads/2020/07/Revista-No-81.pdf>

34 Joshua Biro, Maya Rucks, David M. Neyens, Sarah Coppola, James H. Abernathy, Ken R. Catchpole. Medication errors, critical incidents, adverse drug events, and more: a review examining patient safety-related terminology in

anaesthesia. British Journal of Anaesthesia, 128 (3): 535e545 (2022). disponible en web: <https://doi.org/10.1016/j.bja.2021.11.038>

35 Nanji KC, Patel A, Shaikh S, Seger DL, Bates DW. Evaluation of perioperative medication errors and adverse drug events. Anesthesiology 2016; 124: 25e34

36 Wahr JA, Merry AF. Medication errors in the perioperative setting. Curr Anesthesiol Rep 2017; 7: 320e9

37 Dekker S. New frontiers in patient safety: Complexity and systems thinking. In: Patient safety. A human factors approach. Boca Raton, FL: CRC Press; 2011. p. 213e39

38 Smith AF, Plunkett E. People, systems and safety: resilience and excellence in healthcare practice. Anaesthesia 2019; 74: 508e17

39 McNutt RA, Abrams R, Aron DC. Patient safety efforts should focus on medical errors. J Am Med Assoc 2002; 287: 1997e2001

40 Kirk RC, Goh DLM, Packia J, Kam HM, Ong BKC. Computer calculated dose in paediatric prescribing. Drug Saf 2005; 28: 817e24

41 Khan SA, Khan S, Kothandan H. Simulator evaluation of a prototype device to reduce medication errors in anaesthesia. Anaesthesia 2016; 71: 1186e90

42 Yu KH, Nation RL, Dooley MJ. Multiplicity of medication safety terms, definitions and functional meanings: when is enough enough? Qual Saf Heal Care 2005; 14: 358e63

43 Ministerio de Salud y Protección Social. ABC sobre el sistema obligatorio de garantía de la calidad. Sin fecha. Disponible en la web: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PSA/abece-sistema-obligatorio-garantia-calidad.pdf>

44 Jobany Castro Espinosa, Angela María Jimenez Urrego, Alejandro Botero Carvajal. Factors related to technical management and adverse drug event reporting in independent retail pharmacies in Cali, Colombia. Heliyon 8 (2022) e09016. disponible en web: <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2022.e09016>

45 González Mauricio. Respuesta institucional a eventos críticos en el Boston Medical Center. Hospitalaria., 2008. Vol. 58, año 9. p. 4-10.

46 Nena, Patricia. Error médico y eventos adversos. Rev Chil Pediatr 2008; 19(3): 319-326

47 Gálvez E, Gálvez M, Santisteban M, Morales L. Criterio profesional del error médico. Rev Cubana Med Gen Integr 1998; 14(1): <http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol14-198>

48 Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS (eds.). To err is human: building a safer health system. Institute of Medicine, Washington: National Academy Press; 2000. 536 p.

49 Seguridad del paciente: Una estrategia para la calidad en los servicios de salud. Entrevista al Dr. William Duarte. Hospitalaria. año 8 No. 49, 2006 P 20-22.

50 Alonso L, y col. Calidad de vida en pacientes post-evento cerebrovascular isquémico en dos hospitales de la ciudad de Barranquilla (Colombia). Salud Uninorte, 2009. (25):1, p. 73-79.

51 World Health Organization (WHO). Patient safety research: introductory course - Session 1. What is patient safety? [place unknown]. [internet] WHO; 2012. Disponible em: http://www.who.int/patientsafety/research/online_course/en/

52 Brahmer JR, Lacchetti C, Schneider BJ, et al. Management of immune-related adverse events in patients treated with immune checkpoint inhibitor therapy: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline. J Clin Oncol 2018;36(17):1714–+.

53 Chen Chen, Chenyu Zhang, Bin Wu, Ting Xu. Immune-related adverse events in older adults: Data mining of the FDA Adverse Event Reporting System. Journal of Geriatric Oncology Available online 1 June 2022. disponible en web: <https://doi.org/10.1016/j.jgo.2022.05.009>

54 Novaretti MCZ, Santos EV, Quitério LM, Daud-Gallotti RM. Sobrecarga de trabalho da Enfermagem e incidentes e eventos adversos em pacientes internados em UTI. Rev Bras Enferm. 2014 set-out;67(5):692-9.

55 INVIMA. Guía de reporte de eventos adversos. Disponible en: <http://web.invima.gov.co/Invima/index.jsp>

56 Ministerio de protección social, Herramienta para promover la estrategia de la Seguridad del Paciente en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en salud, ISBN 978-958-8361-37-6. Editorial Fundación Fitec, 2007

57 Yuman Shi, Jihong Song, Feifei Huang, Yahui Yang, Huiying Zhou, Wenqian Shen, Dayu Luo, Jinming You. An assessment of the reliability and validity of the Chinese version of the Reporting of Clinical Adverse Events Scale for nursing interns: A cross-cultural adaptation of scales and online investigation. Nurse

Education in Practice 57 (2021) 103244. disponible en web: <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2021.103244>

58 Situación de Salud en Colombia Indicadores Básicos, indicadores año 2008, tomado de la página

59 Ministerio de la Protección Social. Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente. Disponible en web: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad Nuevo/Resoluci%C3%B2n%200112%20de%202012%20-%20Documentos%20de%20apoyo%202.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad%20Nuevo/Resoluci%C3%B2n%200112%20de%202012%20-%20Documentos%20de%20apoyo%202.pdf)

60 Ministerio de protección social. Ajustes al plan de salud. Cartagena 28 de septiembreOctubre 1 de 2009.

61 Luisa Fernanda Giraldo Bernal, Yeily Katherine Peña, María José Mendoza, Gisella Dayani Julio, Paula Andrea Rodríguez, Sandra P. Beltrán. Factores que influyen en la omisión del reporte de incidentes y eventos adversos en una institución acreditada de tercer nivel en Bogotá. cien. tecnol. salud. vis. ocul. / vol. 14, no. 1 / enero-junio del 2016 / pp. 79-87 / issn: 1692-8415-isbn-e: 2389-8801. disponible en web: <https://ciencia.lasalle.edu.co/svo/vol14/iss1/4/>

62 Torres Samuel, Maritza; Vásquez Stanescu, Carmen Luisa Modelos de evaluación de la calidad del servicio: caracterización y análisis Compendium, vol. 18, núm. 35, julio-diciembre, 2015, pp. 57-76 Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado Barquisimeto, Venezuela

63 SEGURIDAD DEL PACIENTE Y LA ATENCIÓN SEGURA. Disponible en web: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia-buenas-practicas-seguridad-paciente.pdf>

64 DETECTAR, PREVENIR Y REDUCIR INFECCIONES ASOCIADAS CON LA ATENCIÓN EN SALUD. Disponible en web: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Detectar-Infecciones.pdf>

65 PROCESOS PARA LA PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DE LA FRECUENCIA DE CAÍDAS. Disponible en web: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/prevenir-y-reducir-la-frecuencia-de-caidas.pdf>

66 <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/guia-buenas-practicas-seguridad-paciente2010.pdf>

67 Ochoa Bohórquez – Alix Limeth Morales López Adherencia del personal que labora en el servicio de urgencias a la Política De Seguridad Del Paciente en una IPS - Santa Marta 2020. Universidad Simon Bolivar (2020). Disponible en web: https://bonga.unisimon.edu.co/bitstream/handle/20.500.12442/9290/Adherencia_Personal_Labora_Servicio_Urgencias_Paciente_IPS_Resumen.pdf?sequence=2&isAllowed=y

68 Toranzo T., Aramburu F.. Los profesionales de urgencias y emergencias: perfil actual y posibilidades de desarrollo. Anales Sis San Navarra [Internet]. 2010 [citado 2023 Nov 20] ; 33(Supl 1): 13-18. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272010000200003&lng=es.

69 Fandiño Juliana María Mercedes Peláez, Sara Peña y Diana Rojas. MODELO DE ADHERENCIA A LA POLÍTICA DE SEGURIDAD INSTITUCIONAL EN UNA IPS DE TERCER NIVEL. Cuadernos Latinoamericanos de Administración - Vol. VI No. 11 - Julio - Diciembre de 2010 - ISSN 1900-5016. Disponible en web: <https://revistas.unbosque.edu.co/index.php/cuaderlam/article/view/1130/699>

70 Érica Patricia Daza Barros. Condiciones laborales de la enfermería en Colombia y su relación con la salud pública. Universidad El Bosque Facultad de Medicina

Maestría en salud pública Mayo, 2023. Disponible en web: <https://repositorio.unbosque.edu.co/bitstream/handle/20.500.12495/10908/Condiciones%20laborales%20en%20enfermeria%20y%20salud%20publica%2C%20documento%20final.pdf?sequence=3&isAllowed=y>

71 Ministerio de la Protección Social. Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente. [Internet]. 2008. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B2n%200112%20de%202012%20-%20Documentos%20de%20apoyo%202.pdf

72 Jaimes Valencia ML, Alvarado Alvarado AL, Mejía Arciniegas CN, López Galán AV, Mancilla Jiménez VA, Padilla García CI. Correlación del grado de percepción y cultura de seguridad del paciente en una Institución de tercer nivel 2015-2019. Revista Cuidarte [Internet]. 2021;12(1):1–16.

73 Ribeiro R, Silva Servo ML, Machado da Silva Filho A. Perfil Da Cultura De Segurança Do Paciente Em Um Hospital Público. Enfermagem em Foco [Internet]. 2021;12(3):504–11.

74 Gomez Ramirez, O., Arenas Gutiérrez, W., Gonzalez Vega, L., Garzon Salamanca, J., Mateus Galeano, E., & Soto Gomez, A. Cultura de Seguridad del Paciente por Personal de Enfermería Bogotá Colombia. **Ciencia y Enfermería** Vol. 17, Vol 3, Pp 97 - 111.

75 Guedes dos Santos, J., & Lorenzini Erdmann, A. Governance of professional nursing practice in a hospital setting: a mixed methods study. Rev. Latino-Am. Enfermagem [online]. 2015, vol.23, n.6, Pp.10241032. ISSN 0104-1169. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0482.2645>

76 Mera García, Manuela, Thorpt Hurtado, Carmen del Pilar, González Osorio, María Fernanda. Gobernanza, enfermería, seguridad del paciente en una empresa social del estado colombiano. Governance, nursing, patient safety in a social enterprise in the Colombian state. Gobernanza, enfermería, seguridad del paciente en una empresa social del estado colombiano. Revista Venezolana de Gerencia, vol. 2, pp. 628-643, 2019. Universidad del Zulia. Disponible en web: <https://www.redalyc.org/journal/290/29063446035/html/>

77 Díaz-Castro, L., Arredondo, A., Pelcastre Villafuerte, B. E., & Hufty, M. Indicadores de gobernanza en políticas y programas de salud mental en México: una perspectiva de actores clave. Gaceta Sanitaria, 31 (4), Pp 305-312. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.08.001>

78 P. Saturno. Evaluación y mejora de la calidad en servicios de salud. Conceptos y métodos. Consejería de Salud y Consumo de la Región de Murcia, Murcia (2000)
C. Vicente. Seguridad del paciente. Churchill-Livingstone , Londres (2006)

79 John T. James. Una nueva estimación basada en evidencia de los daños a los pacientes asociados con la atención hospitalaria J Paciente Saf , 9 (3) (2013) , págs . 122-128

80 Martin A Makary, investigador Michael Daniel Departamento de Cirugía, Facultad de Medicina de la Universidad Johns Hopkins, Baltimore, Error médico: la tercera causa principal de muerte en los EE. UU. BMJ 2016; 353 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.i2139> (Publicado el 3 de mayo de 2016) Cítelo como: BMJ 2016; 353:i2139.

81 Aranaz-Andrés JM, Aibar-Remón C, Limón-Ramírez R. Prevalencia de eventos adversos en los hospitales de cinco países latinoamericanos: resultados del 'Estudio

Iberoamericano de eventos adversos' (IBEAS). BMJ Qual Saf. Doi: 10.1136/bmjqs.2011.051284.

82 J. Aranaz , C. Aibar , J. Vitaller , P. Ruiz. Estudio nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización. ENEAS 2005. Informe. Ministerio de Sanidad , Madrid (2006)

83 Organización Mundial de la Salud. Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente: Programa Forward 2005. Catalogación de la Biblioteca de la OMS en datos de publicaciones; 2004:1-33.

84 Recomendación Rec (2006) del Comité de Ministros a los estados miembros sobre la gestión de la seguridad del paciente y la prevención de eventos adversos en la atención sanitaria. [Internet]. Consejo Europeo. Comité de Ministros; [consultado el 05 de diciembre de 2023]. Disponible en: http://www.coe.int/t/dg3/health/recommendations_en.asp .

85 Subgrupo de información y aprendizaje del PSQCWG de la Comisión Europea. Hallazgos y recomendaciones clave sobre sistemas de notificación y aprendizaje para incidentes de seguridad del paciente en toda Europa. Europeo 2014. 291 Comisión, editor.

86 Comisión Conjunta Internacional [Internet]. [consultado el 05 de Diciembre de 2023]. Disponible en: <http://www.jointcommissioninternational.org>

87 J. Mellin-Olsen , S. Staender , DK Whitaker , AF Smith. La Declaración de Helsinki sobre la seguridad del paciente en anestesiología Eur J Anesthesiol. , 27 (7) (2010) , págs. 592 - 597

88 L. Kohn , J. Corrigan , M. Donaldson. Errar es humano. Construyendo un sistema de salud más seguro. (1ª ed.) , National Academy. Press , Washington (2000)

89 Venzin M, Von Krogh G & Roos J. Future research into knowledge management. In G. von Krogh Roos, J, y Kleine D. (Eds), Knowing in firms. Understanding, managing and measuring knowledge. [Internet] pp. 26 – 66. London, SAGE Publications. 1998. [citado 05-12-2023]. Disponible en: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.453.532&rep=rep1&type=pdf>

90 Organización Panamericana de la Salud. 55a Asamblea Mundial de la Salud WHA 55.18. Punto 13.9 del orden del día 18 de mayo de 2002. Calidad de la atención: seguridad del paciente Disponible <http://www.paho.org/Spanish/AD/THS/EV/blood-4ta-resolucion.pdf>.

91 Gómez Ramírez Olga, Arenas Gutiérrez Wendy, González Vega Lizeth, Garzón Salamanca Jennifer, Mateus Galeano Erika, Soto Gámez Amparo. CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE POR PERSONAL DE ENFERMERÍA EN BOGOTÁ, COLOMBIA. Cienc. enferm. [Internet]. 2011 Dic [citado 2023 Dic 05] ; 17(3): 97-111. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532011000300009&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532011000300009>.

92 Mori Yachas, N. 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. [Internet]. [tesis de maestría]: Universidad Cesar Vallejo. Disponible en: http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/12905/Mori_YNR.pdf?sequence=1&isAllowed=y

93 Lopes de Figueiredo M, D'Innocenzo M. Adverse events related to practical assistance: an integrative review [Internet] Enfermería global. Vol. 47. Pag.3. 2016. [12 ago 2017] Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v16n47/1695-6141-eg-16-47-00605.pdf>

94 Andrade A, Nunes A, Lessa M. Notifications of adverse events: characterization of the events that occurred in a hospital complex. Rev Gauch Enferm. 2019;40(spe):e20180317.

95 Murff H, Patel V, Hripcsak G, Bates D. Detecting adverse events for patient safety research: A review of current methodologies. J Biomed Inform. 2017;36(1–2):131–43.

96 De Lima A, Da Silva F, De Oliveira G, Nóbrega T, Cortez B, De Oliveira R. Análise das notificações de eventos adversos em um hospital privado. Enferm Glob. 2019;(55):334–44.

97 Gens-Barberà M, Hernández-Vidal N, Castro-Muniain C, Hospital-Guardiola I, Maria Oya Girona E, Bejarano-Romero F, et al. Incidentes de seguridad del paciente notificados antes y después del inicio de la pandemia de COVID-19 en atención primaria en Tarragona. Aten Primaria [Internet]. 2021;53:102217. Available from: www.elsevier.es/ap

98 Martínez Herrera, Martínez Valbuena. FACTORES CONTRIBUYENTES EN LA GENERACIÓN DE ERRORES HUMANOS QUE CONDUCEN A EVENTOS ADVERSOS EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS Y HOSPITALIZACIÓN. 2020; disponible en web: <https://repositorio.unbosque.edu.co/bitstream/handle/20.500.12495/4499/katherine>

[%20Juliet%20Mart%C3%ADnez%20Herrera%202020.pdf?sequence=1&isAllowed=y](#)

99 Organización Mundial de la Salud. Seguridad del Paciente. Disponible en web: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>

100 Mercedes Peláez, María; Peña, Sara; Rojas, Diana Fandiño, Juliana; MODELO DE ADHERENCIA A LA POLÍTICA DE SEGURIDAD INSTITUCIONAL EN UNA IPS DE TERCER NIVEL Cuadernos Latinoamericanos de Administración, vol. VI, núm. 11, julio-diciembre, 2010, pp. 79-95 Universidad El Bosque Bogotá, Colombia

101 CHRISTIAN HERNANDO DÍAZ BOLAÑO. CUMPLIMIENTO DE LOS LINEAMIENTOS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN DE LA CLÍNICA LA CASTELLANA, DISTRITO DE SANTA MARTA. UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA FACULTAD DE CIENCIAS ADMINISTRATIVAS, CONTABLES Y COMERCIO INTERNACIONAL ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA DE LA CALIDAD Y AUDITORIA EN SALUD SANTA MARTA 2019. Disponible en web: <https://repository.ucc.edu.co/server/api/core/bitstreams/ff5be360-38f7-441d-8ede-60b7c8d599c7/content>

ANEXOS

Anexo ¡Error! solo el documento principal.. Consentimiento Informado

  Universidad del Valle									
CONSENTIMIENTO INFORMADO									
ANÁLISIS DEL MODELO DE ADHERENCIA A LA POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UNA IPS DE PRIMER NIVEL EN EL SERVICIO DE URGENCIAS EN CALI									
Código del participante _____									
Respetado señor(a), lo estamos invitando a participar en una investigación que tiene como objetivo <u>Analizar el nivel de adherencia del personal asistencial a la política de seguridad del paciente en el servicio de urgencias en una IPS de primer nivel en la ciudad de Cali</u>, en la cual participarán 34 personas incluido(a) usted; le garantizamos que su nombre ni datos personales serán expuestos ya que de aquí en adelante solo se identificará con el código a usted asignado en la parte superior. Su participación en el estudio es totalmente voluntaria y consiste en: colaborar con el diligenciamiento total de los instrumentos y, si es posible, alguna sugerencia desde su conocimiento y experiencia que será bien recibida, con un tiempo aproximado de duración de 20 minutos, es importante aclarar que en caso no darse completamente los pasos aquí explicados se retirará del estudio sin tener ninguna repercusión en la atención que se le brinda; otro forma de retirarse del proyecto es de manera voluntaria para lo cual solo debe expresar su deseo sin que esto ocasione ningún problema para usted. Su participación puede ocasionarle algunos riesgos como son: la confidencialidad de los datos que representa un riesgo de carácter mínimo, los cuales serán evitados mediante un código alfanumérico, no se usara ni nombres, ni apellidos, ni números de cedula o datos personales de los participantes, en caso de presentarse contamos con el personal de la salud adecuado para solucionarlo. Los beneficios que obtendrá serán que, ayudará como base para el mejoramiento continuo, la calidad, y servirá para mejorar la seguridad del paciente y al identificar las oportunidades de mejora en los procesos administrativos, operativos y asistenciales, debe saber que no incurrirá en ningún gasto. La información obtenida será guardada mediante un código que permitirá que nadie ajeno a la investigación acceda a su información privada. Le informamos que en caso de obtener información nueva e importante se la estaremos dando a conocer una vez termine el estudio; usted conservará una copia de este documento. En caso de solicitar información adicional sobre el proyecto puede comunicarse con el Dr. Luis Fernando Rendón Cel 3173711567, si tiene interrogantes sobre el proceso ético puede comunicarse con el comité de ética en Investigación en Salud 5185677 o al correo eticasalud@correounivalle.edu.co Autorizó que los datos, muestras recogidas y resultados obtenidos sean usados en los siguientes procesos guardando la identidad de mis datos, con la previa autorización de un comité de ética: Utilización en cualquier actividad con fines académicos SI ____ NO ____ En futuros estudios SI ____ NO ____ Se entrega una copia de este documento al participante Nombre del participante: CC: Firma: <table border="0"><tr><td>Nombre testigo 1</td><td>Nombre testigo 2</td></tr><tr><td>Dirección:</td><td>Dirección:</td></tr><tr><td>Parentesco:</td><td>Parentesco:</td></tr><tr><td>Firma:</td><td>Firma:</td></tr></table> Persona que presento el consentimiento informado Nombre: Melbi Xiomara Baltan Alegría CC: 31.710.357 Firma: Relación con la investigación: Investigadora Se firma en Cali, a los ____ del mes de _____ del 202_.		Nombre testigo 1	Nombre testigo 2	Dirección:	Dirección:	Parentesco:	Parentesco:	Firma:	Firma:
Nombre testigo 1	Nombre testigo 2								
Dirección:	Dirección:								
Parentesco:	Parentesco:								
Firma:	Firma:								

Anexo B: Semaforización del instrumento

La meta de cumplimiento será del 70% lo ideal es que sea del 100% pero para se estableció el 70% al grado de conocimiento como para la adherencia, debido a la variabilidad de factores y limitaciones de este. Se estableció un sistema de semaforización para facilitar la identificación y priorización de los indicadores que requieren intervención para su mejoramiento:

- Cumple si es mayor de 90% y se considera que el indicador está en verde.
- Si se cumple entre el 71 y el 80 % de la meta propuesta, está en amarillo.
- Si se cumple menos del 70% la meta propuesta, está en rojo.

Anexo C: Instrumento objetivo uno

Instrumento para evaluar variables sociodemográficas		
A continuación, se muestran los instrumentos de recopilación de la información el cual está basado en los estándares de calidad número 5, 6 y 7 del Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario en Colombia.		
Objetivo 1: Caracterizar al personal de la IPS de primer nivel en la ciudad de Cali.		
Preguntas		
Variables Sociodemográficas:		
1. Edad _____	2. Sexo a. Femenino [] b. Masculino []	
3. Estrato social a. 1 [] b. 2 [] c. 3 [] d. 4 [] e. 5 [] f. 6 []	1. Escolaridad a. Técnico [] b. Tecnólogo [] c. Profesional universitario [] d. Especialización [] e. Maestría [] f. Doctorado []	2. Área laboral a. Auxiliar de enfermería [] b. Enfermería profesional [] c. Medicina general [] d. Medicina especialización [] e. Radiólogo []
3. Tiempo laboral a. De 1 a 3 años [] b. De 3 a 6 años [] c. De 6 a 8 años [] d. Más de 8 años []	4. Años de Experiencia en su área en la ESE a. De 1 a 3 años [] b. De 3 a 6 años [] c. De 6 a 8 años [] d. Más de 8 años []	5. Horario laboral a. De 6 a 8 horas [] b. De 8 a 12 horas [] c. De 12 a 16 horas [] d. Más de 16 horas []
6. Jornadas laborales a. Turnos rotativos [] b. Turnos fijos [] c. Según necesidad del servicio []	7. Tipo de contrato a. Temporal [] b. Terminó fijo [] c. Prestación de servicios [] d. Obra labor []	8. Horas semanales a. 40 horas [] b. 42 horas [] c. 45 horas [] d. 48 horas [] e. 50 horas [] f. 55 horas []

Anexo D: Instrumento objetivo dos

Instrumento para aplicar al personal asistencial					
Instrumento para el personal asistencial					
Objetivo 2: Establecer el nivel de conocimiento del personal sobre la política de seguridad del paciente.					
Variables De Conocimiento Teórico					
A continuación, conteste las siguientes preguntas señalando con una X la opción que usted considera más acertada conforme las siguientes opciones de respuesta, donde: 1: Muy en desacuerdo; 2: Algo en desacuerdo; 3: Ni de acuerdo ni en desacuerdo; 4: Algo de acuerdo 5: Muy de acuerdo.					
Preguntas	1	2	3	4	5
Estándar:					
¿La institución cuenta con un programa de seguridad del paciente, para obtener procesos de atención seguros?					
¿El gerente de la institución propicia un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente?					
¿Percibo que la Seguridad del paciente es un aspecto prioritario de la agenda del director?					
¿Los procesos de la atención del paciente están bien estructurados y se vigilan posibles desviaciones, sus causas y como resolverlas?					
¿Los procesos de la atención del paciente están bien estructurados y se vigilan posibles desviaciones, sus causas y como resolverlas?					
¿La institución cuenta con un sistema donde se reporten no conformes, incidentes, eventos adversos?					
¿Los profesionales de mi servicio se preocupan de la seguridad del paciente sólo después de que ha ocurrido un incidente adverso?					
¿Me preocupo de la seguridad del paciente sólo después de que ha ocurrido un incidente adverso?					
¿Cuándo ha ocurrido un efecto adverso, tengo una actitud temerosa al hablar de ello?					
¿Los jefes de servicio y supervisores de enfermería promueven un ambiente de aprendizaje de los errores en lugar de señalar y culpar a los trabajadores?					
¿Si se hiciera una sesión clínica sobre un error médico en mi centro, el debate final estaría centrado en cómo mejorar las barreras del sistema en lugar de discutir la responsabilidad individual?					
¿Ha recibido capacitaciones en cuanto a reporte de eventos adversos?					
¿Usted realiza auto reporte de los incidentes y/o eventos adversos de su área de trabajo?					
¿Cree usted que es importante una cultura institucional para el reporte de los incidentes?					
¿En las capacitaciones que ha tenido, usted ha tenido información de inducción de seguridad?					
¿Las capacitaciones han tenido suficiente tiempo en la inducción?					
¿En las capacitaciones se les explica sobre la política de seguridad de la ESE?					
¿En las capacitaciones lo evalúan sobre la política de seguridad?					
¿En las capacitaciones le enseñan sobre hospital seguro?					
¿Sus jefes o coordinadores toman en cuenta sus sugerencias en cuanto a seguridad del paciente?					
¿Usted cree que si reporta el hospital será punitivo con usted ante la presencia de un evento adverso?					
¿Usted cree que el hospital es más importante el proceso que las personas?					
¿Se les informa cuando hay análisis de los reportes ya sea individuales o grupales?					
¿Usted cree que el análisis del reporte es una actividad positiva?					
¿Usted cree que los eventos adversos por NEGLIGENCIA deben ser sancionados?					
¿Usted opina que cuando se reporta un evento a otra área no se recibe respuesta oportuna?					
¿Cree que el reporte le permite identificar oportunidades de mejora?					
¿Conoce usted las buenas prácticas de hospital seguro?					
¿Tiene claro los conceptos de seguridad del paciente?					
¿Su área de trabajo cuenta con documentación para el reporte de eventos adversos?					

Anexo E: Instrumento complemento objetivo dos

Instrumento para el personal asistencial					
Objetivo 2: Establecer el nivel de conocimiento del personal sobre la política de seguridad del paciente.					
Variables De Conocimiento Teórico					
A continuación, conteste las siguientes preguntas señalando con una X la opción que usted considera más acertada conforme las siguientes opciones de respuesta, donde: 1: Muy en desacuerdo; 2: Algo en desacuerdo; 3: Ni de acuerdo ni en desacuerdo; 4: Algo de acuerdo 5: Muy de acuerdo.					
Preguntas	1	2	3	4	5
Estándar:					
¿La institución cuenta con un programa de seguridad del paciente, para obtener procesos de atención seguros?					
¿El gerente de la institución propicia un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente?					
¿Percibo que la Seguridad del paciente es un aspecto prioritario de la agenda del director?					
¿Los procesos de la atención del paciente están bien estructurados y se vigilan posibles desviaciones, sus causas y como resolverlas?					
¿Los procesos de la atención del paciente están bien estructurados y se vigilan posibles desviaciones, sus causas y como resolverlas?					
¿La institución cuenta con un sistema donde se reporten no conformes, incidentes, eventos adversos?					
¿Los profesionales de mi servicio se preocupan de la seguridad del paciente sólo después de que ha ocurrido un incidente adverso?					
¿Me preocupo de la seguridad del paciente sólo después de que ha ocurrido un incidente adverso?					
¿Cuándo ha ocurrido un efecto adverso, tengo una actitud temerosa al hablar de ello?					
¿Los jefes de servicio y supervisores de enfermería promueven un ambiente de aprendizaje de los errores en lugar de señalar y culpar a los trabajadores?					
¿Si se hiciera una sesión clínica sobre un error médico en mi centro, el debate final estaría centrado en cómo mejorar las barreras del sistema en lugar de discutir la responsabilidad individual?					
¿Ha recibido capacitaciones en cuanto a reporte de eventos adversos?					
¿Usted realiza auto reporte de los incidentes y/o eventos adversos de su área de trabajo?					
¿Cree usted que es importante una cultura institucional para el reporte de los incidentes?					
¿En las capacitaciones que ha tenido, usted ha tenido información de inducción de seguridad?					
¿Las capacitaciones han tenido suficiente tiempo en la inducción?					
¿En las capacitaciones se les explica sobre la política de seguridad de la ESE?					
¿En las capacitaciones lo evalúan sobre la política de seguridad?					
¿En las capacitaciones le enseñan sobre hospital seguro?					
¿Sus jefes o coordinadores toman en cuenta sus sugerencias en cuanto a seguridad del paciente?					
¿Usted cree que si reporta el hospital será punitivo con usted ante la presencia de un evento adverso?					
¿Usted cree que el hospital es más importante el proceso que las personas?					
¿Se les informa cuando hay análisis de los reportes ya sea individuales o grupales?					
¿Usted cree que el análisis del reporte es una actividad positiva?					
¿Usted cree que los eventos adversos por NEGLIGENCIA deben ser sancionados?					
¿Usted opina que cuando se reporta un evento a otra área no se recibe respuesta oportuna?					
¿Cree que el reporte le permite identificar oportunidades de mejora?					
¿Conoce usted las buenas prácticas de hospital seguro?					
¿Tiene claro los conceptos de seguridad del paciente?					
¿Su área de trabajo cuenta con documentación para el reporte de eventos adversos?					

Anexo F: Instrumento otro complemento objetivo dos

Objetivo 2: Establecer el nivel de conocimiento del personal sobre la política de seguridad del paciente.

Variables De Conocimiento Teórico
A continuación, conteste las siguientes preguntas de opción múltiple señalando con una X la opción que usted considera la respuesta correcta
1. ¿El evento en el cual se presenta muerte del usuario o pérdida de su capacidad mental o física se llama? A. Riesgo mortal. B. Evento adverso. C. Incidente. D. Evento centinela.
2. Es un procedimiento que permite al equipo de salud tener la certeza de la identidad de la persona durante el proceso de atención, denominado (marque la opción correcta): A. Procedimiento de limpieza y desinfección. B. Gestión del riesgo en los servicios de salud. C. Rondas de seguridad. D. Correcta identificación del paciente.
3. Paciente pedro Rodríguez consulta a su IPS, por presentar tos hace 15 días y dificultad para respirar, mientras es llamado por el triage para la valoración inicial, se dirige a la sala de espera, presentando caída de su propia altura a causa de derrame de agua proveniente del baño, al recibir la atención médica, presenta dolor e inflamación de la extremidad inferior derecha, con limitación para la marcha, teniendo en cuenta lo anterior este caso se clasifica como: A. Incidente B. Evento adverso C. Evento centinela D. Todas las anteriores
5. Las causales de un incidente o evento adverso se llaman: A. Factores contributivos B. Análisis causal C. Índice de gravedad D. Factores de riesgos
6. Las estrategias de la política de seguridad del paciente son, excepto: A. Promover la aplicación y cumplimiento de guías y protocolos. B. Fortalecer la comunicación entre el personal, el paciente y su familia. C. Fortalecer la cultura de reporte no punitivo. D. Aumentar la ocurrencia de eventos, incidentes y fallas en la atención.
7. La matriz AMFE, es una metodología utilizada para evaluar los riesgos marque verdadero o falso: A. Verdadero. B. Falso.
8. Si un usuario sufre una caída, a pesar de cumplir con todos los protocolos de seguridad, ¿qué tipo de evento es? A. Incidente. B. Evento adverso prevenible. C. Evento adverso prevenible. D. Evento centinela. E. Accidente laboral.
9. Su significado es Análisis Modal de Fallas y Efectos, marque con una x la opción correcta: A. PAMEC B. AMFE C. PGIRHS D. AMDEEF E. COVE F. RASHM
10. ¿Quiénes son las personas encargadas de reportar los incidentes y eventos adversos? A. El personal asistencial. B. El personal administrativo. C. Los coordinadores de calidad. D. Todo el personal de la FMP.
11. Los principales eventos adversos derivados de la atención en urgencias son de tipo: A. Relacionados con la medicación. B. Relacionados con los cuidados. C. Relacionados con los procesos.

D. Relacionados con el personal.

12. La seguridad del paciente es:

- A. La seguridad del paciente es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.
- B. La reducción del riesgo de daño innecesario asociado a la atención en salud.
- C. La vigilancia que no sufra robo durante su ingreso.
- D. Ocultar incidentes presentados durante la atención.

13. ¿Un evento adverso es?

- A. Algo que ha estado a punto de suceder.
- B. Un incidente sin daño para el paciente.
- C. Un incidente con daño físico o psicológico.
- D. Ninguna de las anteriores.

14. Cuando ocurre un evento adverso en el servicio que usted se encuentra, que reacción inmediata debe realizar:

- A. Reportar de inmediato al jefe de turno y/o coordinador del área.
- B. Reportar al líder de seguridad del paciente.
- C. Me quedo callado y no reporto nada.
- D. A y B son correctas.

15. Seleccione los subprogramas que hacen parte del programa de seguridad del paciente:

- A. Tecnovigilancia, Farmacovigilancia, Hemovigilancia, Comité de infecciones.
- B. Tecnovigilancia, Farmacovigilancia, Hemovigilancia, Reactivovigilancia, Comité de infecciones.

16. En la revisión y análisis de los posibles eventos adversos, que procesos deben participar:

- A. Líder del proceso, personal involucrado en la ocurrencia del evento, Subdirección científica, seguridad del paciente.
- B. Solo el personal involucrado y el líder del proceso.

17. Son componentes de un programa de seguridad del paciente señale verdadero o falso:

- A. La Educación en seguridad del paciente, involucramiento del paciente y la familia en el cuidado, mecanismos y cultura reporte de eventos adversos, análisis de reportes, gestión de riesgos, seguimiento continuo y plan de mejoramiento (v).

18. Se entiende como cultura de seguridad del paciente: señale verdadero o falso.

- A. La cultura de seguridad es el producto de valores, actitudes, percepciones, competencias y patrones de comportamiento individuales y grupales que determinan el compromiso, el estilo y el desempeño de una institución. (V)

19. Los mecanismos de reporte se definen como:

- A. Estrategia que permite la recolección de datos sobre los eventos adversos producidos en el ámbito de salud, a partir de los cuales se puede mejorar la seguridad del paciente.
- B. Son indicadores que permite evaluar la adherencia a los manuales y programas.
- C. Son un tipo de metodología de análisis de eventos adversos.

20. Dentro de las actividades establecidas para mitigar los riesgos en salud tenemos: marque una sola opción.

- A. Identificar, analizar y describir los riesgos, analizar el entorno interno y externo, identifica las causas de los riesgos, definir que se va a hacer con los riesgos.
- B. Identificar, analizar y describir los riesgos, analizar el entorno interno y externo, los riesgos se solucionan por si solos.
- C. No existe necesidad de intervenir los riesgos pues no son importantes para prevenir eventos adversos futuros.

21. Las estrategias definidas por el ministerio de salud, en la buena práctica para mejorar la utilización de medicamentos se mencionan a continuación:

- a. Participación del Químico o farmacéutico en los procesos de dispensación y administración de medicamentos.
- b. Identificar y definir los medicamentos con efectos secundarios importantes.
- c. Realizar un adecuado proceso almacenamiento de los medicamentos, que incluya los controles de registros de temperatura, conservación de la cadena de frío, realizar custodia a los medicamentos de control especial.
- d. Es necesario adquirir medicamentos que NO cuenten con Registro Sanitario Vigente del INVIMA, para que la institución no se quede, sin medicamentos para suministrar al paciente.
- e. a, b y c son correctas.

Objetivo 3: establecer el nivel de adherencia a las buenas practicas sobre seguridad del paciente por parte del personal en el servicio de urgencias. (identificación del paciente y prevención de caídas)				
LISTA DE CHEQUEO BUENAS PRACTICAS				
Buena Practica	Preguntas	Cumple	No Cumple	Cumple Parcialmente
Procesos para la prevención y reducción de frecuencias de caídas	¿Existe Procedimiento y /o guías de prevención de caídas?			
	¿Verificar si se contempla antecedentes de caídas en los pacientes?			
	¿Verifica que el paciente está agitado?			
	Necesita ir frecuentemente al baño			
	Verifica si tiene movilidad disminuida			
	Verifica que el pacientes bajo sedación			
	verificar si la superficie cuenta con antideslizantes en el piso			
	¿Cuenta con bandas antideslizantes y soportes en baños y duchas?			
	¿Cuentan con camillas sin barandas?			
	¿Cuenta con Iluminación inadecuada?			
	se evidencian obstáculos en los pasillos y áreas de circulación			
Asegurar la correcta identificación del paciente en los procesos asistenciales	¿Los pacientes que se encuentran en la sala de urgencias en camilla todos cuentan con identificación?			
	Verificar que la identificación corresponda al paciente			
	Verificar la calidad de identificación			
	¿Usuario tiene manilla de identificación en el lugar definido según protocolo?			
	¿La manilla de identificación se encuentra adecuadamente diligenciada según protocolo?			
	¿Datos de identificación de la manilla son legibles?			
	¿Se encuentra diligenciada casilla de riesgo según protocolo?			
	¿Los datos diligenciados en la manilla de identificación corresponden al paciente que la porta?			
	Acrílico de identificación cabecera de la cama se encuentra diligenciada según protocolo			
	¿La historia clínica tiene registrados todos los ítems de identificación?			
Administración segura de medicamentos	¿Colaborador brinda educación a paciente y familiar acerca del objetivo e importancia de la manilla de identificación?			
	¿El personal realiza el lavado de manos antes de la administración del medicamento?			
	¿Verifica en la historia clínica antecedentes alérgicos del paciente?			
	¿El personal realiza control de signos vitales antes de administrar el medicamento?			
	¿Verifica si es el medicamento correcto?			
	¿Verifica si es la dosis correcta?			
	¿Verifica la vía de administración correcta?			
	¿Verifica la hora correcta?			
	¿Verifica si es el paciente correcto?			
	¿El personal realiza la técnica de administración correcta?			
	¿El personal realiza la administración del medicamento con la velocidad de infusión correcta?			
	¿Verifica la fecha de vencimiento?			
	¿El personal prepara el medicamento?			
	¿El personal una vez administrado el medicamento registra en la historia clínica?			
	¿El personal administra el medicamento si la orden fue verbal?			
¿El personal educa al paciente y a su familiar acerca del medicamento administrado?				
Adherencia al lavado de manos	El colaborador tiene uñas cortas y sin esmalte			
	El colaborador no tiene accesorios en brazos manos y dedos			
	Antes del contacto con cada paciente			
	Antes de realizar un procedimiento limpio y aséptico			
	Después del riesgo de contacto con fluidos orgánicos			
	Después de haber estado en contacto con el paciente			
	Después de haber estado en contacto con el entorno del paciente			
	Abre la llave y humedece sus manos (aplica para lavado de manos)			
	Deposita en la palma de la mano una cantidad de jabón suficiente (o gel glicerinado en caso de higienización) para cubrir toda la superficie de las manos			
	Frota las palmas de las manos entre si			
	Frota la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa			
	Frota las manos entre si, con dedos entrelazados			
	Frota el dorso de los dedos de una mano opuesta, agarrándose los dedos			

	Frota con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo atrapándolo con la palma de la mano derecha y viceversa.				
	Frota la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación, y viceversa.				
	Se enjuaga las manos con agua				
	Se seca las manos con toalla				
	Utiliza toalla para cerrar el grifo (no aolica si el lavamanos es de pedal o sensor)				

Fuente: “Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente en la atención en salud” (OMS)

Anexo H: Carta solicitud del estudio en la IPS

Santiago de Cali, marzo 7 de 2022

DOCTOR:

JHON FABER RAMIREZ

SUBGERENTE CIENTIFICO

RED DE SALUD CENTRO E.S.E

Asunto: Carta de intención

Cordial saludo.

Con la presente solicito su autorización para desarrollar en la Red de Salud Centro, el proyecto de investigación **"Análisis del modelo de adherencia a la política de seguridad del paciente en una institución prestadora de servicios de salud de primer nivel en el servicio de urgencias en la ciudad de Cali"**, accediendo a los servicios e información relacionados con el tema a desarrollar.

Tutor de la investigación:

Doctor Luis Fernando Rendón Campo. Profesor escuela de salud pública.
Universidad del valle.

Agradezco su colaboración,



Melhi Xiomara Baltán Alegria

Estudiante Maestría en administración en Salud

Universidad del Valle - Cali



3.16.1.141

Santiago de Cali, 30 de Agosto de 2023

Doctora
Melbi Xiomara Baltan
Investigador Principal
Universidad del Valle
Cali

Cordial saludo.

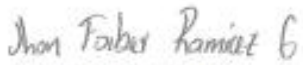
La presente para informarle que el Comité de Ética de la Investigación revisó la solicitud para el desarrollo de las actividades del proyecto de investigación denominado "Análisis del Modelo de Adherencia a la Política de Seguridad del Paciente en una IPS de Primer Nivel en el Servicio de Urgencias en Cali" y autoriza la realización del estudio.

Se recomienda guardar la confidencialidad de la información a la que se tendrá que acceder en la realización del estudio.

Para la coordinación de las actividades de campo se deben comunicar con el líder del proceso de seguridad del paciente Mónica Ramírez, al celular.3173812505 y/o a través del correo electrónico: seguridad.paciente@saludcentro.gov.co

Es de gran importancia que una vez se termine la investigación se socialicen los resultados del estudio y las conclusiones del mismo, por lo cual le solicitamos sea tenido en cuenta.

Atentamente,



Jhon Faber Ramirez G.
Subgerente Científico Asistencial
Red de Salud del Centro E.S.E

RED DE SALUD CENTRO ESE
Sede Administrativa - 675 Degr. Calles - Cda. 12E # 10-18 II - Villa Colombia, Cal - Valle
Pbx: 4951717 - 441 1914 fax 4411516 Ext. 19
E-mail: rsc@redsaludcentro.gov.co - atencion.usuario@redsaludcentro.gov.co
At: 495.027.351 - 3

Calidad en Salud Con Sentido Social

Anexo J: Carta Aprobacion de Comite de Etica



Facultad de Salud
Escuela de Salud Pública

Santiago de Cali, 13 de febrero 2023

C-19-532-2023-02-13

Profesora
BEATRIZ EUGENIA FERNÁNDEZ HURTADO
Presidente
Comité Institucional de Revisión de Ética Humana
Facultad de Salud Universidad del Valle
L.C.

Estimada Prof. Fernández:

Reciba un cordial saludo.

El Comité de Postgrados de la Escuela de Salud Pública certifica la aprobación académica del proyecto titulado **"Análisis del modelo de adherencia a la política de seguridad del paciente en una IPS de primer nivel en el servicio de urgencias en Cali."**, el cual será realizado por la estudiante Melbi Xiomara Baltan Alegria código 202004867 de la Maestría en Administración de Salud. El director asignado es el Dr. Luis Fernando Rendon Ocampo.

Agradeciendo su atención.

Atentamente,



ESCUELA DE
SALUD PÚBLICA

Alexander Almeida Espinosa
Director de Postgrados
Escuela de Salud Pública

Universidad del Valle - Escuela de Salud Pública
Calle 48 # 34B - 37, Edificio 118 - Campus San Fernando
Teléfono: (57) (2) 325 2100 Ext.: 7257 - 7259
director.postgrado.es@univalle.edu.co
760052, Cali - Colombia