

**CARACTERIZACIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA POLÍTICA DE ATENCIÓN
SEGURA EN LA UNIDAD BÁSICA DE ATENCIÓN DE UNA ENTIDAD PROMOTORA DE
SALUD DE BOGOTÁ
AÑO 2011-2012**

CAROLINA BOLÍVAR RUIZ

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS
PROGRAMAS DE POSGRADO EN ADMINISTRACIÓN DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL
MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN DE SALUD
BOGOTÁ, D.C.**

2013

**CARACTERIZACIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA POLÍTICA DE ATENCIÓN
SEGURA EN LA UNIDAD BÁSICA DE ATENCIÓN DE UNA ENTIDAD PROMOTORA DE
SALUD DE BOGOTÁ
AÑO 2011-2012**

**Trabajo de grado presentado como requisito parcial para optar por el título de
Magistra en Administración en Salud**

CAROLINA BOLÍVAR RUIZ

Clara Isabel Parra Navarro

Tutora

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS
PROGRAMAS DE POSGRADO EN ADMINISTRACIÓN DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL
MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN DE SALUD
BOGOTÁ, D.C.**

2013

CONTENIDO

Pág.

Contenido

INTRODUCCIÓN	1
1. MARCO TEÓRICO Y ESTADO DEL ARTE	3
2. ANTECEDENTES	15
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	19
4. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	20
5. JUSTIFICACIÓN	20
6. OBJETIVOS	21
6.1 OBJETIVO GENERAL	21
6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	21
7. METODOLOGÍA	22
7.1 TIPO DE ESTUDIO	22
7.2 FUENTES DE INFORMACIÓN	23
7.3 INSTRUMENTOS	23
7.4 UNIDAD DE ANÁLISIS	24
7.5 RECOLECCION Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	25
7.5.1 Recolección de la información	25
7.5.2 Análisis de la información	26

8. RESULTADOS Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	36
8.1 RULTADOS FASE 1	36
8.1.1 Hallazgos por grupo de estándares	36
8.1.1.1 Estándares de gestión clínica o asistencial	36
8.1.1.2 Estándares de apoyo administrativo	38
8.1.2 Fortalezas por grupo de estándares	41
8.1.2.1 Estándares de gestión clínica y asistencial	41
8.1.2.2 Estándares de apoyo administrativo	41
8.1.3 Oportunidades de mejoramiento por grupo de estándares	42
8.1.3.1 Estándares de gestión clínica y asistencial	42
8.1.3.2 Estándares de apoyo	43
8.1.4 Resultados cuantitativos	44
8.1.5 Conclusiones fase 1	45
8.2 RESULTADOS FASE 2	47
8.2.1 Hallazgos	47
8.2.1.1 Caracterización de la población encuestada	47
8.2.1.2 Resultados de las 12 dimensiones	49
8.2.1.3 Fortalezas	60
8.2.1.4 Oportunidades de mejoramiento	61
8.2.2 Conclusiones fase 2	62
9. RESULTADOS CORRELACIONALES DE LAS FASES APLICADAS EN LA INVESTIGACIÓN	63
9.1 ESTÁNDAR ASISTENCIAL	63

9.2	DIRECCIONAMIENTO	64
9.3	GERENCIA	64
9.4	TALENTO HUMANO	65
9.5	AMBIENTE FÍSICO	65
9.6	GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA	65
9.7	GERENCIA DE LA INFORMACIÓN	65
10.	CONCLUSIONES GENERALES	66
	BIBLIOGRAFÍA	68

ÍNDICE DE TABLAS

PÁG

Tabla 1. Unidad de análisis matriz de evaluación de seguimiento de estándares	24
Tabla 2 Unidad de análisis del cuestionario sobre la seguridad de los pacientes en una unidad de servicio ambulatorio.....	24
Tabla 3. Dimensión de enfoque en la evaluación y calificación.....	28
Tabla 4, Dimensión de implementación en la evaluación y calificación.....	29
Tabla 5. Dimensión de resultado en la evaluación y calificación	31
Tabla 6. Consolidado de calificaciones gestión clínica o asistencial según estándares de Acreditación.....	45
Tabla 7. Consolidado de calificaciones en estándares de apoyo, según estándares de Acreditación	45
Tabla 8. Distribución porcentual de cuestiones que afectan la seguridad de los pacientes y la calidad.....	50
Tabla 9. Distribución porcentual en la categoría intercambio de información	51
Tabla 10. Distribución porcentual de percepción de trabajo en equipo	52
Tabla 11. Distribución porcentual de percepción en presión y ritmo de trabajo	53
Tabla 12. Distribución porcentual de percepción en capacitación del personal	53
Tabla 13. Distribución porcentual de percepción en estandarización de procesos de la unidad.....	54
Tabla 14. Distribución porcentual de percepción en comunicación y receptividad	55
Tabla 15. Distribución porcentual de percepción en seguimiento del cuidado del paciente.....	55
Tabla 16. Distribución porcentual de percepción en comunicación acerca del error.....	56
Tabla 17. Distribución porcentual de percepción de soporte y liderazgo	57
Tabla 18. Distribución porcentual de percepción de aprendizaje organizacional.....	57
Tabla 19. Distribución porcentual de percepción de seguridad del paciente y calidad del cuidado.....	58
Tabla 20. Calificación general de la unidad de atención	59

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	PAG
Gráfico 1. Distribución de la población por cargos.....	48
Gráfico 2. Vinculación laboral.....	48
Gráfico 3. Tiempo laborado en la unidad	48
Gráfico 4. Horas de trabajo semanal	49
Gráfico 5. Turnos de trabajo	49
Gráfico 6. Calificaciones generales de calidad	59

LISTADO DE ANEXOS

Anexo 1: Matriz de evaluación

Anexo 2: Cuestionario sobre la seguridad de los pacientes en una unidad de servicio ambulatorio

Anexo 3: Consentimiento informado

INTRODUCCIÓN

Una preocupación constante del ser humano, es la necesidad de sentir seguridad en cada uno de sus actos. Sin embargo, en el ámbito de la salud, el cual es considerado como un sector de alto riesgo, determinado por los constantes cambios que presenta el entorno, los riesgos incrementan. La interacción compleja de los procesos, las tecnologías y factores humanos, generan diversos resultados que pueden materializarse en beneficios o, por el contrario, en daños al paciente, dando lugar a eventos adversos, los cuales son comprendidos como el daño, lesión o muerte originados por factores ajenos al estado clínico del paciente.

Para evitar estos resultados inesperados, se requiere de la implementación de un conjunto de acciones orientadas a que los profesionales incorporen la seguridad en la atención en sus actividades cotidianas, entendiendo que frente a un error en salud, la búsqueda de las fallas debe basarse en un sistema y no en un individuo. Exige por lo tanto, en todos los niveles de atención, el establecimiento de normas de calidad en la toma de decisiones, articulando los recursos y las capacidades para cumplir con las necesidades de los pacientes.

A nivel mundial, el tema ha adquirido relevancia y ha sido incluido en la agenda política. En ese contexto, también se reporta la realización de diversos estudios relacionados con el tema. Sin embargo, la mayor parte de ellos se han limitado al nivel hospitalario, restando importancia al tema en los demás niveles de atención.

Dicho tratamiento contrasta, con el alto nivel de importancia que revisten las unidades básicas de atención ambulatoria, ya que además de ser el primer punto de encuentro del paciente con el sistema de salud, concentra la mayor cantidad de población atendida y promueve la gestión a otros servicios sanitarios. En ese contexto, un error cometido en este nivel puede ocasionar una cascada de pruebas y tratamientos innecesarios que,

eventualmente, derivaran en daños para el paciente (Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud, 2008).

El objetivo del estudio que se presenta a continuación, es el de describir el proceso de implementación de la Política de Seguridad del Paciente en el marco legal colombiano, incorporando los servicios de atención ambulatoria, desde dos perspectivas de procesos: gestión y gerencial.

Para ello fue realizado un estudio de caso con enfoque mixto, que permitió entender la dinámica organizacional e identificar el grado de desarrollo de la implementación de la política frente a la seguridad de la atención en salud en el nivel de atención ambulatorio, mediante la evaluación de estándares de calidad de la atención en salud y la percepción de los colaboradores asistenciales y administrativos de la unidad de atención objeto de estudio.

Además de revisar los documentos y procesos pertinentes, se aplicaron entrevistas, tanto a líderes de procesos, como al personal de atención de salud, a fin de identificar, desde diversos puntos de vista, los avances de la política de seguridad del paciente en el servicio ambulatorio de salud.

De este modo los resultados del presente trabajo tienen como punto de partida la consideración de que las respuestas no son únicas, ni inacabadas. Y en ese sentido, este documento presenta solo, una de las múltiples formas de aproximarse a una realidad concreta que se ubica en un marco de complejidad particular, correspondiente al sistema de salud.

1. MARCO TEÓRICO Y ESTADO DEL ARTE

Una característica especial de la condición humana es la complejidad, la cual no puede ser reducida a una simple idea debido a que trae consigo situaciones complementarias y opuestas. Bajo estas condiciones, se producen escenarios de mutua causalidad, donde los fenómenos no son lineales, ni unicastales y determinados (Barrera, Rodríguez, & Bedoya, 2005).

Al reconocer la subjetividad de la condición humana y la falta de predicción sobre la misma, el pensamiento complejo lleva a la observación de las situaciones de forma holística, reconociendo que los procesos no están determinados por una sola variable o una única causa. La atención en salud, no es ajena a este paradigma de la complejidad. Esta cambia de forma constante debido a que se encuentra integrada por diversas relaciones, en las cuales influyen la incertidumbre, el azar y la no linealidad.

Los cambios constantes de acuerdo con las condiciones clínicas del paciente, la complejidad de cada procedimiento, las condiciones humanas relacionadas con la atención, el estado de los equipos y la tecnología a utilizar, hacen del sistema de salud un sistema adaptativo complejo, cuyo fin es garantizar el éxito de un procedimiento para mejorar o restaurar la condición clínica de los pacientes. La complejidad de este sistema implica que durante la prestación de los servicios de salud puedan presentarse errores derivados de la fatiga, la somnolencia, el cansancio, la distracción, las fallas en procesos, así como por la adopción de decisiones inadecuadas, situaciones que pueden desencadenar algún tipo de daño al paciente (Franco, 2006).

Al entender entonces, el cuidado de la salud como un sistema complejo, donde el individuo recibe una serie de servicios con la finalidad de mantener, evaluar o restaurar la salud, es posible identificar la o las causas de los eventuales errores. Con dicho reconocimiento, las instituciones que prestan servicios de salud pretenden disminuir o

minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención, mediante la implementación de metodologías e instrumentos de seguridad en la atención.

Por lo tanto, es relevante en esta investigación aproximarnos al concepto de seguridad en el ámbito de la salud, el cual empezó a construirse a partir de los planteamientos de seguridad y prevención de errores en las industrias militar y de aviación, cuyo enfoque es la protección de clientes y trabajadores, teniendo como soporte el trabajo en equipo y el uso de la tecnología (Ralston & Larson, 2005).

La seguridad del paciente ha sido objeto de diversas definiciones. La OMS la define como “la reducción del riesgo de daños innecesarios relacionados con la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable, el cual se refiere a las nociones colectivas de los conocimientos del momento, los recursos disponibles y el contexto en el que se prestaba la atención, ponderadas frente al riesgo de no dispensar tratamiento o de dispensar otro”. (Organización Mundial de la Salud, 2009), así como “El grado en que los servicios de salud para individuos y comunidades incrementa las posibilidades de obtener los resultados deseados en salud de manera coherente con el conocimiento profesional”. De esta manera, la seguridad del paciente es una de las categorías o elementos que conforman el concepto de calidad de atención de la salud.

De otra parte, la Agencia para la Investigación de Salud y Calidad, define la seguridad del paciente como la “Ausencia de las posibilidades de ocurrencia de daños al paciente derivados de errores médicos, así como el conjunto de medidas para evitarlos. Es la ausencia de lesiones accidentales o prevenibles derivadas de la atención médica” (Fein, Chang, Merwin, Ost, & Heffner, 2011).

Al entender la seguridad de los pacientes como la reducción o la mitigación de los actos inseguros, el tema adquiere relevancia al convertirse en un principio fundamental en el cuidado de los individuos y en un elemento básico en los procesos de gestión de la calidad. Por lo tanto, la seguridad de los pacientes exige un enfoque que incluya

acciones tales como: prevenir los eventos adversos, analizar los que se presentan y minimizarlos.

A nivel nacional, el Ministerio de la Protección Social ha planteado el tema, desde los siguientes conceptos:

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” (Ministerio de la Protección Social Colombia, 2008).

ATENCIÓN EN SALUD

“Servicios recibidos por los individuos o las poblaciones para promover, mantener, monitorizar o restaurar la salud” (Ministerio de la Protección Social Colombia, 2008).

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” (Ministerio de la Protección Social Colombia, 2008).

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” (Ministerio de la Protección Social Colombia, 2008).

RIESGO

“Es la probabilidad que un incidente o evento adverso ocurra” (Ministerio de la Protección Social Colombia, 2008).

EVENTO ADVERSO

“Es el resultado de una atención en salud, que de manera no intencional, produjo daño. Los eventos adversos pueden ser prevenibles y no prevenibles:

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

No prevenibles: resultado no deseado, no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial” (Ministerio de la Protección Social Colombia, 2008).

INCIDENTE

“Es un evento o circunstancia que sucede en la atención clínica de un paciente que no le genera daño, pero que en su ocurrencia se incorporan fallas en los procesos de atención” (Ministerio de la Protección Social Colombia, 2008).

COMPLICACIÓN

“Es el daño o resultado clínico no esperado no atribuible a la atención en salud sino a la enfermedad o a las condiciones propias del paciente” (Ministerio de la Protección Social Colombia, 2008).

VIOLACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD

“Las violaciones de la seguridad de la atención en salud son intencionales e implican la desviación deliberada de un procedimiento, de un estándar o de una norma de funcionamiento” (Ministerio de la Protección Social Colombia, 2008).

BARRERA DE SEGURIDAD

“Una acción o circunstancia que reduce la probabilidad de presentación del incidente o evento adverso” (Ministerio de la Protección Social Colombia, 2008).

SISTEMA DE GESTIÓN DEL EVENTO ADVERSO

“Se define como el conjunto de herramientas, procedimientos y acciones utilizadas para identificar y analizar la progresión de una falla a la producción de daño al paciente, con el propósito de prevenir o mitigar sus consecuencias” (Ministerio de la Protección Social Colombia, 2008).

ACCIONES DE REDUCCIÓN DE RIESGO

“Son todas aquellas intervenciones que se hacen en estructuras o en procesos de atención en salud para minimizar la probabilidad de ocurrencia de un incidente o evento adverso. Tales acciones pueden ser proactivas o reactivas, proactivas como el análisis de modo y falla y el análisis probabilístico del riesgo, mientras que las acciones reactivas son aquellas derivadas del aprendizaje obtenido luego de la presentación del incidente o evento adverso, como por ejemplo el análisis de ruta causal” (Ministerio de la Protección Social Colombia, 2008).

Hasta este punto, se entiende el sistema de salud como un sistema complejo, el cual, para evitar errores requiere de procesos que sean brindados con seguridad, lo cual garantiza el logro del objetivo principal, consistente en prestar servicios con calidad, sin que ellos repercutan en daños al paciente.

Esta investigación, fue realizada en una unidad básica de atención ambulatoria, definida según el artículo 4 del acuerdo 29 del 28 de diciembre de 2011, como: “*modalidad de*

prestación de servicios de salud, en la cual toda la tecnología en salud se realiza sin necesidad de internar u hospitalizar al paciente”.

Otra definición del servicio ambulatorio corresponde a los individuos y organizaciones que prestan servicios de salud en régimen extrahospitalario, los cuales comprenden seguimientos, servicios especializados o tareas asistenciales (Berman, 2000). Según lo descrito por Berman, la atención de salud ambulatoria es la que representa la mayor parte del gasto total en salud y la que supone mayor parte de la carga financiera familiar asociada al consumo de atención en salud de forma regresiva. Adicionalmente, puede ser la que más contribuya a mejorar de forma inmediata el estado de salud especialmente en las poblaciones más pobres. (Berman, 2000) Por las razones anteriores, los servicios de salud ambulatorios se convierten en un importante factor para el desempeño de los sistemas sanitarios, que desafortunadamente ha sido poco estudiado y considerado en las reformas de atención de salud, por tanto debe ser una de las futuras áreas de trabajo de la seguridad del paciente (Ralston & Larson, 2005).

El tema de la seguridad del paciente, ha sido abordado en algunos estudios, a partir de los cuales es posible ilustrar la tendencia actual en la implementación de las políticas referentes a este tema.

En el año 2005, el Ministerio de Sanidad y Consumo de España analizó la frecuencia y tipo de efectos adversos en pacientes hospitalizados dados de alta en 1 semana, en 24 hospitales (5624 pacientes). Los resultados fueron publicados bajo el título Estudio Nacional Sobre efectos adversos ligados a hospitalización ENEAS 2005 y entre las conclusiones se resalta que uno de cada 5 efectos adversos, se origina en la prehospitalización, que las causas están relacionadas con la medicación, infecciones nosocomiales y problemas técnicos; y que casi la mitad (42.6%) de los eventos podrían ser evitables. Adicionalmente, el Ministerio llamó la atención sobre la importancia de reforzar: 1) la prioridad estratégica de las guías de práctica clínica basadas en la evidencia; 2) la difusión de buenas prácticas; y 3) la aplicación de las guías a la práctica

clínica como una responsabilidad de los profesionales sanitarios. Finalmente, en el estudio se insistió en la necesidad de seguir investigando acerca de la eficacia, efectividad y sostenibilidad de las medidas de prevención de los Efectos Adversos (Ministerio de Sanidad y Consumo, Secretaria General de Sanidad. España, 2005).

Posteriormente, en el año 2008, también en España se abordó el tema en el ámbito de atención primaria, con el estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria en salud APEAS (Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud, 2008). La importancia dicho estudio radica en que fue de uno de los primeros en ocuparse de esta problemática en los centros de salud en el nivel ambulatorio.

El objetivo del estudio fue mejorar el conocimiento sobre la seguridad del paciente, incorporando la agenda de los equipos de atención primaria, a partir del análisis de los tipos de eventos adversos, así como su frecuencia, en esta fase de la atención.

El estudio tuvo un enfoque observacional de tipo transversal analítico, en el que estudiaron 48 centros de salud de 16 comunidades españolas, para un total de 96.047 consultas analizadas. Adicionalmente, fueron analizadas revisiones sistemáticas, respecto de las cuales no se encontraron estudios epidemiológicos sobre el tema.

En dicho estudio se reconoció que la seguridad del paciente es importante en el primer nivel asistencial por la elevada cantidad de pacientes que frecuentan el mismo. Sin embargo, a pesar de la relevancia del tema, para ese momento se concluyó que existían pocos trabajos sobre efectos adversos en atención primaria y que los existentes se centraban en el error y no en el evento adverso.

La prevención de eventos adversos en atención primaria fue perfilada como una estrategia prioritaria, ya que el 70% de los eventos adversos son evitables y de origen multicausal. Este estudio es una de las referencias más importantes, ya que como se mencionó anteriormente fue el primer estudio epidemiológico con una muestra importante (96047 consultas), que adicionalmente planteó una línea de investigación

que, en el mediano y largo plazo, conducirá a importantes transformaciones que redundarán en beneficios para el paciente, teniendo como punto de partida la relevancia del papel protector del personal de primer contacto con la atención sanitaria.

Posteriormente en el año 2010 fue publicado el estudio IBEAS, Estudio de prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica (Ministerio de Sanidad Política Social, 2010). Se trató de un proyecto realizado con el apoyo de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Ministerio de Sanidad y Política Social de España. En dicho estudio participaron Colombia, México, Costa Rica, Perú y Argentina, países en los fueron estudiados 11.379 pacientes en 58 hospitales. Los objetivos específicos del estudio consistieron en estimar la prevalencia y la incidencia de los eventos adversos en las instituciones hospitalarias.

El mencionado determinó que América Latina dispone de herramientas de orientación para evaluar sus sistemas de calidad en la seguridad de la atención en salud. Sin embargo, dicho estudio no se puede considerar para realizar deducciones de la situación específica de nuestro país debido a que la selección de los hospitales no se realizó de forma aleatoria. Para el estudio en mención, en cada uno de los países participantes, fue integrado un Comité de Dirección que seleccionó los hospitales de forma intencional.

Tras poner de manifiesto, una vez más la escasez de estudios que valoren la seguridad del paciente en atención primaria, en diciembre 2011 fue publicado el estudio Patient safety in primary allied health care. What can we learn from incidents in a Dutch exploratory cohort study? (Dulmen, Simone, Tacken, Margot, Staal, Bart, Gaal, Sander, & Wensing, Michel, 2011). Los resultados de este estudio son importantes porque además de reconocer y confirmar que la investigación en este ámbito es escasa, documenta la seguridad del paciente en servicios de atención primaria en los Países Bajos identificando los factores asociados con los incidentes.

Durante el estudio fueron analizadas 1000 historias clínicas de una muestra representativa. Entre las conclusiones, se señaló que los incidentes ocurrieron con una frecuencia de 1.8% y las principales causas estuvieron relacionadas con errores en las decisiones clínicas (89%), la comunicación con otros profesionales (67%) y el seguimiento de los pacientes (56%). Así mismo, se indicó que los mayores riesgos de ocurrencia de incidentes se presentaban en los pacientes con historiales incompletos y en aquellos, cuyo cuidado y tratamiento estaba a cargo de más de un profesional, lo cual estaba relacionado con un razonamiento clínico poco reflexivo y una supervisión inadecuada de los tratamientos, como causales de los errores. Al igual que en otros estudios realizados en el ámbito extrahospitalario, los incidentes y eventos adversos fueron, en general, leves (Dulmen, Simone, Tacken, Margot, Staal, Bart, Gaal, Sander, & Wensing, Michel, 2011).

Con los resultados de las investigaciones antes referidas es posible concluir que, actualmente, se dispone de herramientas de orientación para evaluar la seguridad del paciente en el sistema de salud y que, la misma debe ser considerada como una prioridad estratégica, al igual que las recomendaciones basadas en la evidencia, la difusión de las buenas prácticas en las instituciones y su aplicación a la práctica clínica como una responsabilidad de los profesionales sanitarios.

Sin embargo, para posibilitar la mejora de la seguridad del paciente en las organizaciones, no se debe olvidar que el cambio cultural es un paso necesario. Durante varios años, la autonomía del personal sanitario en la toma de decisiones y su independencia de la estructura organizativa han constituido una barrera para avanzar, de forma sustancial, en la seguridad del paciente (Ralston & Larson, 2005).

El concepto de cultura de la seguridad, según Ralston & Larson, se puede dividir en tres ámbitos:

1. Normas y reglas para el manejo del riesgo
2. Actitudes de seguridad

3. Capacidad de reflexionar sobre las prácticas de seguridad

Con respecto al tema de cultura sobre la seguridad del paciente, en el año 2009 el Ministerio de Sanidad y Política Social de España, publicó un análisis de la cultura sobre la seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud Español, en cooperación con el Ministerio de Sanidad y Consumo de España y la Universidad de Murcia. En dicho estudio se dispuso de una herramienta auto administrada válida y fiable, adaptada al contexto español de la encuesta original de la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) de Estados Unidos, la cual fue utilizada para medir la cultura de la seguridad del paciente en las organizaciones, e identificar los aspectos críticos a intervenir, a fin de mejorarla y monitorear su evolución. El objetivo principal del estudio fue medir las actitudes y los comportamientos relacionados con la seguridad del paciente en el ámbito hospitalario, así como describir la frecuencia de actitudes y comportamientos favorables de los profesionales del nivel hospitalario en relación con la seguridad del paciente.

En el mencionado estudio se indicó que, aparte de los estudios realizados en Estados Unidos, en Europa sólo se habían efectuado estudios usando la misma herramienta en cinco hospitales belgas, uno noruego y en unidades de cuidado intensivo de hospitales del Reino Unido. Igualmente, se reportó que otros estudios, en ocasiones circunscritos a un sólo tipo de profesional, se habían realizado en países como Japón, Nueva Zelanda y Corea.

En todos los casos, los estudios habían indagado por la situación de esta importante característica de actitud en las organizaciones y cuáles serían las iniciativas a adoptar para mejorarla.

En la primera etapa, el cuestionario fue distribuido en 24 hospitales a 6257 profesionales. Dicho instrumento proporcionó información sobre la percepción de los profesionales, respecto a doce dimensiones de la cultura de seguridad.

La segunda etapa, consistió, teniendo en cuenta la metodología propuesta por la AHRQ, en la descripción del clima de seguridad del paciente identificando sus fortalezas y debilidades.

Los resultados obtenidos permitieron conocer las principales estrategias para el mejoramiento del clima de seguridad en los hospitales, entre las que se encontraron: 1) el fomento de la notificación interna y la discusión de los errores; 2) el abordaje de la seguridad del paciente como un problema de equipo; 3) la participación proactiva de la gerencia; 4) y prestar atención a la dotación y organización del personal en busca de la seguridad del paciente; 5) el fomento de la responsabilidad compartida; y 6) la coordinación entre unidades y servicios. (Ministerio de Sanidad Y Política Social España, 2009)

Otro estudio realizado en la ciudad de Bogotá en el año 2010, denominado Agentes y campos sociales en la seguridad del paciente de tres hospitales de Bogotá, analizó la cultura de la seguridad como un elemento de la calidad en la prestación de los servicios de salud (Perdomo Rubio & Martínez Siva, 2010). El resultado de esta investigación cualitativa aproximó a la comprensión de los fenómenos, mediante la interpretación de los significados culturales y la dinámica organizacional alrededor de la seguridad del paciente.

En el estudio se encontró que la cultura de la seguridad del paciente está vinculada a la estructura y la historia particular de la organización hospitalaria, es decir, con la disposición de cambio de los agentes que trabajan en ella. Ello está ligado al hecho de que la integración de la política institucional de la cultura de la seguridad del paciente, depende del entendimiento de las leyes y características del campo de los servicios de

salud y de la cultura de sus agentes. Por lo tanto, se concluyó que: 1) resulta necesario un ejercicio constante y consciente de reflexión sobre las prácticas de la seguridad, identificando las limitaciones que impone la estructura social; y 2) se requiere de tomadores de decisiones interesados en modificar las prácticas y capaces de asumir las dificultades e incomodidades que pueden causar estos procesos de transformación.

Teniendo en cuenta los resultados de los estudios presentados anteriormente y en consideración a los planeamientos de la OMS y la posterior Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, la cultura positiva sobre seguridad del paciente en las instituciones sanitarias, se perfila como uno de los requisitos esenciales para evitar o disminuir la aparición de eventos adversos y poder generar, a partir de los errores, procesos de aprendizaje proactivos que conduzcan al diseño de procesos de atención preventivos en esta materia.

Adicionalmente, las instituciones de salud que desean la excelencia en la prestación del servicio basados en la seguridad, deben esforzarse hacia el logro de la acreditación para sus organizaciones (Quinto Neto, 2006).

En Colombia, la Resolución 1445 de 2006, definió la acreditación como un *“Proceso voluntario y periódico de autoevaluación interna y revisión externa de los procesos y resultados que garantizan y mejoran la calidad de la atención del cliente en una organización de salud, a través de una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar, previamente conocidos por las entidades evaluadas. Es realizada por personal idóneo y entrenado para tal fin, y su resultado es avalado por entidades de acreditación autorizadas para dicha función”*.

“Es el logro de niveles superiores de calidad en la atención en salud, enmarcada en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de Colombia (SOGC) del Sistema General de Seguridad Social en Salud. (...) a través del cual se busca que los diferentes agentes del sistema: las empresas administradoras del planes de beneficios, las IPS y las Direcciones

Territoriales de Salud, que voluntariamente quieran, demuestren el cumplimiento de altos niveles de calidad, es decir, por encima de las condiciones mínimas que establece el Sistema Único de Habilitación” (Ministerio de la Protección Social, 2011) .

Por lo tanto, la acreditación constituye un medio para contribuir a la probabilidad de recibir atención de salud de excelente calidad, minimizando riesgos y garantizando el fomento de la cultura de la seguridad (Rodríguez, 2007). De este modo, se evidencia según el mismo autor, que en este contexto, la seguridad del paciente, ha adquirido una relevancia especial, en la medida en que se trata de uno de los criterios con los cuales es posible, no solo determinar el cumplimiento de niveles superiores de calidad, sino demostrar el desarrollo de una cultura de prevención y control.

Las principales dimensiones que se evalúan en el proceso de acreditación, corresponden a las siguientes variables “1) el enfoque: se refiere a las directrices, métodos y procesos que la institución utiliza para ejecutar y lograr el propósito solicitado en cada tema o variable que se va a evaluar; 2) implementación: se refiere a la aplicación del enfoque, a su alcance y extensión dentro de la institución; 3) resultados: se refiere a los logros y efectos de la aplicación de los enfoques” (Ministerio de la Protección Social, 2007).

2. ANTECEDENTES

Desde la definición del juramento Hipocrático, a finales siglo V A.C, el objetivo principal en la atención en salud, ha sido curar o paliar las dolencias y problemas de salud con el mayor beneficio y sin producir daño. Sin embargo, las prácticas sanitarias conllevan riesgo para los pacientes y los profesionales que les atienden y en la medida en que estas prácticas son más sofisticadas, los riesgos incrementan.

Mencionar los antecedentes en el tema de seguridad del paciente, requiere tener en cuenta los antecedentes de la atención en salud la cual lleva implícito el concepto de seguridad. La historia de la medicina, cuenta con diversos ejemplos de intervenciones cuyo riesgo superaba el beneficio: la ascitis con toxinas de sapo y las intoxicaciones mercuriales en pacientes con sífilis que terminaban en fallas cardíacas, son algunos. (Luengas, 2009)

A lo largo de la historia, han sido desarrolladas estrategias cuya relación riesgo-beneficio es muy alta y que han llevado a incrementar la expectativa de vida en el mundo. Datan desde la prehistoria con la inmovilización de fracturas y mas adelante con la hidratación en casos de diarrea o con el descubrimiento de la penicilina cuya baja toxicidad y alta efectividad ha salvado vidas, en el año 1847 el obstetra austriaco Ignaz Philip Semmelweis con la asociación de la causa de sepsis puerperal entre pacientes maternas y el examen por médicos que venían de realizar autopsias (Luengas, 2009). En la actualidad, las intervenciones que permanecen son aquellas que consideran el riesgo mismo del tratamiento como parte de su diseño, buscando que el tratamiento logre el beneficio sin causar daño mayor.

Aunque el tema de seguridad del paciente ha sido importante, los movimientos en pro de la seguridad del paciente, empezaron en el año de 1991 con la publicación del estudio Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study publicados en The New England Journal of Medicine (Brennan & Leape, 1991). En este estudio se seleccionó, de forma aleatoria, una muestra de historias clínicas de pacientes hospitalizados durante el año de 1984. El objetivo fue identificar lesiones médicas, probabilidad de evitarlas y consecuencias. Se identificó que el 3,7 % de los pacientes sufrieron algún evento adverso relacionado con lesiones ocasionadas por el tratamiento médico y que el 14% de estas lesiones eran mortales.

En 1996, la American Medical Association (AMA) y la Joint Commission for the Accreditation of Health care Organizations (JCAHO), en unión con la American

Association for the Advancement of Science y la Annenberg Foundation, organizaron el primer congreso multidisciplinario sobre errores médicos en el Annenberg Center de California. En ese contexto, se anunció la conformación de la National Patient Safety Foundation, mientras que y la JCAHO publicó su sistema de notificación no punitiva de eventos adversos (Leape, 2008).

En el año 2000, el tema adquirió mayor relevancia con la publicación del informe del Institute Of Medicine (IOM) *To err is human* (Corrigan, Donadson, & Kohn, 2000), donde se afirmó que, entre 44.000 y 98.000 personas morían cada año en los hospitales como resultado de los eventos adversos y que estos, se producían en cerca del 10% de las hospitalizaciones. Este informe llevó a: (Leape, 2008)

- Poner fin al periodo de negación del problema por parte de los actores del sector de la salud y por el contrario, calificarlo como un grave problema de salud pública a nivel mundial.
- A la movilización de diversos grupos interesados en investigar la seguridad del paciente.
- Los hospitales a adoptar prácticas de atención más seguras.

En el año 2008, la Organización Mundial de la salud (OMS) indicó que, en los países desarrollados, uno de cada 10 pacientes sufría algún daño como consecuencia de errores o eventos adversos en su estancia hospitalaria y que, en los países en desarrollo el riesgo era mayor, debido a las limitaciones en infraestructura, tecnología y recurso humano. En respuesta a esta problemática, en la actualidad, se trabaja por mejorar la seguridad de la atención médica en el mundo, mediante la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente (OMS, 2008).

En Colombia, a partir de la implementación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad (SOGC), la vigilancia de eventos adversos es obligatoria para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), en servicios tanto hospitalarios como

ambulatorios. Dentro de los componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad (SOGC), establecido mediante el Decreto 1011 de 2006, (Ministerio de la Protección Social, 2007) se encuentran:

- El sistema de información en calidad a usuarios, a través de la resolución 1446 de 2006.
- El Sistema Único de Acreditación a través de la resolución 123 de 2012, que modificó el artículo 2 de la resolución 1445 de 2006, que incorpora estándares superiores de calidad para la atención en salud.
- La resolución 1043 de 2006, la cual estableció el Sistema Único de Habilitación, en el que se prevén los requisitos esenciales para la prestación de los servicios de salud y desarrollo del programa de Auditoría para el mejoramiento de la calidad de atención en salud (PAMEC), el cual orienta la prestación de servicios a la mejora continua y al avance hacia los estándares de Acreditación.

A partir de la definición del SOGC en salud, el país impulsó una Política de Seguridad del Paciente, cuyos objetivos son: direccionar las políticas institucionales, impulsar el diseño de procesos hacia la promoción de una atención segura, disminuir el riesgo en la atención en salud y prevenir la ocurrencia de eventos adversos. Todo lo anterior soportado en metodologías y herramientas científicamente probadas, con el fin de, coordinar diversos actores, homologar la terminología a utilizar, difundir los principios de la política y educar a pacientes y familias (Ministerio de la Protección Social Colombia, 2008).

Las metodologías desarrolladas, favorecen la unificación de lineamientos y herramientas para apoyar este proceso que busca referenciar y favorecer la articulación de definiciones y conceptos y generar una cultura por la seguridad. Entre ellas se destacan:

- Herramientas para promover la estrategia de la seguridad del paciente en el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud, creadas en Diciembre 2006.
- Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente, definidos y publicados en el año 2008.

Finalmente, en la política colombiana se destaca, la introducción del concepto de “cultura de la seguridad”, elemento clave que ya ha sido manejado en otros países. Dicha cultura se define “el ambiente de despliegue de las acciones de seguridad del paciente deben darse en un entorno de confidencialidad y de confianza entre pacientes, profesionales, aseguradores y la comunidad. Es deber de los diferentes actores del sistema facilitar las condiciones que permitan dicho ambiente” (Ministerio de la Protección Social, 2007).

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La mayoría de estudios existentes a nivel mundial sobre las prácticas de atención segura, se han limitado al ámbito hospitalario, restando importancia al problema de la seguridad del paciente en otros servicios de salud de baja complejidad, tales como consulta externa, laboratorio clínico o farmacia (Ministerio de la Protección Social Colombia, 2009). Estos servicios que corresponden a las unidades básicas de atención ambulatoria, revisten una especial importancia, por ser el primer punto de encuentro del paciente con el sistema de salud: concentra la mayor cantidad de población atendida y promueve la gestión a otros servicios sanitarios. En ese contexto, un error cometido en este nivel puede llegar a generar una cascada de pruebas y tratamientos innecesarios que eventualmente derivaran en daños para el paciente (Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud, 2008).

Por lo tanto y en orden a determinar el grado de aplicación de la Política de Seguridad del paciente es necesario abordar de manera exclusiva la implementación, aplicación y seguimiento de prácticas de Atención Segura en el nivel básico de atención (ambulatorio), a fin de visualizar la magnitud del problema fuera del ámbito hospitalario.

4. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cómo ha sido la implementación de la Política de Seguridad del Paciente, en una unidad de atención ambulatoria de una EPS en Bogotá durante los años 2011 y 2012, en el marco del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Colombia?

5. JUSTIFICACIÓN

Frecuentemente, las fallas en la calidad en la prestación de los servicios de salud, se originan en pruebas diagnósticas inadecuadas o procedimientos que generan riesgos para la salud del paciente, situaciones que no solo contribuyen al deterioro en la prestación del servicio, sino que además incrementan los costos del mismo. (Ministerio de la Protección Social Colombia, 2008). Para contrarrestar estas dificultades, en el año 2007 Colombia adoptó la Política de Seguridad del Paciente, con el objetivo de prevenir, reducir y eliminar, de ser posible, la ocurrencia de eventos adversos, cuya identificación y análisis permite a los actores verificar, en los diversos niveles del sistema de salud, si los procesos de atención repercuten en resultados de calidad (Ministerio de la Protección Social Colombia, 2008).

En el primer Informe Nacional de Calidad de la atención en salud publicado por el Ministerio de la Protección Social "INCAS Colombia 2009" (Ministerio de la Protección Social Colombia, 2009), se identificó que en Colombia, aunque existen herramientas y modelos para evaluar la seguridad del paciente, las mismas han resultado insuficientes

para dimensionar la magnitud del problema. En ese contexto, la sugerencia principal fue realizar estudios o metodologías que permitieran medir esta característica en nuestro país (Ministerio de la Protección Social Colombia, 2009).

Adicionalmente, aunque existe una política pública, gran parte de los datos reportados se caracterizan por corresponder al sector hospitalario, no incluir casos a nivel ambulatorio y por la precaria e insuficiente información de los casos, así como de las acciones o medidas correctivas implementadas para efectos de evitar las acciones inseguras que ponen en riesgo la vida de los pacientes (Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud, 2008).

El nivel ambulatorio ha sido subestimado, así como su característica de ser el que contribuye, en mayor medida, a mejorar la salud y su representación en la carga económica de los actuales sistemas de atención de salud en los países más pobres (Berman, 2000).

6. OBJETIVOS

6.1 OBJETIVO GENERAL

Describir el proceso de implementación de la Política de Seguridad del Paciente en el marco legal colombiano, en servicios brindados en una Unidad Básica de Atención (atención ambulatoria) de una Entidad Promotora de salud (EPS) de Bogotá.

6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar el grado de desarrollo de la implementación de la Política de Seguridad del Paciente en el marco legal colombiano, en servicios brindados en

una Unidad Básica de Atención (atención ambulatoria) de una Entidad Promotora de salud (EPS) de Bogotá. Evaluar el grado de aplicación de los estándares de seguridad del paciente en una unidad de atención ambulatoria de la EPS objeto de estudio en el periodo junio 2011- junio 2012.

- Evaluar la percepción de los colaboradores asistenciales y administrativos de la unidad de atención ambulatoria, sobre la implementación de la Política de Seguridad del Paciente.
- Describir el proceso de ejecución de la Política de Seguridad del Paciente en la unidad básica de atención, a partir de la comparación de los estándares analizados y el nivel de percepción de su implementación e identificar las oportunidades de mejora que permitan contribuir al cumplimiento de los objetivos de la calidad de atención segura del servicio de atención ambulatorio.

7. METODOLOGÍA

7.1 TIPO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio de caso con enfoque mixto, que permitió entender la dinámica organizacional frente a la seguridad de la atención en salud en el nivel de atención de ambulatorio. Con el estudio de caso, se pretendió estudiar de manera intensiva y profunda, las principales características, de la situación actual de la seguridad del paciente en una unidad de atención básica desde la perspectiva cualitativa y cuantitativa.

Razón por la cual, fue seleccionada, de forma intencional, la unidad de atención ambulatoria de una EPS de la ciudad de Bogotá, debido a que allí, se implementa desde el año 2009 la Política de Seguridad del Paciente y se establecen procesos y normas para registrar y promover la gestión de eventos adversos generados en los procesos propios y en las instituciones prestadoras de servicios de salud de la red.

Durante la investigación, fueron analizados el comportamiento de criterios e indicadores de cumplimiento de la Política de Seguridad del Paciente, mediante el desarrollo de una herramienta de estandarización¹, basados en la normatividad vigente de criterios de calidad en la prestación de servicios de salud en Colombia.

Adicionalmente, para el estudio fue aplicada la versión en español de la encuesta elaborada por la AHRQ (Agency for healthcare Reseach and Quality), “medical office survey on patient safety culture”, cuestionario sobre la seguridad de los pacientes en una unidad de servicio ambulatorio, (Sorra, Franklin, & Streagle, 2008) con la cual se abordaron los principales aspectos que afectan la seguridad en un consultorio médico y el impacto de las iniciativas de mejora de la seguridad del paciente.

7.2 FUENTES DE INFORMACIÓN

- Actas, documentos y registros.
- Funcionarios de la oficina de dirección, administrativa y asistencial.
- Datos de las encuestas de clima de seguridad del paciente realizadas a los funcionarios administrativos y sanitarios de la unidad básica de atención objeto de estudio.

7.3 INSTRUMENTOS

- Matriz de evaluación de seguimiento de estándares, la cual fue revisada y consolidada dentro de la investigación a partir de los lineamientos para la seguridad del paciente y de calidad de la atención en salud ya definidos en el SOGC en Colombia, la guía técnica de buenas prácticas en seguridad del paciente

¹ Según Blanco 6, “estandarización es un proceso técnico- político, que indica por un lado la meta que se quiere alcanzar o el nivel de calidad deseado, basado en criterios técnicos (lo que debe ser) y criterios políticos (lo que se puede y se quiere hacer). Finalmente es la conjugación de lo que se quiere hacer, con lo que se puede hacer, en otros términos de la viabilidad y la factibilidad de lograrlo”.

y el manual de acreditación para instituciones ambulatorias y hospitalarias versión 003 (ANEXO 1).

- Versión en español de la encuesta elaborada por la AHRQ (Agency for healthcare Research and Quality), “medical office survey on patient safety culture”, Cuestionario sobre la seguridad de los pacientes en una unidad de servicio ambulatorio (Sorra, Franklin, & Streagle, 2008) (ANEXO 2).

7.4 UNIDAD DE ANÁLISIS

La unidad de análisis corresponde al comportamiento de los siguientes dominios:

Tabla 1. Unidad de análisis matriz de evaluación de seguimiento de estándares

1. Estándares de gestión clínica o asistenciales	2. Estándares de apoyo administrativo
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Política institucional <ul style="list-style-type: none"> • Formulación • Implementación • Evaluación • Despliegue • Seguridad en la prestación del servicio • Seguridad en el personal asistencial y pacientes • Reporte de eventos adversos • Seguridad en medicamentos • Seguridad en personal asistencial • Seguridad en pacientes 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Direccionamiento ➤ Gerencia ➤ Talento humano ➤ Ambiente físico ➤ Gestión de la tecnología ➤ Gerencia de la información

Tabla 2 Unidad de análisis del cuestionario sobre la seguridad de los pacientes en una unidad de servicio ambulatorio.

CATEGORÍAS	Número de aspectos evaluados
1. Listado de cuestiones que afectan la seguridad de los pacientes y la calidad	9 preguntas
2. Intercambio de información	4 preguntas
3. Trabajo en equipo	4 preguntas
4. Presión y ritmo de trabajo	4 preguntas

5.	Capacitación al personal	3 preguntas
6.	Estandarización de procesos en la unidad de atención ambulatoria	4 preguntas
7.	Comunicación y receptividad	4 preguntas
8.	Seguimiento al cuidado del paciente	4 preguntas
9.	Comunicación acerca del error	4 preguntas
10.	Soporte y liderazgo para la seguridad del paciente	4 preguntas
11.	Aprendizaje organizacional	3 preguntas
12.	Percepciones generales de la seguridad del paciente y la calidad del cuidado	4 preguntas

7.5 RECOLECCION Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

7.5.1 Recolección de la información

La información fue recolectada en dos fases:

- **FASE1:** se evaluaron cada uno de los estándares agrupados en la matriz, para medir estructura, proceso y resultado de la política de seguridad del paciente de forma cualitativa.
- **FASE 2:** se realizó una prueba piloto en otra unidad, donde fue aplicado el cuestionario a 8 voluntarios, para verificar el nivel de entendimiento de la encuesta, realizando las modificaciones sugeridas.

El objetivo de esta prueba, consistió en identificar aspectos relacionados con la identificación de palabras o términos que los encuestados no entendieran o que no fueran posibles de interpretar y obtener sugerencias para la revisión de la redacción de las preguntas y la estructura de la encuesta. Los resultados que se obtuvieron en esta prueba piloto, corresponden a una adecuada interpretación de las preguntas, el tiempo empleado en promedio para responder el cuestionario fue de 15 minutos por persona, reportaron que es un cuestionario demasiado largo, que todas las preguntas fueron de interés.

Posteriormente, fue aplicada la encuesta en medio físico, sobre cultura de seguridad del paciente previo consentimiento informado (ANEXO 3) a 35 funcionarios de la unidad de atención, de los cuales, tan solo 6 decidieron no responder.

Los colaboradores de la unidad básica de atención fueron seleccionados de forma intencional (médicos, enfermeras-os, auxiliares de enfermería, coordinadores, profesionales no médicos).

7.5.2 Análisis de la información

Partiendo de los referentes teóricos y del modelo de análisis bajo el cual se abordó la investigación, que corresponde a un estudio de caso con enfoque mixto, durante los meses de agosto a noviembre de 2012, fue analizado el comportamiento de criterios e indicadores de cumplimiento de la Política de Seguridad del Paciente, en una unidad de atención ambulatoria de la ciudad de Bogotá.

FASE 1: Durante la etapa inicial de la investigación y para efectos de obtener información sobre el proceso de la implementación de la Política de Seguridad del paciente, fue adaptada una herramienta de estandarización. Dicho instrumento fue elaborado luego de obtener la aprobación, por parte del comité de ética de la institución objeto de estudio, teniendo en cuenta el marco legal colombiano para los servicios de salud brindados en una unidad ambulatoria, así como la normatividad vigente, en lo referente a la seguridad del paciente.

Para la elaboración de la herramienta se tuvieron en cuenta los siguientes documentos:

- Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente (Ministerio de la Protección Social Colombia, 2008).

- Herramientas para promover la estrategia de la seguridad del paciente en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en salud. (Ministerio de la Protección Social, 2007).
- Guía técnica “Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud” (Ministerio de la Protección Social, 2010).
- Manual de acreditación en salud ambulatorio y hospitalario. Versión 003/ Octubre de 2011 (Ministerio de la Protección Social, 2011).

Para el diseño del modelo de análisis de esta fase, los principales aspectos a tener en cuenta con respecto a la seguridad del paciente en servicios ambulatorios fueron consolidados por estándares ya presentados en la tabla 1, estableciendo categorías de búsqueda de la información.

Una vez se obtuvo la consolidación de la herramienta (ANEXO 1), se procedió a la recolección de la información, identificando los líderes y colaboradores de cada proceso en la unidad de atención, a fin de aplicar las entrevistas semiestructuradas que permitieron identificar la evidencia que soporta la gestión de cada uno de los procesos y el desarrollo actual frente al ciclo PHVA (Planear, hacer, verificar y actuar).

Con la información obtenida de la matriz de evaluación, inicialmente para cada grupo de dominios y estándares, se realizó un estudio cualitativo de hallazgos, fortalezas y oportunidades de mejoramiento.

Posteriormente, cada ítem, fue calificado teniendo en cuenta la metodología que está soportada en las resoluciones 123 de 2012 y 1445 de 2006, teniendo en cuenta aspectos como enfoque, dimensión, implementación y resultados. Para lograr mayor comprensión de la evaluación, cada parámetro y su respectiva calificación, se anexa la información en las tablas 3, 4 y 5.

Tabla 3. Dimensión de enfoque en la evaluación y calificación

Variables	1	2	3	4	5
ENFOQUE: se refiere a las directrices, métodos y procesos que la institución utiliza para ejecutar y lograr el propósito solicitado en cada tema o variable que se va a evaluar.					
<p>Sistematicidad: grado en que el enfoque e definido y aplicado de manera organizada.</p> <p>y amplitud grado en que el enfoque está presente y orienta las diferentes áreas de la organización o distintos puntos del estándar.</p>	El enfoque es esporádico, no está presente en todas las áreas, no es sistemático y no se relaciona con el direccionamiento estratégico.	Comienzo de un enfoque sistemático para los propósitos básicos del estándar y empieza a estar presente en algunas áreas	El enfoque es sistemático, alcanzable para lograr los propósitos del estándar que se desea evaluar. en áreas claves.	El enfoque es sistemático tiene buen grado de integración que responde a todos los propósitos del estándar en la mayoría de las áreas. Relacionado con el direccionamiento estratégico	El enfoque es explícito y se aplica de manera organizada en todas las áreas, responde a los distintos criterios del estándar y está relacionado con el direccionamiento estratégico.
<p>Proactividad: grado en que el enfoque es preventivo y se adelanta a la ocurrencia del problema de calidad.</p>	Los enfoques son mayoritariamente reactivos	Etapas iniciales de transición de la reacción a la prevención de problemas	Enfoque mayoritariamente preventivo hacia el manejo y control de los procesos y problemas de los mismos proactivamente, aún cuando existen algunas áreas en donde se actúa reactivamente.	El enfoque es mayoritariamente proactivo y preventivo.	El enfoque es proactivo y preventivo en todas las áreas.

Variables	1	2	3	4	5
ENFOQUE:					
se refiere a las directrices, métodos y procesos que la institución utiliza para ejecutar y lograr el propósito solicitado en cada tema o variable que se va a evaluar.					
Ciclo de evaluación y mejoramiento: Forma en que se evalúa y mejora el enfoque y su asimilación.	La información presentada es anecdótica y desarticulada, no hay evidencias (hechos y datos)	La evidencia de un proceso de evaluación y mejoramiento del enfoque es limitada. Esbozo de algunos hechos y datos, desarticulados.	El proceso de mejoramiento está basado en hechos y datos (acciones específicas realizadas y registradas) sobre áreas claves que abarcan la mayoría de productos y servicios	Existe un proceso de mejoramiento basado en hechos y datos como herramienta básica de dirección.	Existen ciclos sistemáticos de evaluación, la información recogida es consistente y válida, oportuna y se emplea para la evaluación y definir acciones de mejoramiento.

Tomado de: Resolución 1445 de 2006 anexo técnico N°2

Tabla 4, Dimensión de implementación en la evaluación y calificación

Variables	1	2	3	4	5
IMPLEMENTACIÓN :					
Se refiere a la aplicación del enfoque, a su alcance y extensión dentro de la institución.					
Despliegue en la institución: grado en que se ha implementado el enfoque y es consistente	El enfoque se ha implementado en algunas áreas pero se refleja su	La implementación del enfoque se da en algunas áreas operativas principales y existen brechas muy	La implementación está más avanzada en áreas claves y no existen grandes brechas con respecto a otras	Existe un enfoque bien desplegado en todas las áreas, con brechas no significativas en áreas de soporte	La implementación del enfoque se amplía continuamente para cubrir nuevas áreas en forma integral y responde al enfoque definido en

Variables	1	2	3	4	5
en las distintas áreas de la organización.	debilidad.	significativas en procesos importantes	áreas,		todas las áreas claves.
Despliegue al cliente interno y/o externo (según la naturaleza y propósito del estándar) Grado en que se ha implementado el enfoque y es percibido por los clientes internos y externos.	El enfoque no se despliega hacia los clientes	Hay evidencias de despliegue a unos pocos clientes pero éste no es consistente.	Hay evidencias de implantación parcial del enfoque tanto en clientes internos como externos con un grado mínimo de consistencia.	El enfoque se despliega a la mayoría de los usuarios y es medianamente consistente	El enfoque se despliega a la totalidad de los usuarios y es totalmente consistente

Tomado de: Resolución 1445 de 2006 anexo técnico N°2

Tabla 5. Dimensión de resultado en la evaluación y calificación

Variables	1	2	3	4	5
RESULTADOS:					
Se refiere a los logros y efectos de la aplicación de los enfoques					
<p>Pertinencia</p> <p>Grado en que los resultados referidos se relacionan con el área temática correspondiente al estándar evaluado y alcanzan los objetivos y metas propuestas.</p>	<p>Los datos presentados no responden a los factores, productos o servicios claves del estándar.</p>	<p>Los datos presentados son parciales y se refieren a unos pocos factores, productos o servicios claves solicitados en el estándar.</p>	<p>Los datos presentados se refieren al desempeño de algunas áreas claves, factores, productos y/o servicios solicitados.</p>	<p>La mayoría de los resultados referidos se relacionan con el área, factores, productos y/o servicios solicitados en el estándar, alcanzando los objetivos y metas propuestas.</p>	<p>Todos los resultados se relacionan con el área o punto del estándar a evaluar y alcanzan los objetivos y metas propuestas.</p>
<p>Consistencia</p> <p>Relación de los resultados como producto de la implementación del enfoque</p>	<p>Solo existen ejemplos anecdóticos de aspectos poco relevantes y no hay evidencia de que sean resultado de la implementación del enfoque.</p>	<p>Se comienzan a obtener resultados todavía incipientes de la aplicación del enfoque.</p>	<p>Existe evidencia de que algunos logros son causados por el enfoque implementado y por las acciones de mejoramiento.</p>	<p>La mayoría de los resultados responden a la implementación del enfoque y a las acciones de mejoramiento.</p>	<p>Todos los resultados son causados por la implementación de enfoques y a las acciones sistemáticas de mejoramiento.</p>

Variables	1	2	3	4	5
RESULTADOS:					
Se refiere a los logros y efectos de la aplicación de los enfoques					
<p>Avance de la medición</p> <p>Grado en que la medición responde a una práctica sistemática de la organización en un periodo de tiempo que le permita su consolidación y existen indicadores definidos para la medición del área temática correspondiente al estándar evaluado, calidad y pertinencia del mismo</p>	<p>No existen indicadores que muestren tendencias en la calidad y el desempeño de los procesos. La organización se encuentra en una etapa muy temprana de medición.</p>	<p>Existen algunos indicadores que muestran el desempeño de procesos. La organización se encuentra en una etapa media del desarrollo de la medición.</p>	<p>Existen indicadores que monitorean los procesos y muestran ya tendencias positivas de mejoramiento en algunas áreas claves, factores, productos y/o servicios solicitados en el estándar. Algunas áreas reportadas pueden estar en etapas recientes de medición.</p>	<p>Existen procesos sistemáticos de medición para la mayoría de las áreas y factores claves de solicitados en el estándar.</p>	<p>Los resultados son monitoreados directamente por los líderes de todos los niveles de la organización y la información se utiliza para la toma de decisiones y el mejoramiento de los procesos</p>
<p>Tendencia</p> <p>Desempeño de los</p>	<p>El estadio de la medición y por lo tanto de los resultados, no</p>	<p>Se muestran resultados muy recientes que no permiten tener suficientes bases para</p>	<p>Se presentan tendencias de mejoramiento de algunos factores claves del estándar.</p>	<p>La mayoría de los indicadores alcanzan niveles satisfactorios y muestran firmes tendencias de</p>	<p>Se observan tendencias positivas y sostenidas de mejoramiento de</p>

Variables	1	2	3	4	5
RESULTADOS:					
Se refiere a los logros y efectos de la aplicación de los enfoques					
indicadores en el tiempo	garantizan tendencias confiables	establecer tendencias		mejoramiento de las áreas claves, factores, productos y/o servicios, lo cual se refleja en que van de bueno a excelente.	todos los datos a lo largo del tiempo.
Comparación Grado en que los resultados son comparados con referentes nacionales y calidad de los mismos.	No existen políticas ni prácticas de comparación de los procesos de la organización con los mejores	No existen políticas ni prácticas de comparación de los procesos de la organización con los mejores.	Se encuentra en etapa temprana de comparación con las mejores prácticas de algunos procesos, productos y servicios solicitados en el estándar.	Se encuentra en etapa madura de comparación con las mejores prácticas a nivel nacional de áreas, productos, factores y/o servicios claves solicitados en el estándar	Los resultados son comparados con referentes nacionales e internacionales y se ubican en niveles cercanos a las tendencias de clase mundial. Cuenta con un sistema de evaluación y mejora de los sistemas de comparación.

Tomado de: Resolución 1445 de 2006 anexo técnico N°2

Posterior a la calificación de todos los estándares, se identificó un promedio de calificación por cada una de las secciones, para su posterior análisis y se realizó la descripción cualitativa.

FASE 2: una vez seleccionada la muestra intencional de los colaboradores y recolectada la información de la encuesta, ésta fue tabulada en el programa Excel para establecer en cada una de las preguntas formuladas positiva y negativamente, siguiendo, con la metodología propuesta por la AHRQ (Sorra, Franklin, & Streagle, 2008), la frecuencia relativa de cada ítem.

Teniendo en cuenta las sugerencias metodológicas de los autores de la encuesta, fueron combinadas las categorías de respuesta más baja, así como las de respuesta más alta, ejemplo:

¿En esta unidad hay un buen ambiente de trabajo?

% Muy en desacuerdo y en desacuerdo	% Ni de acuerdo ni en desacuerdo	% De acuerdo y muy de acuerdo
-------------------------------------	----------------------------------	-------------------------------

Se mantuvieron las opciones de respuesta originales, asignando un porcentaje de cumplimento en cada valor. A pesar de que la metodología propuesta por AHRQ sugería dar como valor perdido las respuestas de no sabe/no responde, en este estudio se tuvieron en cuenta, a fin de reflejar el desconocimiento o falta de importancia respecto a algunos de los ítems.

Adicionalmente, para cada categoría se asignó el porcentaje de respuestas positivas, aplicando la siguiente fórmula:

Σ Número de respuestas positivas en los ítems de una dimensión

Número de respuestas totales en los ítems de una dimensión

Lo que permitió identificar las fortalezas y las oportunidades, las cuales fueron recodificadas siguiendo la metodología propuesta por los autores de la encuesta (Sorra, Franklin, & Streagle, 2008).

Para clasificar un ítem o una dimensión como **fortaleza** fueron empleados los siguientes criterios alternativos:

- $\geq 75\%$ de respuestas positivas («de acuerdo/muy de acuerdo» o «casi siempre/siempre») a preguntas formuladas en positivo.
- $\geq 75\%$ de respuestas negativas («en desacuerdo/muy en desacuerdo» o «nunca/raramente») a preguntas formuladas en negativo.

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

- $\geq 50\%$ de respuestas negativas («en desacuerdo/muy en desacuerdo» o «raramente/nunca») a preguntas formuladas en positivo.
- $\geq 50\%$ de respuestas positivas («de acuerdo/muy de acuerdo» o «casi siempre/siempre») a preguntas formuladas en negativo.

Al final de cada categoría se realizó el análisis respectivo, teniendo en cuenta la metodología. En las dimensiones correspondientes a la caracterización de la población encuestada y a las percepciones generales sobre seguridad, se realizaron diagramas de barra para ilustrar la información respectiva.

8. RESULTADOS Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

8.1 RESULTADOS FASE 1

8.1.1 Hallazgos por grupo de estándares

8.1.1.1 Estándares de gestión clínica o asistencial

➤ Política institucional

La gerencia es explícita con la importancia del tema de seguridad del paciente, por ello cuenta con una política institucional, la cual hace parte del direccionamiento estratégico de la unidad de atención

- **Formulación:** en la formulación se tiene en cuenta y se documenta la conformación de una estructura funcional y la implementación de estrategias que permiten incentivar el reporte voluntario de los eventos con el fin de mitigar errores en la prestación del servicio, buscando la calidad del mismo.
- **Implementación:** para la implementación, existe planeación con respecto a herramientas sistemáticas, orientadas a evitar el señalamiento y la punición, sin embargo, es deficiente la socialización de las mismas.
- **Evaluación:** la evaluación se dirige al análisis de casos donde se describen todas las acciones y barreras que se presentaron durante la ocurrencia del evento adverso.
- **Despliegue:** las estrategias organizacionales están direccionadas a conformar el equipo de trabajo responsable de la ejecución de la política. Se establecen las metodologías (rondas de seguridad, seguimientos a riesgos, seguimiento de guías clínicas, detección, intervención y seguimiento de eventos adversos), definiendo responsables y objetivos, los cuales están documentados teniendo en cuenta el enfoque pedagógico del error.

El proceso de despliegue y de capacitación con respecto al tema es esporádico y reactivo, no existe evaluación de la percepción de la importancia de la seguridad del paciente en los funcionarios ni en los pacientes. Y las

evaluaciones de tendencia hacia la mejora y el desempeño superior, corresponden a los casos analizados y a los hallazgos de rondas de seguridad.

- Reporte de eventos adversos: existe un proceso completo documentado para el reporte de los eventos adversos, con herramientas específicas para su ejecución y adicionalmente, con insumos que permiten un análisis sistemático, así como una gestión y evaluación adecuadas. Sin embargo, al contar con un proceso planeado, en el momento de la ejecución y su extensión en la unidad de atención se evidencian deficiencias, lo cual puede llevar a una subutilización del proceso.
- Seguridad en medicamentos: la planeación del proceso incluye la verificación de la entrega de los medicamentos, la cual es realizada por el prestador. Para evitar eventos adversos relacionados con medicamentos, la estrategia consiste en asegurar la realización de los ordenamientos de forma sistematizada y adicionalmente, se establecen mecanismos de seguimiento de los eventos adversos presentados. El prestador es quién garantiza la entrega de medicamentos, pero la unidad de atención no reportó mecanismos de verificación propios, ni de vigilancia activa al uso de antibióticos en todos los casos. Únicamente se reportó seguimiento al programa materno perinatal. Esta categoría se caracterizó por tener un enfoque reactivo, que no está presente en todas las áreas. Se cuenta con información anecdótica y desarticulada que no ofrece evidencia de tendencias en el logro de la aplicación de este parámetro.
- Seguridad en la prestación del servicio: la unidad de atención cuenta con herramientas informáticas para garantizar la correcta identificación del paciente. Adicionalmente, mediante la socialización de guías clínicas de forma semanal, se coordinan los procedimientos para el análisis e interpretación de diagnósticos y de ayudas diagnósticas.
La unidad cuenta con un proceso desarrollado para el seguimiento de pacientes, el cual es un componente fundamental del enfoque preventivo de la política de seguridad de la atención.

Con respecto a la oportunidad de acceso a servicios médicos, cuenta con estrategias internas para asegurar la atención, sin embargo, los servicios prestados externamente han representado dificultad en este aspecto.

Cuenta con indicadores que evalúan el impacto, los cuales permiten generar acciones puntuales para la intervención del riesgo.

La unidad de atención documenta, estandariza y socializa de forma organizada esta categoría, estando presente en diferentes áreas con enfoques proactivos y preventivos que son evaluados a partir de hechos. Sin embargo, se identifican carencias en el despliegue respecto a pacientes y funcionarios.

- Seguridad en el personal asistencial: entre las prácticas a resaltar se encontró la motivación permanente de espacios de comunicación abierta para tratar los casos presentados con un enfoque pedagógico no punitivo. Entre los aspectos críticos se resaltan: 1) la deficiente implementación de un sistema de pausas activas que prevenga el cansancio del personal de salud; y 2) la inexistencia de mecanismos para archivar y custodiar, de manera adecuada, los consentimientos informados.
- Seguridad en pacientes: aunque la organización defina que se debe orientar, programar y gestionar la política de seguridad del paciente, mediante una alianza con las familias, no se evidencia el desarrollo de procesos educativos para el usuario en ese sentido. En este aspecto, los reportes sobre las estrategias son anecdóticos y esporádicos, dando cuenta de la inexistencia de un proceso implementado y evaluado.

8.1.1.2 Estándares de apoyo administrativo

- Direccionamiento: la seguridad del paciente es, para la unidad de atención, una estrategia de competitividad y por lo tanto es considerada como uno de los aspectos más importantes de la misión. Está integrada con otras políticas y procesos de la institución, es orientada desde la alta gerencia, promoviendo,

desarrollando y evaluando acciones para su ejecución. Adicionalmente, la organización garantiza que las competencias organizacionales y las requeridas para cada cargo, garanticen la orientación del personal hacia la seguridad del paciente.

- Gerencia: el documento de la política de atención segura se basa en la metodología IBEAS, como referente para evaluar la frecuencia con la cual ocurren eventos adversos.

Con respecto a los recursos destinados para la seguridad del paciente, se evidencia que hacen parte de los recursos destinados de forma indirecta para la prestación del servicio.

- Talento humano: se garantiza que el talento humano tenga las competencias para las actividades a desarrollar. Todo el proceso está documentado, estableciendo las funciones del personal profesional y no profesional. En el perfil de cargo del Director de Unidad y los médicos, se incluye como actividad, la participación en la política de seguridad del paciente. En contraste con ello, las profesiones no médicas no tienen descrita esta actividad en cada perfil de cargo.

La capacitación y el entrenamiento, constituyen una herramienta fundamental que está alineada con el direccionamiento estratégico, lo cual busca la disminución de los riesgos en salud. En ese contexto, es de resaltar que la unidad de atención cuenta con diversas herramientas para capacitar, de forma clara.

La seguridad para los funcionarios, se basa en estrategias que buscan garantizar el cumplimiento de la responsabilidad encomendada a cada colaborador.

- Ambiente físico: para garantizar un manejo seguro del ambiente físico se cuenta con estrategias de verificación mensuales, protocolos de limpieza y desinfección, así como protocolos para casos de reúso. Sin embargo, dichos procedimientos no son conocidos por la totalidad del personal. La principal

dificultad en relación con ello, radica en la inexistencia de un proceso de documentación diario de las actividades.

Las medidas de bioseguridad han sido planeadas y actualmente, su gestión corresponde a la disposición de desechos hospitalarios, la optimización en el lavado y desinfección de áreas y la verificación de las condiciones ambientales que minimicen riesgos de infección. Sin embargo, se reconoce que aún es necesario implementar procesos de capacitación para la totalidad del personal, a fin de lograr su implementación en la unidad.

Para la prevención de infecciones asociadas a la atención en salud, la unidad cuenta con un manual de bioseguridad, que incluye medidas de lavado de manos y uso de alcohol glicerinado, uso de elementos de protección personal, según la labor desempeñada y la vacunación requerida, de acuerdo al perfil del cargo y funciones.

➤ Gestión de la tecnología

En la unidad de atención, se identifican procesos para reparaciones, mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos utilizados en la prestación de los servicios de salud, procesos que garantizan que se minimicen los riesgos. Se cuenta con medidas de soporte técnico capacitado y entrenado en el mantenimiento. Sin embargo, no reportan cronogramas de entrenamiento al personal en el uso adecuado de la tecnología. Lo anterior da cuenta del despliegue en enfoque, pero no de implementación.

➤ Gerencia de la información

Se cuenta con herramientas para el registro y la obtención de información en tiempo real, pero únicamente en algunos procesos, con respecto a seguridad de la atención el sistema empleado no genera informes de eventos adversos presentados. Los informes generados con los indicadores, se realizan en excel y se envían vía correo electrónico por correo los 5 primeros días del mes.

Como falencia se encuentra que en ocasiones la información para toma de decisiones, se pierde por fallas en los equipos. El sistema de información,

garantiza la seguridad de los registros en la historia clínica, mediante la creación de contraseñas para cada perfil.

8.1.2 Fortalezas por grupo de estándares

8.1.2.1 Estándares de gestión clínica y asistencial

- La unidad de atención cuenta con una estructura funcional para la seguridad del paciente, así como con estrategias para la implementación y evaluación de su política de seguridad, mediante el despliegue de diversos procesos que se encuentran documentados.
- Cuenta con un sistema de reporte que permite el análisis sistemático de los casos relacionados con la seguridad en la atención que se presenten en la unidad.
- La política de seguridad del paciente se integra en todas las estrategias de la unidad de atención.
- Es una unidad de atención que desarrolla un proceso de evaluación, intervención y seguimiento de las fallas relacionadas con los servicios de salud, promoviendo el aprendizaje organizacional y evitando acciones punitivas frente a los casos presentados.
- Desarrolla estrategias de fortalecimiento de la cultura de la calidad del servicio y para ello, cuenta con una política de calidad centrada en el mejoramiento continuo de los procesos.
- Continuamente, las guías clínicas son socializadas, lo cual permite establecer criterios para la toma de decisiones en el manejo de la atención en salud.
- Se cuenta con indicadores que permiten evaluar el impacto de la estructura, los procesos y los resultados.

8.1.2.2 Estándares de apoyo administrativo

- El tema de seguridad en la prestación de los servicios hace parte del direccionamiento estratégico.

- Se garantiza la orientación personal, alineándola con el direccionamiento estratégico de la organización y evaluando el desempeño de cada colaborador para tomar los correctivos necesarios.
- Se cuenta con mecanismos para desarrollar el mejoramiento de la calidad en salud.
- Se cuenta con un programa de formación integral al colaborador permanente, lo cual fortalece las competencias requeridas para cada labor, así como para la organización.
- Durante la evaluación realizada, la unidad de atención mostró interés en el manejo adecuado de los procesos que tienen impacto sobre el ambiente físico, un plan de gestión de residuos hospitalarios y similares y la evaluación permanente de las condiciones ambientales en rondas de seguridad realizadas mensualmente.
- Durante el año de evaluación, se destaca la remodelación de las instalaciones donde funciona la unidad de atención ambulatoria objeto de estudio, lo cual es expresión del mantenimiento de instalaciones seguras.

8.1.3 Oportunidades de mejoramiento por grupo de estándares

8.1.3.1 Estándares de gestión clínica y asistencial

- Es importante fortalecer el reporte de eventos adversos mediante incentivos, a fin de lograr una mayor documentación de los mismos y afianzar la cultura por la seguridad.
- Desarrollar planes de capacitación o formación en el tema de seguridad del paciente a todos los funcionarios de la unidad de atención, estableciendo estrategias de difusión constante sobre la política.
- Socializar los protocolos de registros y reporte de eventos adversos mediante ejemplos claros, así como sensibilizar sobre la importancia en su acción cotidiana.

- Coordinar procesos de retroalimentación (comunicación de doble vía) con prestadores externos en el tema de seguridad del paciente.
- Asegurar el acceso a los formatos de registro de eventos adversos para evitar la pérdida de información.
- Documentar de forma confidencial cada caso, evitando incluir los nombres de los funcionarios implicados.
- Evaluar el conocimiento de los funcionarios, así como sus percepciones sobre seguridad del paciente y retroalimentar sus resultados.
- Establecer mecanismos de comparación con mejores prácticas nacionales o internacionales, así como determinar el desempeño de los indicadores en el tiempo.
- Establecer procesos claros sobre los mecanismos empleados para vincular al paciente y su familia en el tema de seguridad de la atención, permitiendo que identifique sus posibles riesgos y factores que pudieran alertarlo.

8.1.3.2 Estándares de apoyo

- Incluir en todos los perfiles de cargo, tanto en profesiones médicas como no médicas, la participación en el mantenimiento y mejora de la política de seguridad en la atención.
- Socializar, constantemente, la política de seguridad del paciente, como estrategia para desarrollar la cultura de la seguridad en la unidad de atención.
- Socializar el manual de bioseguridad a todos los funcionarios de la unidad.
- Verificar constantemente las condiciones de medidas de bioseguridad determinadas por la unidad.
- Fortalecer la adherencia a protocolos, mediante el registro diario de información de actividades, verificación de técnicas y revisión de fechas de apertura de insumos utilizados para profilaxis de higiene de manos.
- Garantizar la aplicación de las vacunas exigidas según la función desempeñada.

- Garantizar el proceso de sistematización de información del paciente que ha sido diligenciada en medio físico para evitar la pérdida de la información (historias clínicas, formulación y consentimiento informado).
- Generar en el sistema de la historia clínica, una alerta con respecto a las alergias a medicamentos.
- Soportar las actividades de información a usuarios en seguridad del paciente.
- Realizar constantemente la actualización de guías clínicas.
- Establecer mecanismos de acción para asegurar la atención, de acuerdo con la prioridad que requiere la enfermedad o condición clínica, especialmente con prestadores externos.
- Fortalecer el seguimiento directo de adherencia a tratamientos en todos los grupos de población.
- Documentar las estrategias de integración del paciente y su familia, teniendo en cuenta el suministro de información oportuna y de calidad en el proceso de atención.
- Fortalecer las medidas necesarias para evitar el cansancio en el personal de salud, mediante la implementación de pausas activas.
- Ejecutar, de forma inmediata, las recomendaciones brindadas por la aseguradora de riesgos laborales, respecto de la evaluación de los puestos de trabajo.
- Definir un proceso de referenciación competitiva frente a lo definido en los estándares de Acreditación.

8.1.4 Resultados cuantitativos

Tomando como base la escala de calificación y metodología definida en la Resolución 123 de 2011 y la 1445 de 2006 anexo 2, se presentan a continuación los resultados del nivel de desarrollo cuantitativo en que se encuentran los estándares de Acreditación que aplican para servicios de atención ambulatoria.

Tabla 6. Consolidado de calificaciones gestión clínica o asistencial según estándares de Acreditación

CALIFICACIONES GESTIÓN CLINICA O ASISTENCIAL UNIDAD BÁSICA DE ATENCIÓN	
ESTANDAR	CALIFICACION
NIVEL MAXIMO	5,00
POLÍTICA INSITUCIONAL	2,19
REPORTE DE EVENTOS ADVERSOS	2,58
SEGURIDAD EN MEDICAMENTOS	1,76
SEGURIDAD EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO Y PACIENTES	0,98

Fuente: Elaboración propia resultado de la investigación

Tabla 7. Consolidado de calificaciones en estándares de apoyo, según estándares de Acreditación

CALIFICACIONES ESTÁNDARES DE APOYO		
Estándar		Puntuación
DIRECCIONAMIENTO	Alineación	3,3
	Acciones	3,0
	Orientación personal	3,73
	Integración con otros procesos	3,73
GERENCIA	Comparación con referentes	2,24
	Recursos	0,93
TALENTO HUMANO	Competencias	3,19
	Educación y capacitación	2,7
	Seguridad en colaboradores	2,43
AMBIENTE FÍSICO	Mecanismos	2,04
	Medidas de bioseguridad	2,4
GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA		2,0
GERENCIA DE LA INFORMACIÓN	Gestión de la información en seguridad del paciente	1
	Sistemas de información	1,18
	Sistemas informáticos	2,11

Fuente: Elaboración propia resultado de la investigación

8.1.5 Conclusiones fase 1

De acuerdo con los resultados generales de esta fase de investigación cualitativa y cuantitativa, en la unidad de atención ambulatoria, se puede identificar que:

- Este nivel de atención ha avanzado en la implementación de la política de seguridad del paciente, debido a que los procesos planeados referentes al tema, hacen parte de la plataforma estratégica de la unidad, siendo reconocida como una condición que genera acciones necesarias para actuar y producir cambios en la forma de prestar servicios de salud.
- Para la implementación de la política de seguridad del paciente, la transformación cultural es importante y es un aspecto que toma tiempo. Sin embargo, con el trabajo diario, vinculando los valores y principios en los que se apoya la política e involucrando a todo el equipo de salud de las organizaciones, se pueden crear entornos y procesos seguros.
- No es suficiente la planeación de las actividades si éstas no se encuentran ligadas a procesos permanentes de implementación y evaluación que permitan mostrar tendencias en el tiempo. En muchos de los estándares, la planeación fue efectiva, pero la falta de adherencia llevó a que lo planteado no se reflejara en el entorno.
- Frente a cada uno de los estándares, es importante establecer procesos completos, que incluyan el ciclo PHVA (Planear, hacer, verificar y actuar) como herramienta de mejoramiento continuo.
- La evaluación de los procesos, se debe realizar de forma cotidiana a fin de permitir la identificación de las brechas que impidan obtener el objetivo de prestar servicios con calidad. En relación con ello, se percibió que muchas de las evaluaciones de procesos, correspondieron a acciones reactivas y no proactivas, lo cual da cuenta de un proceso de evaluación poco estructurado y que no hace parte del día a día en la unidad.
- Aunque en algunos procesos, el despliegue reporta cierto grado de madurez, en términos generales, en la unidad de atención ambulatoria, aun no se ejecutan acciones que involucren a la familia y el usuario en la seguridad de la atención.
- El análisis de casos debe realizarse a partir del problema y no de las personas, ya que la promoción de un entorno no punitivo lleva al aprendizaje continuo.

8.2 RESULTADOS FASE 2

Como ha sido planteado desde la metodología, en la fase 2 se aplicó la encuesta para medir la cultura de la seguridad del paciente en un consultorio médico, elaborada por la Agencia para la Investigación y Calidad (AHRQ) (Sorra, Franklin, & Streagle, 2008), con la finalidad de documentar la perspectiva interna de los colaboradores con respecto a la seguridad del paciente en la unidad de atención.

La herramienta que se utilizó fue diseñada para medir la cultura de la seguridad del paciente, únicamente en servicios de atención ambulatoria, mediante la identificación de las opiniones de los colaboradores, así como para evaluar el impacto de las iniciativas en seguridad del paciente abarcando los problemas de seguridad y calidad.

Una sugerencia metodológica de la encuesta, fue la aplicación de la misma al personal de facturación, personal de apoyo, enfermería, profesiones no médicas y médicos; así como a los colaboradores con mayor tiempo en la unidad de atención.

Durante los meses de octubre y noviembre 2012, fue suministrado el cuestionario en un formato físico a 29 empleados de la unidad de atención ambulatoria. En total, fueron distribuidas 35 encuestas, tan solo 6 personas decidieron no responder. El personal seleccionado estaba compuesto por: 1) personal sanitario, es decir, todo médico, asociado médico, especialista, psicólogos, terapeutas, enfermeras, que diagnostica, trata a los pacientes y receta medicamentos; y 2) personal no sanitario, es decir todas las demás personas que trabajan en la unidad de atención).

8.2.1 Hallazgos

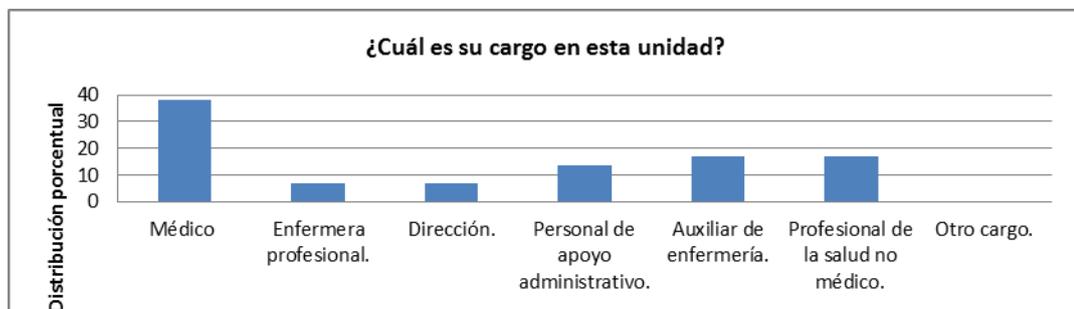
8.2.1.1 Caracterización de la población encuestada

La mayor parte de los encuestados fueron médicos (38%), seguido de auxiliares de enfermería (17%) y personal de salud no médico (17%) (Ver gráfico 1). De la totalidad

de encuestados el 97% estaba vinculado a la planta de la unidad de atención ambulatoria. (Ver gráfico 2).

Es importante señalar que la mayor parte de la población encuestada (41%), reportó trabajar en la institución desde hace más de tres años (Ver gráfico 3), tiempo en el cual la política de Seguridad del Paciente se ha implementado en la unidad de atención ambulatoria evaluada. También es significativo que existe un porcentaje sustancial de población recién vinculada, quienes podrían dar cuenta de los procesos de inducción al personal nuevo, en lo relativo a la Política de Seguridad de la Atención.

Gráfico 1. Distribución de la población por cargos



Fuente: Elaboración propia resultado de la investigación

Gráfico 2. Vinculación laboral

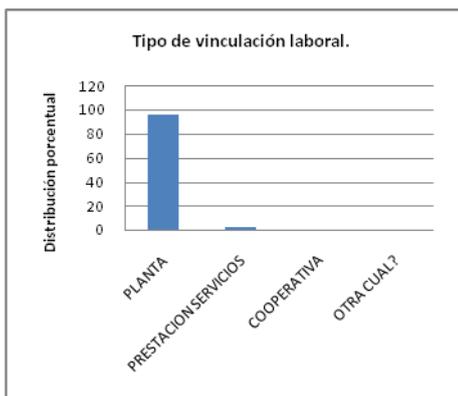
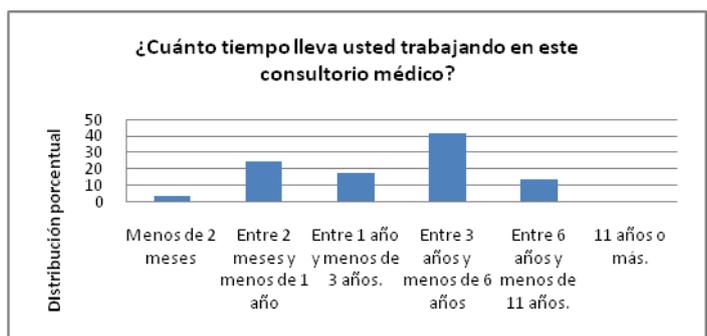


Gráfico 3. Tiempo laborado en la unidad

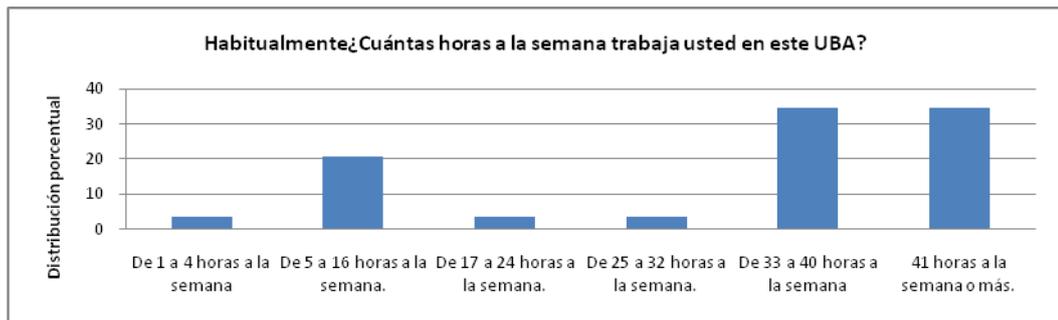


Fuente: Elaboración propia resultado de la investigación

En relación con la dedicación laboral, la mayor parte de los encuestados trabaja más de 33 horas a la semana (Ver gráfico 4, lo cual es relevante en tanto se trataría de personal que debido a la importante cantidad de horas laboradas semanalmente,

probablemente tenga una mayor familiaridad con los procesos de atención. En relación con ese mismo aspecto, es relevante indicar que más de la mitad del personal (59%) encuestado reporto cumplir con turnos de trabajo en la mañana y en la tarde (Ver Gráfico 5).

Gráfico 4. Horas de trabajo semanal



Fuente: Elaboración propia resultado de la investigación

Gráfico 5. Turnos de trabajo



Fuente: Elaboración propia resultado de la investigación

8.2.1.2 Resultados de las 12 dimensiones

1. Lista de cuestiones que afectan la seguridad de los pacientes y la calidad

¿Con qué frecuencia sucedieron las siguientes cosas en su consultorio médico EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES?

Tabla 8. Distribución porcentual de cuestiones que afectan la seguridad de los pacientes y la calidad

	PORCENTAJE DE RESPUESTAS NEGATIVAS				PORCENTAJE DE RESPUESTAS POSITIVAS		
	Diariamente ▼	Semanal- mente ▼	Mensual- mente ▼	Varias veces en los últimos 12 meses ▼	Una o dos veces en los últimos 12 meses ▼	No sucedió en los últimos 12 meses ▼	No aplica o no sabe ▼
Acceso al cuidado médico							
Un paciente no pudo conseguir una cita en un plazo de 48 horas para un problema grave o serio.	17 %	28%	10%	7%	7%	3%	28%
Identificación del paciente							
Se utilizó la historia clínica equivocada para un paciente.				14%	3%	28%	55%
Historias clínica							
No estaba disponible la historia clínica de un paciente cuando se necesitaba.					7%	55%	38%
Se archivó, escaneó o ingresó la información médica en la historia clínica que no correspondía al paciente.....				7%	14%	34%	45%
Equipo médico							
El equipo médico no funcionaba adecuadamente o necesitaba reparación o reemplazo		3%	21%	21%	17%	17%	21%
Medicamentos							
Una farmacia se comunicó con nuestro consultorio para clarificar o corregir una prescripción.			4%	7%	10%	41%	38%
La lista de medicamentos del paciente no se actualizó durante su visita.		4%	10%	4%	17%	34%	31%
Diagnósticos y pruebas							
Los resultados de pruebas del laboratorio o de imágenes no estaban disponibles cuando se necesitaban.	7%	14%	24%	17%	10%	4%	24%
No se le dio seguimiento a un resultado crítico <u>anormal</u> de una prueba del laboratorio o de imágenes en un plazo de 1 día hábil.			14%	3%	21%	24%	38%
TOTAL DEL PORCENTAJE DE RESPUESTAS POSITIVAS SIN INCLUIR LA RESPUESTA NO SABE NO RESPONDE	76,3%			TOTAL DEL PORCENTAJE DE RESPUESTAS NEGATIVAS SIN INCLUIR LA RESPUESTA NO SABE NO RESPONDE		23,7	

Fuente: Elaboración propia resultado de la investigación

En las nueve preguntas sobre los aspectos que pueden suceder en una unidad de atención ambulatoria y que afectan la seguridad del paciente y la calidad, los hechos que obtuvieron las mayores calificaciones negativas fueron: el no obtener una cita para un problema de salud grave o serio y no tener disponibles los resultados de pruebas de laboratorio de manera oportuna, con un 55% y 45% respectivamente, cuya percepción de frecuencia es diaria, semanal y mensual. Con respecto a los otros indicadores de identificación de los pacientes, manejo de historias clínicas y el equipo médico se percibe que son procesos que no representan riesgo para la seguridad del paciente en la unidad.

En esta categoría, las respuestas positivas alcanzaron el 76,3%, lo cual indica una buena calificación para este ítem, derivando, de este modo, en una fortaleza.

2. Intercambio de información

En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia la UBA ha tenido problemas para intercambiar información precisa, completa y oportuna con:

Tabla 9. Distribución porcentual en la categoría intercambio de información

	PORCENTAJE DE RESPUESTAS NEGATIVAS			PORCENTAJE DE RESPUESTAS POSITIVAS			
	Problemas diariamente ▼	Problemas semanalmente ▼	Problemas mensualmente ▼	Problemas varias veces en los últimos 12 meses ▼	Problemas una o dos veces en los últimos 12 meses ▼	No hubo problemas en los últimos 12 meses ▼	No aplica o no sabe ▼
Laboratorios o centros de imágenes externos?	7%	14%	17%		7%	24%	31%
Otros consultorios médicos o médicos externos?	10%	10%	10%	4%		31%	35%
Farmacias?	7%	3%			3%	28%	59%
Hospitales?	7%	4%	10%	14%	7%	17%	41%
TOTAL DEL PORCENTAJE DE RESPUESTAS POSITIVAS SIN INCLUIR LA RESPUESTA NO SABE NO RESPONDE	53,5			TOTAL DEL PORCENTAJE DE RESPUESTAS NEGATIVAS SIN INCLUIR LA RESPUESTA NO SABE NO RESPONDE		46,5	

Fuente: Elaboración propia resultado de la investigación

De los 4 aspectos evaluados sobre el intercambio de información con otros prestadores, el ítem con mayor número de aspectos negativos corresponde a la

comunicación con laboratorios o centros de imágenes externos con un porcentaje de calificación de 38%. En lo que a farmacias y hospitales respecta, llama la atención el porcentaje de personas que manifestaron desconocer el tema, ya que en la práctica, estas dos entidades son los prestadores que tienen una relación frecuente con la unidad.

3. Trabajo en equipo

Tabla 10. Distribución porcentual de percepción de trabajo en equipo

	RESPUESTA NEGATIVA		RESPUESTA POSITIVA	
¿Qué tan de acuerdo o en desacuerdo está usted con las siguientes afirmaciones?	Muy en desacuerdo y en desacuerdo ▼	Ni de acuerdo ni en desacuerdo ▼	De acuerdo y muy de acuerdo ▼	No aplica o no sabe ▼
Cuando alguien en esta UBA está muy ocupado, este recibe ayuda de otros	10%	28%	62%	0%
En esta UBA hay un buen ambiente de trabajo entre el equipo.	28%	17%	55%	0%
En esta UBA nos tratamos con respeto.	4%	10%	86%	
Esta UBA promueve el trabajo en equipo para atender a los pacientes.	17%	14%	66%	3%
TOTAL DEL PORCENTAJE DE RESPUESTAS POSITIVAS SIN INCLUIR LA RESPUESTA NO SABE NO RESPONDE	67,5	TOTAL DEL PORCENTAJE DE RESPUESTAS NEGATIVAS SIN INCLUIR LA RESPUESTA NO SABE NO RESPONDE	15	

Fuente: Elaboración propia resultado de la investigación

Las respuestas a las indagaciones sobre los aspectos positivos en relación con el trabajo en equipo, dan cuenta de una unidad de atención que se caracteriza por una cultura de colaboración interdisciplinaria y de respeto mutuo, lo cual estaría indicando la existencia de un modelo de liderazgo interdisciplinario en la organización, en la cual el trabajo en equipo es fundamental para la obtención de mejores resultados. Sin embargo, se debe reconocer que aún, este liderazgo no es claro para todos, ya que existe un 45 % que no lo percibe de esa manera.

4. Presión y ritmo de trabajo

Tabla 11. Distribución porcentual de percepción en presión y ritmo de trabajo

¿Qué tan de acuerdo o en desacuerdo está usted con las siguientes afirmaciones?	Muy en desacuerdo y en desacuerdo ▼	Ni de acuerdo ni en desacuerdo ▼	De acuerdo y muy de acuerdo ▼	No aplica o no sabe ▼
En la UBA a menudo nos sentimos apresurados cuando estamos atendiendo a los pacientes. (aspecto negativo)	14%	24%	62%	0%
Tenemos demasiados pacientes para la cantidad de proveedores de atención médica en esta UBA (aspecto negativo)	7%	7%	79%	7%
Tenemos suficiente personal No sanitario para atender a la cantidad de pacientes.	52%	3%	28%	17%
Este consultorio tiene demasiados pacientes para poder manejar todo de manera eficiente. (aspecto negativo)	38%	3%	52%	7%
TOTAL DEL PORCENTAJE DE RESPUESTAS POSITIVAS SIN INCLUIR LA RESPUESTA NO SABE NO RESPONDE	23,7	TOTAL DEL PORCENTAJE DE RESPUESTAS NEGATIVAS SIN INCLUIR LA RESPUESTA NO SABE NO RESPONDE	66,5	

Fuente: Elaboración propia resultado de la investigación

En esta Unidad de atención se reconoce que hay personal No sanitario (personal de apoyo) suficiente para atender el volumen de pacientes. Sin embargo, un aspecto percibido como negativo es que los proveedores de servicios de salud no satisfacen la demanda de usuarios, la cual consideran elevada. Este elemento podría estar asociado a la existencia de un ritmo de trabajo agitado, de acuerdo a la percepción de los encuestados. En ese contexto, y ante el elevado porcentaje de respuestas negativas (66.5%), esta dimensión se constituye en una oportunidad de mejora.

5. Capacitación del personal

Tabla 12. Distribución porcentual de percepción en capacitación del personal

¿Qué tan de acuerdo o en desacuerdo está usted con las siguientes afirmaciones?	Muy en desacuerdo y en desacuerdo ▼	Ni de acuerdo ni en desacuerdo ▼	De acuerdo y muy de acuerdo ▼	No aplica o no sabe ▼
Este consultorio entrena al personal NO sanitario cuando se establecen procedimientos nuevos.	3%	21%	55%	21%
Este consultorio se asegura de darle al personal No sanitario el entrenamiento que necesitan para su trabajo.	3%	3%	80%	14%
Al personal No sanitario de este consultorio se les pide que hagan tareas para las cuales no han sido entrenados (aspecto negativo)	55%	21%	10%	14%
TOTAL DEL PORCENTAJE DE RESPUESTAS POSITIVAS SIN INCLUIR LA RESPUESTA NO SABE NO RESPONDE	75,3	TOTAL DEL PORCENTAJE DE RESPUESTAS NEGATIVAS SIN INCLUIR LA RESPUESTA NO SABE NO RESPONDE	5,6	

Fuente: Elaboración propia resultado de la investigación

En este ámbito, el 75,3% de las respuestas fueron positivas, lo que evidencia que una de las fortalezas de la unidad de atención ambulatoria es la capacitación del personal

en nuevos procesos. Aunque las restricciones existentes para la asignación de tareas al personal que no se encuentra capacitado para tal fin representan el 55%, es importante tener en cuenta el porcentaje de desacuerdo. No implementar esta característica en su totalidad, genera una brecha que pone en riesgo la gestión por la seguridad.

6. Estandarización de procesos en la Unidad de Atención ambulatoria

Tabla 13. Distribución porcentual de percepción en estandarización de procesos de la unidad

¿Qué tan de acuerdo o en desacuerdo está usted con las siguientes afirmaciones?	Muy en desacuerdo y en desacuerdo ▼	Ni de acuerdo ni en desacuerdo ▼	De acuerdo y muy de acuerdo ▼	No aplica o no sabe ▼
Esta UBA es más desorganizada de lo que debe ser (aspecto negativo)	59%	14%	24%	3%
Tenemos procedimientos adecuados para evaluar que el trabajo en la UBA se ha realizado correctamente.	20%	0%	66%	14%
En esta UBA tenemos problemas con la organización y distribución del trabajo.(aspecto negativo)	28%	21%	34%	17%
El personal No sanitario sigue procedimientos estandarizados al hacer el trabajo	4%	17%	72%	7%
TOTAL DEL PORCENTAJE DE RESPUESTAS POSITIVAS SIN INCLUIR LA RESPUESTA NO SABE NO RESPONDE	62	TOTAL DEL PORCENTAJE DE RESPUESTAS NEGATIVAS SIN INCLUIR LA RESPUESTA NO SABE NO RESPONDE	23,7	

Fuente: Elaboración propia resultado de la investigación

La percepción general es que la Unidad de Atención es organizada y tiene procedimientos estandarizados y evaluados, los cuales son realizados por el personal, y permite la realización correcta del trabajo. Sin embargo, es importante analizar el porcentaje de desacuerdo (23,7%), ya que da cuenta que no todos los procesos son percibidos por el total de los colaboradores. Con respecto a la organización y distribución del trabajo, la inconformidad manifestada alcanza el 34%.

7. Comunicación y receptividad

Tabla 14. Distribución porcentual de percepción en comunicación y receptividad

¿Con qué frecuencia suceden las siguientes cosas en la UBA?	Nunca y rara vez ▼	Algunas veces ▼	La mayoría de las veces y siempre ▼	No aplica o no sabe ▼
El personal sanitario escucha las ideas del personal NO sanitario para mejorar los procedimientos de la UBA.	4%	48%	38%	10%
Se anima al personal NO sanitario a expresar otros puntos de vista en esta UBA	10%	35%	38%	17%
El personal NO sanitario teme hacer preguntas cuando algo parece estar mal (aspecto negativo)	45%	14%	17%	24%
Es difícil expresar desacuerdo en esta UBA. (aspecto negativo)	45%	31%	17%	7%
TOTAL DEL PORCENTAJE DE RESPUESTAS POSITIVAS SIN INCLUIR LA RESPUESTA NO SABE NO RESPONDE	48,7	TOTAL DEL PORCENTAJE DE RESPUESTAS NEGATIVAS SIN INCLUIR LA RESPUESTA NO SABE NO RESPONDE	14,5	

Fuente: Elaboración propia resultado de la investigación

Entre los elementos a destacar se encuentra el hecho de que el personal sanitario de la unidad es receptivo frente a las ideas del personal no sanitario sobre la manera de mejorar los procesos internos, así como la facilidad para expresar los desacuerdos y los puntos de vista alternativos.

8. Seguimiento del cuidado del paciente

Tabla 15. Distribución porcentual de percepción en seguimiento del cuidado del paciente

¿Con qué frecuencia suceden las siguientes cosas en la UBA?	Nunca y rara vez ▼	Algunas veces ▼	La mayoría de las veces y siempre ▼	No aplica o no sabe ▼
El centro recuerda a los pacientes cuándo deben citarse para revisiones o actividades preventivas.	10%	21%	55%	14%
Esta UBA documenta qué tan bien nuestros pacientes con enfermedades crónicas siguen su plan de tratamiento.		3%	90%	7%
La UBA hace seguimiento cuando no se recibe el informe de un paciente atendido por un proveedor externo de atención médica.	6%	14%	59%	21%
Esta UBA hace seguimiento a los pacientes que se necesitan monitorear.	7%	10%	73%	10%
TOTAL DEL PORCENTAJE DE RESPUESTAS POSITIVAS SIN INCLUIR LA RESPUESTA NO SABE NO RESPONDE	78,5	TOTAL DEL PORCENTAJE DE RESPUESTAS NEGATIVAS SIN INCLUIR LA RESPUESTA NO SABE NO RESPONDE	7,2	

Fuente: Elaboración propia resultado de la investigación

El seguimiento a pacientes puede ser destacado como una fortaleza, ya que el 78,5 % de respuestas fueron positivas y ello se basa en el hecho de que el personal que labora en la Unidad de Atención, recuerda a los pacientes sobre sus citas de revisión o preventivas, así como, sobre los planes de tratamiento y el seguimiento de pacientes y de intervenciones realizadas en otro centro de atención médica.

9. Comunicación acerca del error

Tabla 16. Distribución porcentual de percepción en comunicación acerca del error

¿Con qué frecuencia suceden las siguientes cosas en la UBA?	Nunca y rara vez ▼	Algunas veces ▼	La mayoría de las veces y siempre ▼	No aplica o no sabe ▼
El personal NO sanitario cree que sus errores son considerados en su contra. (aspecto negativo)	28%	31%	7%	34%
Todo el equipo habla abiertamente sobre problemas del funcionamiento la UBA.	17%	31%	45%	7%
En esta UBA buscamos la manera para que los errores no se cometan de nuevo.	0%	17%	76%	7%
El personal NO sanitario está dispuesto a informar de errores que observan en este consultorio	11%	3%	62%	24%
El personal sanitario está dispuesto a informar de errores que observan en este consultorio.	7%	4%	86%	3%
El personal sanitario siente que sus errores son usados en su contra (aspecto negativo)	55%	10%	21%	14%
TOTAL DEL PORCENTAJE DE RESPUESTAS POSITIVAS SIN INCLUIR LA RESPUESTA NO SABE NO RESPONDE	67,6	TOTAL DEL PORCENTAJE DE RESPUESTAS NEGATIVAS SIN INCLUIR LA RESPUESTA NO SABE NO RESPONDE	12,7	

Fuente: Elaboración propia resultado de la investigación

A pesar de que el personal no sanitario está dispuesto a informar los errores que observa en la unidad, percibe que, algunas veces y la mayoría de las veces, los errores pueden ser usados en su contra o desconoce cuáles son las consecuencias de esta situación, lo cual refleja que no existe una cultura estructurada por la seguridad del paciente. Se destaca la disposición del personal sanitario para reportar errores que se observen en la unidad y la no punición de ello, así como la búsqueda de acciones para evitar que los errores ocurran nuevamente.

10. Soporte de liderazgo para la seguridad del paciente.

Tabla 17. Distribución porcentual de percepción de soporte y liderazgo

¿Qué tan de acuerdo o en desacuerdo está usted con las siguientes afirmaciones sobre <u>los propietarios, socios directores o la dirección de su consultorio médico?</u>	Muy en desacuerdo y en desacuerdo ▼	Ni de acuerdo ni en desacuerdo ▼	De acuerdo y muy de acuerdo ▼	No aplica o no sabe ▼
No invierten suficientes recursos para mejorar la calidad del cuidado en este consultorio (aspecto negativo)	57%	10%	33%	0%
Dejan pasar por alto los errores en el cuidado de los pacientes que se cometen una y otra vez. (aspecto negativo)	81%	9%	10%	0%
Le dan alta prioridad a mejorar los procedimientos de cuidado del paciente.	5%	19%	76%	0%
Con demasiada frecuencia sus decisiones se basan en lo que es mejor para la UBA y no en lo que es mejor para los pacientes. (aspecto negativo)	38%	5%	52%	5%
TOTAL DEL PORCENTAJE DE RESPUESTAS POSITIVAS SIN INCLUIR LA RESPUESTA NO SABE NO RESPONDE	63,5	TOTAL DEL PORCENTAJE DE RESPUESTAS NEGATIVAS SIN INCLUIR LA RESPUESTA NO SABE NO RESPONDE	25,7	

Fuente: Elaboración propia resultado de la investigación

A pesar de no dejar pasar por alto los errores en los procesos de atención al paciente, apoyando activamente la mejora de los procedimientos, se percibe, que las decisiones que se adoptan al respecto, con frecuencia, buscan beneficiar a la unidad de atención, antes que a los pacientes, lo cual es considerado como una debilidad (52% de respuestas negativas).

11. Aprendizaje organizacional

Tabla 18. Distribución porcentual de percepción de aprendizaje organizacional

¿Qué tan de acuerdo o en desacuerdo está usted con las siguientes afirmaciones?	Muy en desacuerdo y en desacuerdo ▼	Ni de acuerdo ni en desacuerdo ▼	De acuerdo y muy de acuerdo ▼	No aplica o no sabe ▼
Cuando hay un problema en nuestro consultorio vemos si es necesario cambiar la manera en que hacemos las cosas.	10%	10%	76%	4%
Esta UBA modifica sus procesos para garantizar que los mismos errores no vuelvan a ocurrir	7%	7%	79%	7%
Después de que en este consultorio se hacen cambios para mejorar los procedimientos de cuidado del paciente, comprobamos si los cambios funcionaron.	14%	14%	62%	10%
TOTAL DEL PORCENTAJE DE RESPUESTAS POSITIVAS SIN INCLUIR LA RESPUESTA NO SABE NO RESPONDE	75,3	TOTAL DEL PORCENTAJE DE RESPUESTAS NEGATIVAS SIN INCLUIR LA RESPUESTA NO SABE NO RESPONDE	10,6	

Fuente: Elaboración propia resultado de la investigación

Las respuestas frente al aprendizaje organizacional, indican que la unidad de atención cuenta con una cultura de aprendizaje, en la cual es posible, no solo transformar los procesos internos para mejorar la calidad de la atención, sino que adicionalmente, existe una evaluación sobre los cambios implementados. Se trata de una fortaleza dado el total del porcentaje de respuestas positivas en esta dimensión fue del 75,3 %.

12. Percepciones generales de seguridad del paciente y calidad del cuidado.

Tabla 19. Distribución porcentual de percepción de seguridad del paciente y calidad del cuidado

¿Qué tan de acuerdo o en desacuerdo está usted con las siguientes afirmaciones?	Muy en desacuerdo y en desacuerdo ▼	Ni de acuerdo ni en desacuerdo ▼	De acuerdo y muy de acuerdo ▼	No aplica o no sabe ▼
Los procedimientos de la UBA son buenos para prevenir errores que puedan afectar a los pacientes.	10%	14%	69%	7%
Los errores se cometen más de lo debido en esta UBA. (aspecto negativo)	52%	10%	24%	14%
Es sólo por casualidad que no cometemos más errores que podrían afectar a nuestros pacientes. (aspecto negativo)	59%	7%	17%	17%
En esta UBA la cantidad de trabajo es más importante que la calidad de la atención. (aspecto negativo)	45%	10%	35%	10%
TOTAL DEL PORCENTAJE DE RESPUESTAS POSITIVAS SIN INCLUIR LA RESPUESTA NO SABE NO RESPONDE	85	TOTAL DEL PORCENTAJE DE RESPUESTAS NEGATIVAS SIN INCLUIR LA RESPUESTA NO SABE NO RESPONDE	24,5	

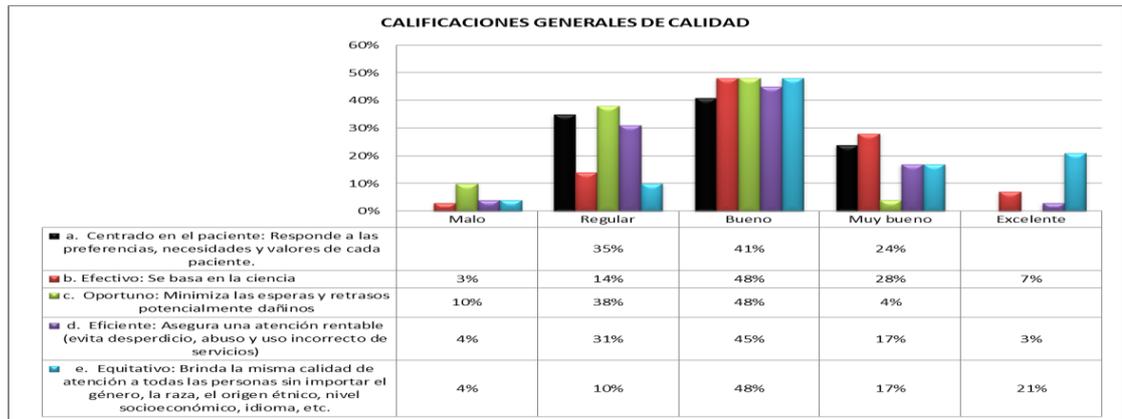
Fuente: Elaboración propia resultado de la investigación

En este caso, se identifica que los procedimientos de la unidad de atención previenen que se produzcan más errores de lo debido. Sin embargo, en algunas ocasiones se percibe que la cantidad de trabajo es más importante que la calidad de la atención a los pacientes, con lo cual se estaría dejando en un segundo plano la seguridad del paciente, así como la calidad del cuidado.

13. Calificaciones generales de calidad

En general, ¿cómo calificaría a la UBA en cada una de las siguientes áreas de calidad del cuidado de salud?

Gráfico 6. Calificaciones generales de calidad

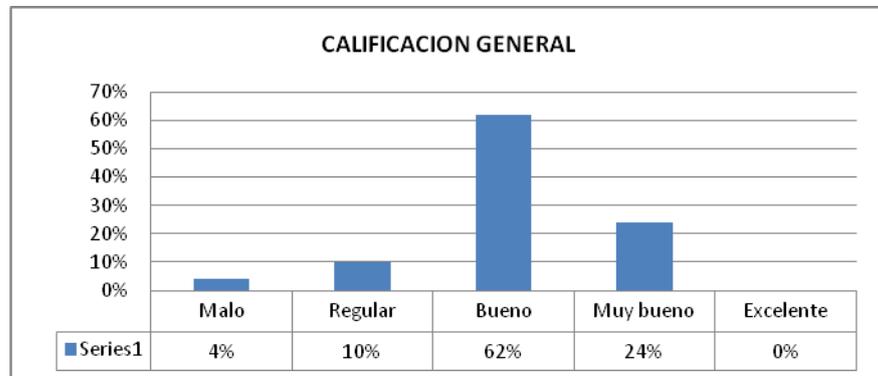


Fuente: Elaboración propia resultado de la investigación

En términos generales, con respecto a las cinco categorías evaluadas que brindan calificaciones sobre la calidad, se reconoce que el servicio de la Unidad es bueno. Sin embargo, las debilidades se encuentran en el enfoque centrado en el paciente, la oportunidad en la atención y la eficiencia, aspectos que son relevantes en la percepción de la prestación del servicio y que pueden afectar la seguridad del paciente.

La calificación general sobre los aspectos clínicos que la Unidad de Atención básica tiene establecidos para prevenir, detectar y corregir problemas que tienen el potencial de afectar a los pacientes también se aprecia como bueno. Los resultados se presentan en la siguiente gráfica:

Tabla 20. Calificación general de la unidad de atención



Fuente: Elaboración propia resultado de la investigación

COMENTARIOS ADICIONALES DE LOS ENCUESTADOS

En la sección final de cada uno de los cuestionarios se indaga sobre aspectos adicionales que los encuestados consideraban que podrían afectar la seguridad de los pacientes.

Las principales sugerencias a tener en cuenta, se refieren al funcionamiento de los equipos de cómputo y el sistema de registro virtual de la información, los cuales pueden afectar el desarrollo de la consulta médica. También se señaló la importancia de contar con dotación suficiente y en buen estado en cada uno de los consultorios. En relación con el personal, se manifestó la necesidad de: 1) contar con la disponibilidad permanente del Director o la Coordinadora de la unidad para la solución de inconvenientes; 2) ampliar el recurso humano para evitar demoras y esperas prolongadas en la atención; y 3) implementar una estrategia que posibilite la realización de pausas activas para evitar el cansancio del personal médico y no médico, ya que en la actualidad, el volumen de pacientes de la unidad impide esta posibilidad.

8.2.1.3 Fortalezas

- El sistema empleado para la identificación del paciente y para asegurar un adecuado manejo de las historias clínicas, son percibidos como aspectos que contribuyen a asegurar la seguridad en la atención.
- Con respecto al talento humano, se reconoce que las acciones de colaboración y respeto mutuo que favorecen el trabajo en equipo ofrecen indicios de implementación.
- Adicionalmente, la capacitación constituye otra herramienta que fortalece la seguridad. Este punto es importante debido a que la falta de habilidad o conocimiento clínico constituye uno de los errores más frecuentes en medicina general (National Patient Safety Agency, 2005).

- Se destaca que la unidad de atención cuenta con procesos de gestión frente a diversas situaciones que pueden poner en riesgo la seguridad de los pacientes.
- La comunicación y receptividad permiten que en la unidad se reconozcan las observaciones que se realizan, generando un diálogo abierto entre compañeros y con ello, se reconoce que los errores presentados, corresponden a un proceso multidisciplinar que deriva de fallas en un sistema y no de acciones individuales.
- Los seguimientos a los pacientes permiten revisar las soluciones que hayan sido implementadas en la atención en salud y comprobar la respuesta al manejo instaurado. Adicionalmente, permiten mayor empoderamiento en la prestación del servicio y la prevención de enfermedades crónicas (Nease, Green , & Klinkman, 2003)El personal de salud de la unidad, cuenta con disposición y reconoce la importancia del registro de los errores que afectan la seguridad del paciente, adicionalmente la unidad de atención tiene en cuenta los mismos para implementar mecanismos de gestión, aprovechando las oportunidades de mejora.

8.2.1.4 Oportunidades de mejoramiento

- Mejorar la oportunidad en las citas, especialmente las relacionadas con especialistas y prestadores externos.
- Mejorar la oportunidad y disponibilidad de entrega de resultados de laboratorios e imágenes diagnósticas.
- Fortalecer mecanismos de intercambio adecuado de información de la unidad con los hospitales y farmacias.
- Fortalecer el recurso humano necesario y suficiente para la atención en salud
- Revisar y definir la distribución de trabajo requerida según perfiles y cargos que incluya procesos de pausas activas.

- Definir, aplicar y evaluar las competencias requeridas por cargo y perfil. Incorporar en la Política de Seguridad de Paciente y en especial en lo referente al reporte, al personal no sanitario generando mecanismos e incentivos de forma no punitiva.
- Incorporar elementos desde el direccionamiento estratégico hacia la política de seguridad de paciente para que los beneficios y resultados de gestión estén centrados tanto en la organización como en el paciente. Incorporar a la política de seguridad de paciente elementos de evaluación centrados en la calidad de atención en salud.

8.2.2 Conclusiones fase 2

De acuerdo con los resultados generales de esta fase de investigación sobre la percepción de la seguridad del paciente en la unidad de atención ambulatoria, fue posible identificar los siguientes aspectos:

- En la atención ambulatoria, la capacitación en guías clínicas y la estandarización de procesos hacen parte de las fortalezas en la implementación de la política de seguridad del paciente para la prevención de riesgos.
- El compromiso de aprendizaje continuo, el trabajo en equipo y la apertura a la comunicación, son condiciones que requieren de un fortalecimiento constante, en la medida en que son respuesta a los valores y principios que se deben imprimir a la política de seguridad en la atención.

El seguimiento a los pacientes hace parte del aseguramiento en la continuidad de la atención y en la vigilancia a procedimientos realizados, lo cual repercute en el proceso requerido para no pasar por alto los errores.

- La creación de una cultura de seguridad requiere de la colaboración interdisciplinaria y del compromiso de todos los profesionales y departamentos.
- Como debilidades generales en la prestación de servicios en la unidad de atención ambulatoria, el intercambio de información con otros prestadores, la

oportunidad de citas con especialistas, así como la inoportuna disponibilidad de ayudas diagnósticas, son aspectos que eventualmente incrementan los riesgos para los pacientes.

- Dado el volumen de población atendida y la deficiente demanda de personal sanitario para su atención, el riesgo en la seguridad del paciente se incrementa, como consecuencia de la elevada carga laboral que puede conducir al cansancio del personal de salud.
- La percepción inadecuada de la punición frente al evento adverso, está relacionada con el desarrollo de actividades de capacitación sobre el tema de seguridad, en las cuales no participa la totalidad del personal, tanto sanitario como no sanitario.
- Las acciones intermitentes o aisladas frente al despliegue de la política de seguridad en la atención, en todos sus componentes, obstaculizan la generación de un cambio cultural en ese ámbito.
- La cultura organizacional es el resultado de un largo proceso de aprendizaje, que basado en actividades continuas de educación, ligadas a la seguridad en la atención del paciente, posibilita a los colaboradores, no solo apropiarse de los valores y principios de la seguridad del paciente, sino también hacerlos parte de sus actividades cotidianas.

9. RESULTADOS CORRELACIONALES DE LAS FASES APLICADAS EN LA INVESTIGACIÓN

9.1 ESTÁNDAR ASISTENCIAL

La gerencia es explícita con el tema de seguridad del paciente y esta acción fue reconocida por el personal asistencial y de apoyo, se reconoce la importancia de la transformación de los procesos internos y la evaluación de sus cambios.

En el despliegue y la capacitación con respecto al tema de seguridad del paciente, se identificaron deficiencias en el proceso, las cuales fueron identificadas como debilidad

por parte de los funcionarios, adicionalmente uno de los grupos encuestados (personal de apoyo) refiere miedo a actos punitivos al reportar eventos adversos.

El proceso de vigilancia de medicamentos, en la fase 1 da cuenta de deficiencias en el seguimiento y la entrega de los mismos, esta situación, representa para los funcionarios una deficiencia.

Se reconoce el seguimiento a los pacientes como un proceso adecuado, en las dos fases, fue identificado como fortaleza, lo cual da cuenta de una adecuada planeación, despliegue y evaluación de esta actividad.

A pesar de contar con mecanismos para asegurar la atención, los funcionarios la reportan como una debilidad que puede poner en riesgo la seguridad de los pacientes.

Con respecto al cansancio del personal de salud, éste no se tiene en cuenta en lo referente a pausas activas, las cuales refieren los encuestados que se considera como una debilidad.

En la planeación y ejecución de los procesos en seguridad del paciente, se evidenció en las dos fases la deficiente participación del paciente y su familia en todo el proceso de seguridad en la atención, se percibe que las acciones tienen un enfoque que busca beneficios para la EPS y no para los pacientes.

9.2 DIRECCIONAMIENTO

La seguridad del paciente es una estrategia de competitividad, se integra a otras políticas y procesos, sin embargo los recursos destinados a la seguridad del paciente hacen parte de los recursos destinados en forma indirecta a la prestación del servicio. Los funcionarios perciben esta situación, pero, aseguran que en la unidad no se dejan pasar los errores por alto y se busca que los mismos tengan un efecto pedagógico.

9.3 GERENCIA

La seguridad del paciente es orientada desde la alta gerencia promoviendo y desarrollando acciones para su ejecución, asegurando competencias organizacionales

y las requeridas por cargo, pero los funcionarios perciben que la cantidad de trabajo es más importante que la calidad del mismo.

9.4 TALENTO HUMANO

Las competencias y los perfiles de cargo con respecto a las actividades en seguridad del paciente, son únicamente reportadas a los médicos y directores de unidad sin incluir este tipo de actividades en todo el personal. Por lo tanto, en la fase 2 se identificó que el personal médico es quien más apoya la política y el personal de apoyo es quien refiere miedos ante actos punitivos.

9.5 AMBIENTE FÍSICO

Aunque existen protocolos de bioseguridad, la deficiente difusión de los mismos ha impedido que los funcionarios lo pongan en práctica en su rutina diaria.

9.6 GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA

Es reconocida como un aspecto importante desde su planeación hasta su ejecución, por lo tanto no representó un factor de riesgo en la seguridad del paciente.

9.7 GERENCIA DE LA INFORMACIÓN

Aunque la unidad cuenta con registro electrónico de historias, fue evidenciado que algunos documentos (historias manuales, consentimientos informados, fórmulas manuales) los cuales constituyen un componente importante de las historias clínicas pueden extraviarse, lo cual pone en riesgo la confidencialidad del documento y por ende la seguridad del paciente. Adicionalmente los funcionarios refieren que la comunicación con laboratorios externos y otros consultorios es inoportuna.

10. CONCLUSIONES GENERALES

La investigación correspondió a un estudio descriptivo de caso en una unidad de atención ambulatoria, por lo tanto, las conclusiones presentadas a continuación no pretenden ser generalizables, pero sí, buscan dar una visión de la dinámica actual de la seguridad del paciente en el nivel ambulatorio de atención en salud.

- En escenarios complejos, es importante resaltar que no basta con el establecimiento de los procedimientos, ni con la estandarización de los mismos, que aunque son aspectos importantes, se deben complementar con el desarrollo de actividades que permitan contrastar la proyección con la gestión efectiva.
- En los procesos estratégicos de la unidad de atención ambulatoria, fue evidente que la alta dirección favorece la gestión activa de riesgos y que este sentir, fue manifestado por los colaboradores de la unidad de atención, quienes expresaron que los errores no se pasan por alto, ya que se reconoce que cada uno de ellos, conduce a un proceso de aprendizaje, con el que se busca mitigar la reaparición de condiciones que afecten la seguridad en la atención.
- Adicionalmente, los eventos adversos son observados desde una perspectiva sistemática. Esto quiere decir que, en la identificación de los mismos, se tienen en cuenta los procesos estratégicos, de soporte y operativos, así como las exigencias en términos de cooperación y comunicación abierta, entendiendo que los errores se presentan por fallas en la estructura, es decir, que la problemática nos reduce a las fallas del personal.
- En el proceso de implementación de la cultura de la seguridad fue identificada la importancia que reviste la educación continua, desde los procesos estratégicos hasta los procesos operativos en la seguridad de la atención. Sin embargo, es necesario reconocer que dichos procesos de educación, además

de reforzar el conocimiento de guías clínicas de atención, las cuales permiten tomar decisiones adecuadas en salud, también deben enfocarse en los manuales y los protocolos de bioseguridad, con la finalidad de que estos sean implementados en las labores cotidianas.

- Sin embargo, con respecto a la inversión en recursos y la toma de decisiones con respecto al tema de la seguridad, en el escenario de la operación del servicio ambulatorio, la percepción corresponde a acciones en beneficio centrado en la unidad de atención y no en el paciente.
- Con respecto a la presión de trabajo y la cantidad del mismo, aunque en la unidad se establece el número de pacientes por profesional, se fue percibido que en este nivel de atención, la cantidad de trabajo es más importante que la calidad.
- En un modelo de prestación de servicios que tenga en cuenta el tema de seguridad del paciente, además de tener en cuenta los elementos estructurales y de procesos, debe incluir y determinar la interacción del flujo de trabajo, los prestadores de servicios, el personal asistencial, los pacientes y sus familias.
- La implementación de la política de seguridad del paciente, depende de la relación con la cultura organizacional la cual es conducida por los valores y objetivos de la institución. La seguridad del paciente, además de reflejar una conciencia en asuntos de calidad durante la prestación del servicio, también da cuenta de problemas ocasionados por el despilfarro (facturación, historias duplicadas, sobreprescripción de medicamentos) y el abuso o infrautilización de prácticas de atención y tratamientos.
- Es necesario constantemente rediseñar procesos y el aprendizaje continuo, buscando mejores prácticas de atención. Para ello, es de vital importancia, escuchar a los pacientes y sus familias, así como a todos los funcionarios.
- En la creación de una cultura de la seguridad, se hace necesaria la colaboración de todos los funcionarios y el compromiso de cada una de las profesiones y áreas, teniendo en cuenta un modelo de liderazgo, en el cual se respetan los puntos de vista de todos los miembros de una institución.

BIBLIOGRAFÍA

- Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. (2008). *Estudio APEAS: Estudio sobre la Seguridad de los Pacientes en Atención Primaria en Salud*. Madrid: Ministerio de sanidad y consumo. Centro de Publicaciones.
- Barrera, E., Rodriguez, J., & Bedoya, J. (2005). Aproximaciones teóricas a los conceptos de organización e institución. *Revista Admistración & Desarrollo*, 44, 42-67.
- Berman, P. (2000). Organización de la atención de salud ambulatoria: un determinante decisivo del desempeño de los sistemas de salud en los países en desarrollo. *Bulletin of the World Health Organization*, 791- 802.
- Brennan, T. A., & Leape, L. (1991). Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. *New England Journal of Medicine*.
- Corrigan, J., Donadson, M., & Kohn, L. (2000). *To err is human, Building a Safer Health System. Comite on quality of health care in America*. Washington D.C: National Academy Press.
- Dulmen, Simone, Tacken, Margot, Staal, Bart, Gaal, Sander, & Wensing, Michel. (2011). Patient safety in primary allied health care: What can we learn from incidents in a Dutch exploratory cohort study? *Medical Care*, 1089- 1096.
- Fein, A., Chang, S., Merwin, S., Ost, D., & Heffner, J. (2011). Defining and Measuring patient safety in the critical Care Unit. En R. IRWIN, & J. RIPPE, *Irwin and Rippe's Intensive Care Medicine*. Lippincott Williams & wilkins.
- Franco, A. (2006). *Fundamentos en seguridad al paciente. Para la disminución de los errores médicos*. Cali, Colombia: Programa editorial Universidad del Valle.
- Leape, L. L. (2008). Alcance del problema e historia de la seguridad del paciente, Harvard School fo public health. *Clínicas obstétricas y Ginecológicas de Norteamérica*, 35(1).
- Luengas, S. (2009). Seguridad del paciente: un modelo organizacional para el control sistemático de los riesgos en la atención en salud. *Documentos de trabajo de la Fundación Corona*. Bogotá: Fundación Corona -Centro de Gestión Hospitalaria.
- Ministerio de la Protección Social. (2007). *Guía Práctica de Preparación para la Acreditación en Salud*. Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia.
- Ministerio de la Protección Social. (2007). *Herramientas para promover la estrategia de la seguridad del paciente en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en salud*. Bogotá: Fundación ICONTEC.

- Ministerio de la Protección Social. (04 de Marzo de 2010). Guía técnica "Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud". *Dirección general de calidad de servicios. Unidad sectorial de normalización versión 001*.
- Ministerio de la Protección Social. (Octubre de 2011). *Manual de acreditación en salud, ambulatorio y hospitalario. Colombia Versión 03*. Bogotá, Colombia.
- Ministerio de la Protección Social Colombia. (2008). *Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente*. Bogotá DC: Ministerio de la Protección Social.
- Ministerio de la Protección Social Colombia. (2009). *Primer Informe Nacional de Calidad de la Atención en Salud "INCAS Colombia 2001"*. Bogotá.
- Ministerio de Sanidad Política Social. (2010). *Estudio Prevalencia de Efectos Adversos en hospitales de Latinoamérica*. Madrid: Ministerio de Sanidad Política Social.
- Ministerio de Sanidad y Consumo, Secretaria General de Sanidad. España. (2005). *Estudio nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización ENEAS 2005, Informe 2006*. Madrid: MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO PUBLICACIONES.
- Ministerio de Sanidad Y Política Social España. (2009). *Análisis de la cultura sobre seguridad el paciente en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud Español*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social Publicaciones.
- National Patient Safety Agency. (2005). *Siete pasos para la seguridad del paciente en la atención primaria*. Londres.
- Nease, D., Green , L., & Klinkman, M. (2003). Real-Time Clinical Reminder System Improves Performance on Quality Measures.
- OMS. (2008). *La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. La investigación en seguridad del paciente. Mayor conocimiento para una atención más segura*. Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud. (2009). *Marco conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente . Versión 1.1 Informe técnico*. OMS.
- Perdomo Rubio, A., & Martínez Siva, P. (Julio- Diciembre de 2010). Agentes y campos sociales en la seguridad del paciente en tres hospitales de Bogotá. *Gerencia Política salud,* 150-178.
- Quinto Neto, A. (Octubre - diciembre de 2006). Segurança dos pacientes, profissionais e organizações: um novo padrão de assistência à saúde. *Revista de administração em saúde,* 8(33).
- Ralston, J., & Larson, E. (2005). Crossing to safety: Transforming Healthcare Organizations for Patient Safety. *Center For Health Studies, group health cooperative*.

Rodriguez, C. (2007). Hacia una política nacional de seguridad del paciente. Importancia de la acreditación en salud. *Normas y calidad*(72).

Sorra, J., Franklin, M., & Streagle, S. (December de 2008). Medical office survey on Patient Safety Culture. (08 (09)-0059). (M. Rockville, Ed.) Agency for Health Care Research and Quality.