

EDICIÓN 01

DICIEMBRE 2024

Revista

# GCM

Conocimiento,  
experiencia e  
investigación.

La voz del  
paciente

La seguridad del  
paciente es de  
todos.

# LO DAMOS

**TODOS**



Grupo  
Clínica  
Médicos

REVISTA GCM 2024

Edición 01 – Diciembre 2024.

ISSN: 3028-7391 (En línea).

Ciudad de edición:

Valledupar, Cesar, Colombia.

Responsable Legal:

Clínica Médicos S.A.

NIT: 824001041-6.

Dirección: Calle 14 #17 – 47, Barrio Alfonso López.

Valledupar – Cesar.

Teléfono: 605 5847612.



# **Revista GCM - LO DAMOS TODO**

## **Conocimiento, experiencia e investigación**

### **La Voz del Paciente**

---

**Liyibeth Lozano Guerrero**  
Editor de la revista.

**Andrea Carolina Gómez Anaya**  
Compilador de la revista.

**Laudis Yulieth Duncan Montaña**  
Director de la revista.

## **AUTORIDADES INSTITUCIONALES**

### **AUTORIDADES ADMINISTRATIVAS**

**Carlos Humberto Arce García**  
Presidente Grupo Clínica Médicos

**Andrea Carolina Gómez Anaya**  
Dirección de Proyectos Universitarios





# CONTENIDO

**02**

Presentación.

**03**

Artículos de Seguridad  
del Paciente desde la  
Investigación.

**15**

Artículos de seguridad del  
paciente desde experiencias  
significativas.

# PRESENTACIÓN

El intercambio de conocimientos y experiencias son clave para mejorar la calidad de la atención que brindamos a nuestros pacientes. Por ello, esta revista busca ser un faro de información, inspiración y cambio. Estamos encantados de compartir los conocimientos e ideas que surgieron durante el 1er Simposio de Seguridad del Paciente del Grupo Clínica Médicos.

Mantenemos nuestro compromiso con la mejora de la atención médica y la promoción de la seguridad del paciente en nuestra región, escuchar a nuestros pacientes y velar por su seguridad, es nuestra prioridad. Es por ello que es importante generar conciencia de la problemática en los trabajadores de la salud, y garantizar procesos de mejoramiento continuo. La seguridad del paciente es una tarea de todos y este espacio académico permitirá aprender sobre los procesos y procedimientos que se pueden implementar en instituciones de salud de cualquier nivel de atención, para garantizar calidad y seguridad en los servicios que brindamos.

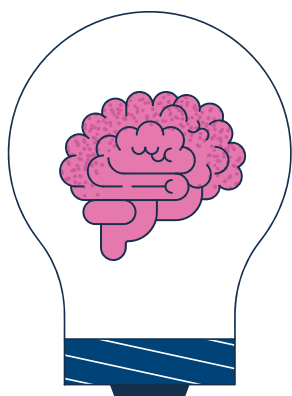
En esta primera edición, encontrarán una selección de artículos, reflexiones y estudios presentados por expertos y líderes en seguridad del paciente. Seguiremos promoviendo la educación, la investigación y la colaboración interdisciplinaria para avanzar en el campo de la atención médica y la seguridad del paciente.

Agradecemos sinceramente a todos los autores, colaboradores, patrocinadores y, por supuesto, a nuestros lectores por su apoyo y compromiso. Esperamos que esta primera edición sea una fuente de inspiración y conocimiento, y que sirva como un recurso valioso en nuestro camino hacia una atención médica más segura y efectiva.





# ARTÍCULOS DE SEGURIDAD DE PACIENTE DESDE LA INVESTIGACIÓN



El conocimiento científico sobre la seguridad del paciente es un aspecto importante de la atención sanitaria que no puede pasarse por alto en su mejoramiento, se develan necesidades, análisis, investigaciones en los centros de salud, y hacen aportes significativos en la prevención de errores médicos y eventos adversos, mejorando las buenas prácticas y resultados en las instituciones, beneficiando a los pacientes, su confianza y seguridad en la prestación del servicio de salud.

## “Seguridad del paciente es de todos”

Por lo tanto, las entidades de atención médica deben priorizar la seguridad del paciente implementando no solo medidas y procedimientos de seguridad efectivos para garantizar que los pacientes reciban la mejor atención posible; sino también, investigaciones propias como diagnósticos, seguimientos, autoevaluaciones y planes de mejoramiento producto de ellos, al hacerlo, los servicios prestados en la atención médica logran crear un entorno seguro para los pacientes, y da cuenta de la forma en que es visible la organización, calidad institucional y cualificación del recurso humano que la conforma.



# CULTURA ORGANIZACIONAL DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UNA INSTITUCIÓN SANITARIA DE ALTA COMPLEJIDAD

## ORGANIZATIONAL CULTURE OF PATIENT SAFETY IN A HIGHLY COMPLEX HEALTHCARE INSTITUTION

Laudis Yulieth Duncan Montaña. Instrumentadora quirúrgica, correo: laudisduncan@unicesar.edu.co - ORCID 0000-0002-6174-5861.

Lilibeth Chona Fuentes es Enfermera en la Clínica Médicos sede Alta Complejidad del Caribe, Valledupar, Colombia, segpaciente@clinicaaltacomplejidad.com

Olga Patricia Muñoz López, es médico, directora de calidad de la Clínica Médicos S.A, Valledupar, Colombia, Olga.munoz@clinicamedicos.com

Liyibeth Lozano Guerrero. Instrumentadora quirúrgica, correo: liyibethlozano@unicesar.edu.co - ORCID 0000-0002-8148-4478.

### Descripción ejecutiva de la experiencia

Este estudio, utilizando el informe del Instituto de Medicina (IOM) 2004 como una de sus referencias, demuestra el dominio de los enfermeros en la identificación de factores que favorecen los riesgos para la seguridad del paciente en el ambiente laboral, involucrando: estilo de gestión, asignación de tareas, programas de trabajo y cultura organizacional (1), citado por Rea y Parker donde afirman que las organizaciones son conscientes que además de medir, también deben evaluar la cultura de seguridad y que a partir de los resultados obtenidos se podrán establecer acciones orientadas a mejorar la organización (2).

Estudios similares donde se aborda la misma temática, indican que el 9,2% de los ingresos en instituciones sanitarias registraban uno o más eventos adversos, por consiguiente; el 43,5%, pudieron evitarse, dicho por De Vrides, citado en (2). La asiduidad de ocurrencia de eventos adversos varía en cada servicio en una misma institución sanitaria, pudiendo identificar servicios críticos como el área quirúrgica donde se registran incrementos de eventos adversos, al ser comparados con otros servicios no quirúrgicos, afirmado por Zeger, citado por (2).

Por otro lado, parece que las principales fallas en la administración de medicamentos pudieran

estar relacionados con la falta de cultura de atención segura (3). En la actualidad, son poco representativas las investigaciones nacionales o locales, que den a conocer posibles causas o factores que puedan incidir desfavorablemente de atención, quizás porque influyen en este tema aspectos propios de las regiones, recursos disponibles, talento humano mayormente cualificado que pueden estar más disponibles en las grandes ciudades frente a las ciudades pequeñas como es el caso que nos ocupa.

En relación a la problemática expuesta, la clínica objeto de estudio, emprendió desde el año 2022, el camino hacia la Acreditación en salud; este proceso contempla dos ejes transversales de gran importancia, a saber; la seguridad del paciente y la atención humanizada. Aunado a ello, la institución viene implementando paquetes instruccionales de seguridad del paciente, y dispone de una enfermera jefe que lidera el proceso, con el propósito de promover adherencia a la atención segura, además de medir y evaluar integralmente la cultura de seguridad que es lo que permitirá identificar e intervenir las debilidades identificadas.

En relación a la problemática expuesta, la clínica objeto de estudio, emprendió desde el año 2022, el camino hacia la Acreditación en salud; este proceso contempla dos ejes transversales de gran importancia, a saber; la seguridad del paciente y la atención humanizada. Aunado a ello, la institución viene implementando paquetes instruccionales de seguridad del paciente, y dispone de una enfermera jefe que lidera el proceso, con el propósito de promover adherencia a la atención segura, además de medir y evaluar integralmente la cultura de seguridad que es lo que permitirá identificar e intervenir las

Por consiguiente, la seguridad de la atención es un tema de gran relevancia y se hace necesaria la investigación para abordar de mejor manera el problema. Para ello, el presente estudio formuló como propósito principal: describir y evaluar la cultura de seguridad del paciente en una institución sanitaria de alta complejidad, en la ciudad de Valledupar, Cesar, Colombia.

Para alcanzar los objetivos del estudio, se utilizó el instrumento de Cultura de Seguridad del Paciente Hospitalario (HSOPSC), diseñada por la Agency for



Healthcare Research and Quality (AHRQ) y traducida al español(4). La encuesta logró dar respuesta a los objetivos específicos enfocados a comprender y describir las percepciones del apoyo administrativo que coadyuvan a la prestación de servicios sanitarios con calidad, además de identificar la opinión de los trabajadores en relación a comunicación de seguridad del paciente. Así mismo, valorar la opinión de los colaboradores en relación al trabajo en equipo, lo que permitió desarrollar estrategias y oportunidades para promover mejoras significativas en la atención de los pacientes.

## Materiales y métodos

La investigación es de carácter descriptivo y con corte transversal, (5) “los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades importantes de las personas, grupos, comunidades, o cualquier otro fenómeno a investigar”. Del mismo modo, la investigación cuantitativa hace alusión a técnicas experimentales aleatorias y cuasiexperimentales, pruebas estructuradas y sistemáticas, análisis estadístico multivariante y estudios muestrales con el positivismo como

base epistemológica, y la herramienta analítica es de tipo estadística numérica. Los métodos cuantitativos investigan conexiones entre hechos y causas o de causas y efectos, observándolos desde el exterior.

En relación a la unidad de análisis, ésta corresponde a una Institución sanitaria privada de alta complejidad, localizada

en el municipio de Valledupar, departamento del Cesar, Colombia. La Institución ha emprendido acciones importantes tendientes a favorecer la atención segura del paciente, como es la implementación de paquetes instruccionales del Ministerio de Salud, aunado a ello, estableció un lineamiento institucional para el reporte de un evento adverso y su respectivo análisis.

### Resultados

Cultura organizacional de seguridad de paciente en una institución sanitaria de alta complejidad.

Tabla 1. Grado de Seguridad del Paciente en su Unidad

| Grado de Seguridad del Paciente en su Unidad |     |     |
|----------------------------------------------|-----|-----|
| Excelente/Muy bueno                          | 291 | 78% |
| Aceptable                                    | 77  | 21% |
| Pobre/Malo                                   | 4   | 1%  |

Fuente: autores del proyecto 2023.

La mayoría del personal coinciden en afirmar que en sus servicios hay un buen grado de seguridad en la atención, teniendo en cuenta que desde el inicio de

vinculación laboral a la institución se tiene estipulado la socialización de la política y programa de seguridad de paciente en la inducción corporativa; adicionalmente, durante el año se realizan campañas periódicas educativas donde se promueven las buenas prácticas de atención, medición de la adherencia a los paquetes instruccionales del Ministerio de salud, rondas diarias de seguridad, y anualmente, se conmemora el día internacional de la seguridad del paciente, celebración que involucra a todos los servicios asistenciales y administrativos, incentivando la participación a través de juegos, presentaciones teatrales, capacitaciones masivas que permiten generar un ambiente de aprendizaje y entornos seguros en la atención asistencial.



### Resultados por dimensiones

Los resultados de frecuencia de respuesta positiva por cada dimensión se muestran a continuación:

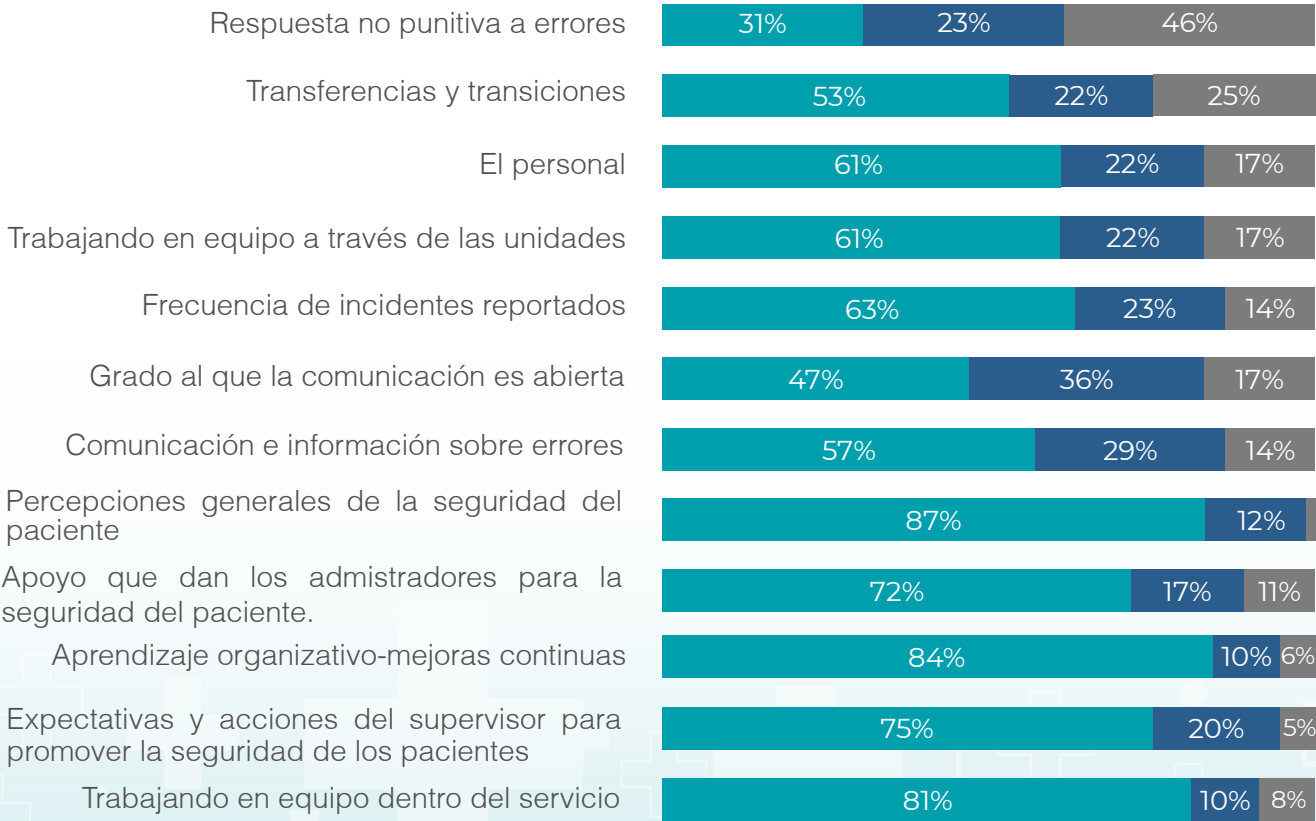
Tabla 2. Frecuencia positiva por dimensiones

| N° | Dimensión                                                         | % de respuesta positiva |
|----|-------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| 1  | Trabajando dentro del servicio.                                   | 81%                     |
| 2  | Expectativas y acciones del supervisor.                           | 68%                     |
| 3  | Aprendizaje organizativo- Mejoras continuas                       | 84%                     |
| 4  | Apoyo que dan los administradores para la seguridad del paciente. | 72%                     |
| 5  | Percepciones generales de la seguridad del paciente.              | 87% <sup>87%</sup>      |
| 6  | Comunicación e información sobre errores.                         | 57%                     |
| 7  | Grado al que la comunicación es abierta.                          | 47%                     |
| 8  | Frecuencia de incidentes reportados.                              | 63%                     |
| 9  | Trabajado e equipos a través de las unidades.                     | 61%                     |
| 10 | El personal.                                                      | 61%                     |
| 11 | Transferencias y transiciones.                                    | 53%                     |
| 12 | Respuesta no punitiva a errores.                                  | 46%                     |

Fuente: autores del proyecto 2023.

El estudio consideró como fortalezas, aquellas dimensiones que obtuvieron un resultado mayor del 80%, donde se encuentran: Trabajo en equipo dentro de las unidades; aprendizaje organizativo, mejoras continuas y percepciones generales de la seguridad del paciente. Asimismo, la institución determinó reconocer como oportunidades de mejora que debían ser priorizadas, las dimensiones que arrojaron un resultado menor del 60%, donde se encuentran: Comunicación sobre errores, grado de comunicación, transferencias, transiciones y finalmente, respuesta no punitiva a errores.

Resultados por tipo de respuesta de cada dimensión



% DE RESPUESTA POSITIVAS

% DE RESPUESTA NEGATIVAS

% DE RESPUESTA NEUTRAS

De las doce dimensiones evaluadas, las valoraciones de los participantes sobre la seguridad de la atención, obtuvo un resultado mayor correspondiente al 87%, lo que respalda el resultado obtenido en la sección E, estimada por medio de la pregunta grado de seguridad del paciente, la ocupó mayormente la valoración en el rango entre excelente y muy buena con el 78%.

En referencia al aprendizaje organizativo-mejoras continuas, se obtuvo un resultado satisfactorio del 84%, respaldan esta dimensión las preguntas formuladas con el propósito de conocer que actividades son dirigidas a mejorar la atención sanitaria. Por un lado, si los errores en la atención han generado cambios positivos en el servicio, y por el otro, si estos cambios identificados han sido evaluados con indicadores de efectividad.

Así mismo, se subrayan los resultados obtenidos en el aspecto del trabajo en equipo en los servicios, la cual obtuvo una valoración de cumplimiento equivalente al 81%, destacándose aspectos como; apoyo al trabajo en equipo cuando hay exceso de tareas en el servicio, el respeto y el trabajo colaborativo enfocado a culminar las tareas cuando alguien está sobrecargado de trabajo dentro de la unidad.

No obstante, las dimensiones con resultados intermedios, entendiéndose aquellas con cumplimiento entre el 60 y el 79%, distribuidas por competencias en consonancia con el direccionamiento estratégico de la institución y los factores contributivos relacionados con acciones inseguras contempladas en el protocolo de Londres.

Por lo anterior, se identificaron factores

asociados al equipo de trabajo, donde la gerencia del talento humano tiene un rol preponderante en la distribución de la carga laboral, contratación de personal supernumerario, condiciones de trabajo, asignación de turnos, entre otros. Las puntuaciones obtenidas asociadas a estos factores fueron: expectativas y acciones del supervisor, con el 68% y trabajo en equipo a través de las unidades, con el 61% y las relacionadas con personal que obtuvo un 61% de adherencia a la dimensión. Se identificó además la relación entre el factor contributivo de gerencia y organización, evaluado en la dimensión 4 que corresponde al apoyo que dan los administradores para la seguridad del paciente, que puntuó en el 72%, evidenciándose que es prioritaria la seguridad del paciente, y finalmente, las relacionadas a tarea y tecnologías, que involucra la frecuencia de incidentes dados a conocer con el 63% de cumplimiento.

Como oportunidades de mejora, se encausará el trabajo en las dimensiones que obtuvieron puntuación menor al 60%, iniciando con la dimensión relacionada a respuesta no punitiva de errores, que puntúa con un 46 % de adherencia, si bien la organización se esfuerza en dar a conocer que los reportes de eventos no traen consecuencias, sanciones o similares, ya que dentro de la gestión de los eventos de seguridad el análisis va encaminado a intervenir el proceso y no al responsable del error.

Lo anterior, en procura de una cultura justa de seguridad de la atención, transparencia, liderazgo efectivo, seguridad psicológica, que son los pilares adoptados por la institución. No obstante, persiste el temor por parte de los colaboradores en el reporte oportuno y voluntario, de las acciones inseguras, eventos adversos o centinela que puedan presentarse en cada servicio y que puedan generar fallas en la atención segura y que además puede comprometer a la reputación institucional.

Gráfico 1. Grado de Cumplimiento por Dimensiones



El estudio indica que el 79.7% de los encuestados tienen contacto estrecho con los pacientes, lo cual es un aumento en comparación con el 76% registrado en la base de datos de AHRQ en 2014. El 6% que dijo que no tenía contacto, incluye conductores y personal administrativo. En cuanto a la antigüedad en la institución, el 52,8% ha estado vinculado entre uno y cinco años, lo cual es positivo ya que las medidas de seguridad para el paciente deben ser continuas. La percepción general de la seguridad en la atención obtuvo una calificación del 78% de respuesta positiva, sin embargo, este valor debe considerarse como riesgoso debido a la probabilidad de ocurrencia de daños, que coincide con el cumplimiento mínimo de la institución que es del 80% (8).

En general, los trabajadores consideraron que el número de horas que trabajaban

por semana estaba relacionado con el tiempo de descanso-vigilia necesario para mantener el nivel de alerta necesario para los trabajadores de la salud. En este sentido, el 67% trabaja entre 40 y 59 horas semanales. Sin embargo, desde la perspectiva del personal en general, se encuentra que en algunos casos puede haber sobrecarga de trabajo, y las largas jornadas de trabajo provocarán eventos adversos, lo que significa que la seguridad de la atención estaría comprometida.

### Discusión

De las 12 dimensiones evaluadas, las que mejores puntuaron: percepciones generales de la seguridad de la atención, con un resultado mayor correspondiente al 87%, lo que respalda el resultado obtenido en la sección E, estimada por medio de la pregunta grado de seguridad del paciente, la ocupó mayormente la valoración en el rango entre excelente y muy buena con el

78%. En referencia al aprendizaje organizativo-mejoras continuas, se obtuvo un resultado satisfactorio del 84%, respaldan esta dimensión las preguntas formuladas con el propósito de conocer que actividades son dirigidas a mejorar la atención segura del paciente. Por un lado, si los errores en la atención han generado cambios positivos en el servicio, y por el otro, si estos cambios identificados han sido evaluados con indicadores de efectividad.

Así mismo, se destacan los resultados obtenidos en el aspecto de trabajo en equipo dentro del servicio, la cual obtuvo una valoración de cumplimiento equivalente al 81%, destacándose aspectos como: apoyo al trabajo en equipo cuando hay exceso de tareas en el servicio, el respeto y el trabajo colaborativo enfocado a culminar las tareas cuando alguien está sobrecargado dentro del servicio.

Como aspectos susceptibles de mejora, se encausará el trabajo en las dimensiones que obtuvieron puntuación menor al 60%,

iniciando con la dimensión relacionada a espuesta no punitiva de errores, que puntúa con un 46 % de adherencia, si bien la organización se esfuerza en dar a conocer que los reportes de eventos no traen consecuencias, sanciones o similares, ya que dentro de la gestión de los eventos de seguridad el análisis va encaminado a intervenir el proceso y no al sujeto.

Según lo anterior, se recomienda fomentar una cultura de reporte de incidentes, además de reforzar los enfoques no punitivos o de cuestionamiento para minimizar la sub-notificación, eliminando sentimientos de culpa y de vergüenza asociadas. (9). La revisión bibliográfica realizada reveló que las percepciones la cultura de seguridad diferían entre servicios o unidades, lo que sugiere que la complejidad de esas áreas juega un rol preponderante. Sin embargo, se encontró que la cultura no punitiva era baja, mientras que el apoyo del gobierno de la seguridad de atención superaba el 50 % en todos los casos revisados, excepto los Países Bajos.

## BIBLIOGRAFÍA

1. ESPINEL JR. ANÁLISIS DE LA POLÍTICA PÚBLICA COLOMBIANA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE Y SUS IMPLICACIONES PARA ENFERMERÍA. Phys Rev E [Internet]. 2011; Available from: <http://www.ainfo.inia.uy/digital/bitstream/item/7130/1/LUZARDO-BUIATRIA-2017.pdf>
2. VICENTE LÓPEZ PINZÓN, RAMÍREZ MAPVAL. MEDICIÓN DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE PRIMER NIVEL EN EL MUNICIPIO DE VILLETÁ. 2016;147(March):11–40.
3. Sainz Otero AM, María A. La mortalidad en Cádiz (1923-1939). 2008;
4. User HS, Survey AH, Safety P, Comparative C, For SH, Line SH. Cuestionario sobre la de seguridad de los pacientes en. :0–6.
5. Castrejón M., Hernández-Sampieri, Ruíz R. Análisis de modelos de gestión tecnológica en centros de investigación. Rev Panor Adm Año [Internet]. 2012;6:10.

6. Ministerio salud colombia. SEGURIDAD DEL PACIENTE Y LA ATENCIÓN SEGURA PAQUETES INSTRUCCIONALES GUÍA TÉCNICA “BUENAS PRÁCTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN SALUD.”

7. Sorra J, Famolaro T, Naomi Dyer Yount M, Alan Smith S, Wilson S, Helen Liu M, et al. Hospital Survey on Patient Safety Culture: 2014 User Comparative Database Report Part II and Part III (Appendixes for AHRQ Publication No: 14-0019) [Internet]. 2014. 80 p. Available from: [www.ahrq.gov](http://www.ahrq.gov)

8. KARLA LUCÍA HENAO GUTIÉRREZ UNIVERSIDAD. CULTURA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UNA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE ALTA COMPLEJIDAD, MONTERÍA, CÓRDOBA. Prog Retin Eye Res. 2019;561(3):S2–3.

9. Llanes Betancourt C. Prevenir eventos adversos, para alcanzar la excelencia en la gestión del cuidado Prevention of adverse events to achieve the excellence in care management. Rev Cubana Enferm [Internet]. 2010;27(1):1–3. Available from: <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v27n1/enf01111.pdf>

## REFLEXIONES SOBRE LA POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE A PARTIR DE UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN EN TRES INSTITUCIONES SANITARIAS EN BOGOTÁ

### REFLECTIONS ON PATIENT SAFETY POLICY FROM A RESEARCH STUDY IN THREE HEALTH INSTITUTIONS IN BOGOTÁ

Narda Carolina Delgado Arango.

Instrumentadora Quirúrgica - Magister en Salud Pública.

Presidente Colegio Colombiano de Instrumentación Quirúrgica.

Correo: presidencia@coldinsqui.org

#### Descripción ejecutiva de la experiencia

Esta ponencia se enfoca en la reflexión, acerca de la seguridad del paciente, ya que este tema se ha convertido en un problema de Salud Pública en todo el mundo, por esta razón la Organización Mundial de la Salud ha decidido formar una alianza con otros líderes mundiales de salud con el fin de reducir el número de enfermedades, lesiones y muertes que ocurren como consecuencia de errores en la atención en salud, afecta tanto a países desarrollados como a países en vía de desarrollo y se produce en todos los niveles de atención. (1)

Esta ponencia se enfoca en la reflexión, acerca de la seguridad del paciente, ya que este tema se ha convertido en un problema de Salud Pública en todo el mundo, por esta razón la Organización Mundial de la Salud ha decidido formar una alianza con otros líderes mundiales de salud con el fin de reducir el número de enfermedades, lesiones y muertes que ocurren como consecuencia de errores en la atención en salud, afecta tanto a países desarrollados como a países en vía de desarrollo y se produce en todos los niveles de atención. (1)

Dentro de las principales dificultades identificadas para realizar el trabajo, se identificaron; información escasa, dificultades en la cultura del reporte, negación y encubrimiento, retos de generar cultura de seguridad entendiendo que no solo es una obligación moral, sino que contribuye a rescatar la autonomía profesional y evitar las condenas de responsabilidad civil.



No obstante, en la revisión de la literatura, los lineamientos de la cultura de seguridad del paciente, propuesta por el ministerio de salud y protección social, contempla a los actores involucrados y para quien va dirigida la política, figuran en ella; prestadores hospitalarios, prestadores ambulatorios, independientes, entidades administradores de planes de beneficios, en relación a sus propios procesos operativos, administrativos, red de prestadores, sin embargo, siendo una política de seguridad del paciente, llama la atención que no aparecen y tampoco se mencionan a las asociaciones de usuarios o de pacientes.

Continuando con la reflexión, se plantea la siguiente interrogante; ¿Cuál es la concepción de cultura de seguridad de paciente en los profesionales de la salud que conforman los equipos quirúrgicos en salud? Para dar respuesta a esta pregunta, se hizo revisión del trabajo realizado en la universidad el Bosque de Bogotá “Explorar la concepción de la cultura de seguridad de paciente en el Talento Humano en Salud que conforma el equipo quirúrgico de tres instituciones prestadoras de servicios de salud de Cundinamarca durante el año 2014”.

El estudio antes citado, se abordó desde un método mixto (cuantitativo-cualitativo), según Steckler et al. (1992), utilizando el modelo 3 que consiste en el uso de métodos cualitativos para explicar descubrimientos cuantitativos. Es un estudio observacional, descriptivo de corte transversal. La Población corresponde a profesionales de la salud y profesionales en formación, que laboraban o realizaban sus prácticas en el área quirúrgica y que hacían parte de los equipos quirúrgicos de las especialidades médico quirúrgicas de las tres

Instituciones Prestadoras de Servicios en Salud (IPS) estudiadas, dos de ellas públicas y una privada que a la fecha del estudio mantenían convenios docencia servicio.

En relación a las instituciones estudiadas; la Institución 1, es publica, catalogada como segundo nivel de atención. Tiene a disposición de sus clientes corporativos y usuarios 120 camas en el área de hospitalización, 8 en el área de urgencias, 3 salas de cirugía. La Institución 2, es catalogada con segundo nivel de atención y es pública. Tiene a disposición de sus clientes corporativos y usuarios 100 camas en el área de hospitalización, 2 salas de cirugía y una sala de partos. La Institución 3, es catalogada como tercer nivel, tiene a disposición de sus clientes corporativos y usuarios 130 camas en el área de hospitalización y Unidad de Cuidados Intensivos, 4 salas de cirugía y es de carácter privado.

El instrumento aplicado, fue el diseñado por la Dirección de prestación de servicios y atención primaria, del Ministerio de Salud y protección social, “Lista de chequeo para buenas prácticas de seguridad de pacientes obligatorias en el sistema único de habilitación”. Los resultados obtenidos arrojaron la siguiente información:

Resultados de la entrevista basada en la “Lista de chequeo para las buenas prácticas de seguridad de pacientes obligatorias en el Sistema Único de Habilitación”.

En la institución 1 la percepción del líder del proceso de calidad es que la institución cumple con lo exigido por la norma para el sistema de habilitación y para las prácticas de seguridad de paciente. La institución está comprometida con el tema de seguridad del

paciente y está en proceso la elaboración de protocolos, procedimientos, guías de manejo, así como su implementación y definir indicadores.

Por su parte la percepción del líder del proceso de calidad la institución 2, es que su institución cumple con lo establecido en la norma sobre seguridad del paciente y están actualmente revisando los protocolos, guías de manejo y adicionalmente, se están planeando un sistema de auditorías internas con el objeto de verificar las necesidades sobre el tema en cada servicio.

Finalmente, en la 3ra institución el líder del proceso de calidad afirmó que ellos cuentan con una política de seguridad del paciente y se han realizado pilotajes con los profesionales de enfermería para verificar la adherencia de protocolos y que además cuentan con un programa de capacitación y auditorías por servicio.

En cuanto a las observaciones generales en la verificación del cumplimiento de la Lista de Chequeo para las Buenas Prácticas de Seguridad del Paciente:

En la institución 1 el personal está ajeno a procesos, protocolos y guías de seguridad del paciente, si los conoce no los aplica evidenciando falta de socialización de lo realizado por la gerencia y el equipo de calidad de la institución.

En la institución 2 se evidenció la existencia de los protocolos, pero estos no se comunican, no se tienen en cuenta las sugerencias del personal cuando hacen sugerencias y tampoco los reportes. No hay capacitación suficiente sobre el tema y hay inconformidad por parte del personal.

Finalmente, en la institución 3 se evidenció que existe una política de seguridad del paciente, sin embargo, el personal considera que debe darse mayor capacitación en las áreas, no se trabaja sobre los resultados obtenidos de las capacitaciones, sugiere el personal trabajar en casos propios y que se necesita más personal.

En relación a los resultados de las dimensiones de clima de seguridad de paciente de las tres Instituciones Prestadoras de Servicios en Salud: En las tres instituciones el personal consideró que existe un grado aceptable de seguridad del paciente.

Las tres instituciones cuentan con personal idóneo para los equipos quirúrgicos, sin embargo, se evidencia que en las instituciones 1 y 2 hay apoyo de estudiantes. Así mismo se evidenció que no había un jefe del área quirúrgica.

En cuanto a los resultados de la entrevista sobre la cultura de seguridad del paciente a los profesionales de salud, la institución 1: considera que, si existe un esfuerzo de las directivas por implementar una cultura de seguridad del paciente, los protocolos y guías deben socializarse, si la gente no está vinculada de planta no ven el compromiso con la política de seguridad del paciente, así mismo deben crearse canales de comunicación eficientes con las otras unidades.

Por su parte en la institución 2: consideran importante el inicio del proceso respecto a la cultura de seguridad y la adopción de la política, consideran que a pesar de que falta mano de obra calificada en el servicio es más relevante que hay un líder en la unidad y que como líder se comunique con las otras áreas.

En la institución 3: se conoce que hay una política, pero hay poca adherencia de protocolos, hay un mal ambiente laboral y tienen temor del reporte de un error porque hay cultura punitiva y de señalamiento por lo que es indispensable mejorar la comunicación.

Observaciones generales efectuadas al momento de verificar el cumplimiento de la Lista de Chequeo para las Buenas Prácticas de Seguridad del Paciente:

En la institución 1 se identificaron falencias en las barreras de seguridad como identificación correcta y marcación del sitio operatorio antes de la cirugía, además que la presentación del equipo al paciente se hace de manera individual, la falta de verificación de los equipos aunado a que no se valoran riesgos en cuanto a profilaxis, hemorragias y revisión de exámenes diagnósticos dentro de las salas.

En la institución 2 no se aplican las barreras de seguridad relacionadas a identificación correcta y marcación del sitio operatorio antes de la cirugía, no se hace la presentación del equipo al paciente ni se confirma la identidad del paciente antes de la cirugía, fallas en la administración segura de medicamentos y al finalizar el procedimiento se pudo identificar que anestesiólogos y enfermeras se retiran de la sala antes de terminar el procedimiento y no hay personal calificado para las funciones asistenciales.

En la institución 3 el panorama es similar, inicia con fallas en la identificación del paciente y del sitio operatorio, la presentación del equipo solo se pudo evidenciar en los ginecólogos, el personal de instrumentación utiliza materiales que no tienen testigos de esterilización y en algunos casos se identificó desconocimiento si se cumplió con la

profilaxis antibiótica y finalmente cuando el paciente sale de la sala el personal no ha diligenciado en su totalidad las historias clínicas debido a que se emplea el tiempo en el uso de redes sociales.

En relación a los resultados de las dimensiones de clima de seguridad de paciente de las tres Instituciones Prestadoras de Servicios en Salud: En las tres instituciones el personal consideró que existe un grado aceptable de seguridad del paciente.

## Conclusión

Como conclusiones del estudio; la adherencia a los protocolos, guías de práctica, clínica y manuales de buenas prácticas no es una fortaleza, porque, aunque existen, no son divulgadas al personal de manera correcta, en la mayoría de los casos el personal menciona que falta más capacitación sobre el tema, más disposición de tiempo para estas capacitaciones, y no hay apropiación de estas herramientas al momento de las prácticas seguras.

Los protocolos existentes en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud son adoptados y no se ajustan a los insumos, elementos y equipos que posee cada institución.

Con base a la observación realizada falta personal calificado en el área quirúrgica e incluso, personal líder en el servicio.

La lista de chequeo para la seguridad en cirugía no es llevada a cabo con el protocolo sugerido por la Organización Mundial de la Salud, porque hasta ahora se está implementando, a su vez, en las hojas de registro no contemplan al Instrumentador Quirúrgico, pese a contar con este talento

humano, porque la lista es adoptada por el servicio más no adaptadas a la realidad institucional.

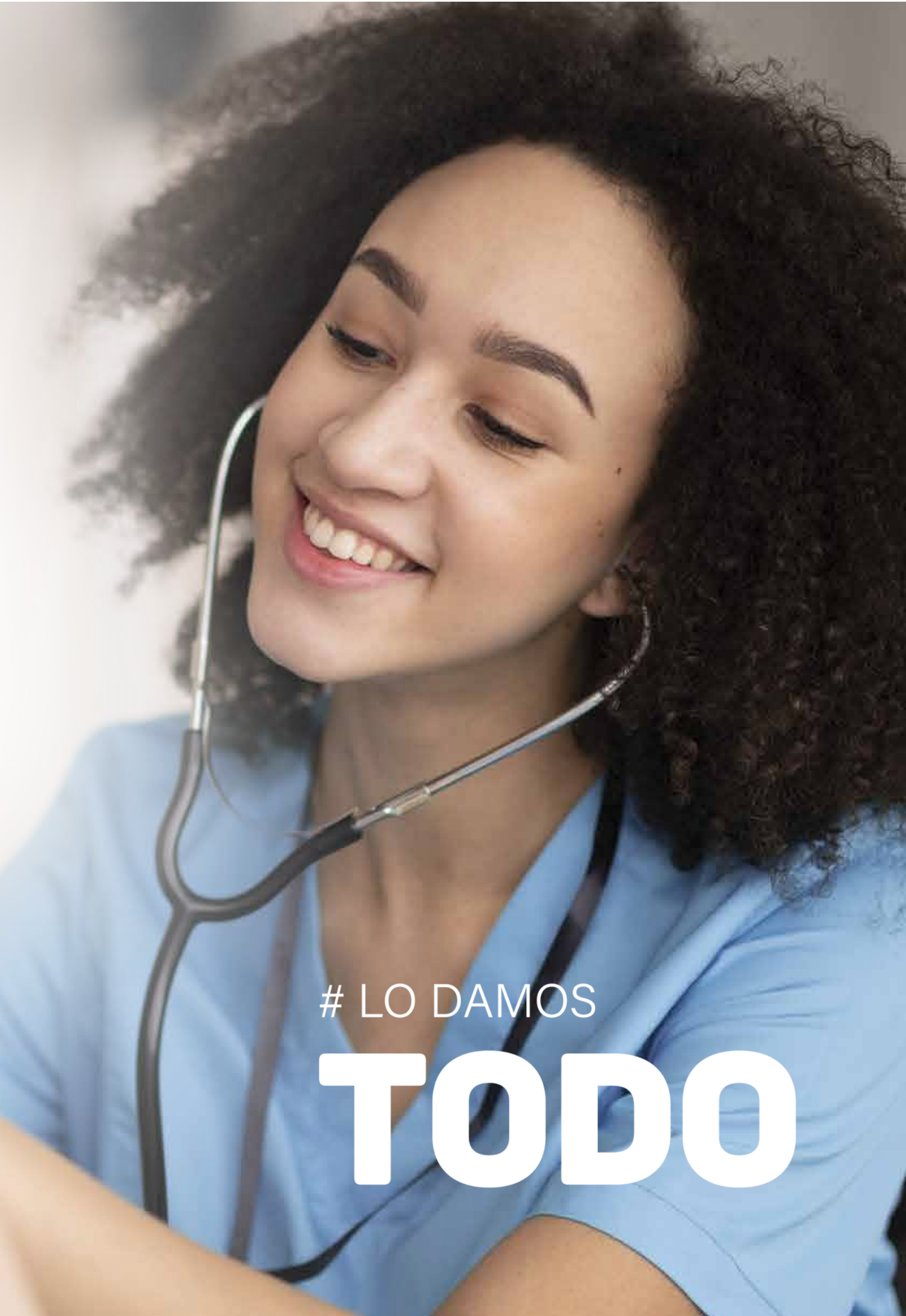
Los profesionales de salud consideran que la implementación de la política demanda más trabajo del que deben realizar.

La estabilidad, el tiempo laboral y el tipo de contrato influyen en la apropiación de los procesos de calidad y de seguridad del paciente.

## BIBLIOGRAFÍA

1. ESPINEL JR. ANÁLISIS DE LA POLÍTICA PÚBLICA COLOMBIANA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE Y SUS IMPLICACIONES PARA ENFERMERÍA. Phys Rev E [Internet]. 2011; Available from: <http://www.ainfo.inia.uy/digital/bitstream/item/7130/1/LUZARDO-BUIATRIA-2017.pdf>
2. VICENTE LÓPEZ PINZÓN, RAMÍREZ MAPVAL. MEDICIÓN DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE PRIMER NIVEL EN EL MUNICIPIO DE VILLETÁ. 2016;147(March):11–40.
3. Sainz Otero AM, María A. La mortalidad en Cádiz (1923-1939). 2008;
4. User HS, Survey AH, Safety P, Comparative C, For SH, Line SH. Cuestionario sobre la de seguridad de los pacientes en. :0–6.
5. Castrejón M., Hernández-Sampieri, Ruíz R. Análisis de modelos de gestión tecnológica en centros de investigación. Rev Panor Adm Año [Internet]. 2012;6:10. Available from:<http://www.itcelaya.edu.mx/ojs/index.php/raites/article/view/47>



A close-up portrait of a young woman with dark, curly hair, wearing a light blue medical scrub top. She is smiling warmly, looking slightly down and to the left. A stethoscope is draped around her neck, with the chest piece resting on her chest. The background is a soft, out-of-focus light gray.

# LO DAMOS

**TOD0**

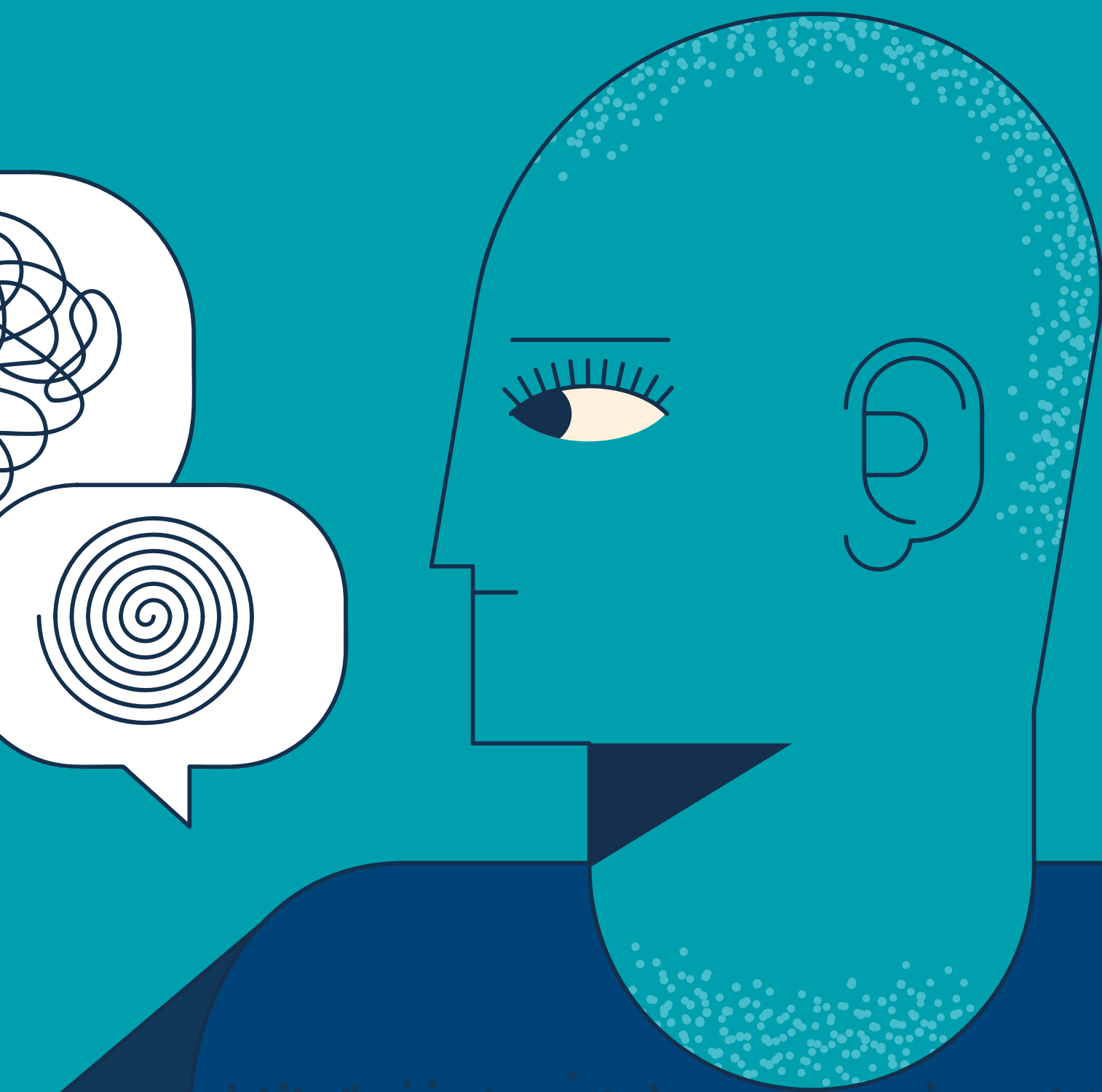
# ARTÍCULOS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DESDE EXPERIENCIAS SIGNIFICATIVAS

Conocer las experiencias significativas que se viven en diversos escenarios de prestación de los servicios de salud, y expertos en el tema a nivel nacional, permite tener una mirada integradora de un mejoramiento posible a través del tiempo que permita garantizar la seguridad del paciente, ya que se ha convertido en uno de los grandes desafíos en la atención sanitaria. La falta de comunicación entre los proveedores de atención de salud, los errores de medicación y las reacciones adversas a los medicamentos, las infecciones adquiridas en el hospital y las complicaciones prevenibles son algunos de los desafíos. Es necesario abordar las preocupaciones comunes.

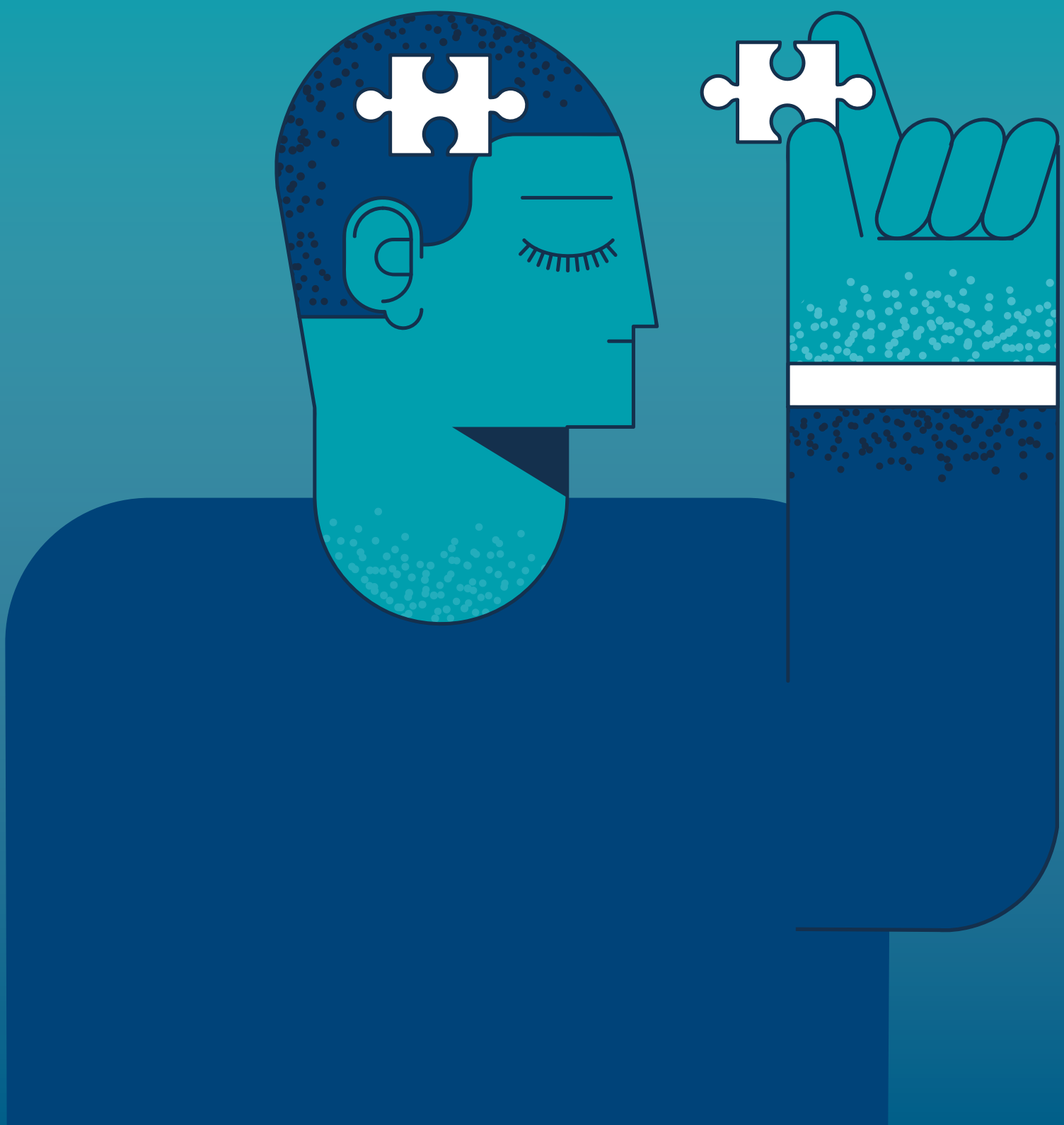


## “Priorizando la voz del paciente”

Es esencial que las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, implementen procedimientos y pautas estrictas para minimizar estos riesgos y garantizar la seguridad del paciente, priorizando la comunicación efectiva, la colaboración y la capacitación continua para evitar errores y mejorar los resultados de los pacientes. En última instancia, la seguridad del paciente debe ser una prioridad máxima para todas las partes interesadas en la atención médica y se deben realizar esfuerzos concertados para abordar estos desafíos y mejorar la calidad.



# La mayor riqueza es la salud



# SALUD MENTAL EN POBLACIONES VULNERABLES

## MENTAL HEALTH IN VULNERABLE POPULATIONS.

Carlos Enrique Garavito Ariza - Psicólogo.

Magister en Educación.

Docente, Investigador, Coordinador - Colegio Colombiano de Psicólogos.

Correo:cgaravitoariza@gmail.com

### Descripción ejecutiva de la experiencia

Esta ponencia se enfoca en la población vulnerable debido a las dificultades que enfrentan en materia de acceso a servicios de salud mental y de bienestar emocional. Se busca generar espacios seguros y acogedores para que la comunidad conozca la mejor manera de abordar o gestionar sus preocupaciones y de este modo contribuir con el mejoramiento de su calidad de vida.

Este proyecto se centra en favorecer la salud mental, entendiendo que la salud mental circunscribe el bienestar emocional, psicológico y social. Así las cosas, cuando no hay un equilibrio entre estos componentes, se afecta la forma en que pensamos, sentimos y actuamos. El proyecto entonces, pretende favorecer el bienestar emocional de la población vulnerable, a través de diversas acciones, además con la propuesta de la implementación de un modelo de emprendimiento de tipo solidario.

El modelo de emprendimiento solidario, apunta a lograr un impacto positivo y sostenible en el tiempo, de tal forma que se pueda generar un cambio significativo en la calidad de vida de la comunidad. El modelo propuesto, apunta a la generación de ingresos mediante la venta de productos y servicios, pero con un enfoque en la reinversión de las ganancias de tal manera que haya optimización de la inversión de los recursos, en el crecimiento y en la consolidación del proyecto. Además, se buscarán alianzas con organizaciones e instituciones que compartan los mismos valores y objetivos.



### BIBLIOGRAFÍA

1. Brown EF. Evaluación de Riesgo Suicida en la Práctica Clínica. En: Johnson CD, Smith AB, ed(s). Manual de Psicología Clínica. Londres: Editorial Científica; 2019. p. 123-136.
2. Smith AB, Johnson CD. Trastornos de Ansiedad: Evaluación y Tratamiento. 2da ed. Nueva York: Editorial Médica; 2018.
3. Kring AM, Johnson SL, Davison GC, Neale JM. Abnormal Psychology. 13th ed. Hoboken: Wiley; 2018.

# DECIDIENDO JUNTOS: EL CONSENTIMIENTO INFORMADO Y EL PACIENTE

## DECIDING TOGETHER: INFORMED CONSENT AND THE PATIENT

Leonardo José Sánchez Martínez - Abogado.

Especialista en Derecho Laboral y Seguridad Social - Especialista en Derecho Médico.

Magister en Derecho Procesal - Director Nacional Jurídico.

Correo: Leonardosanchezabogado@hotmail.com

### Descripción ejecutiva de la experiencia

El consentimiento informado es un pilar fundamental de la ética médica y la atención centrada en el paciente. Va más allá de un simple trámite administrativo; representa un proceso en el cual los pacientes y los profesionales de la salud colaboran para tomar decisiones informadas sobre la atención médica. Este proceso es esencial para respetar la autonomía del paciente, garantizar una comunicación efectiva y promover la toma de decisiones compartidas. En este artículo, exploraremos la importancia del consentimiento informado, los elementos clave y cómo promover una alianza informada entre pacientes y profesionales de la salud.

### La Autonomía del Paciente y el Consentimiento Informado

La autonomía del paciente es un principio ético fundamental en la atención médica. Reconoce que cada individuo tiene el derecho de tomar decisiones sobre su propia salud y cuerpo. El consentimiento informado es la manifestación práctica de este principio. Implica proporcionar a los pacientes la información necesaria para tomar decisiones fundamentadas y permitirles expresar su consentimiento de manera voluntaria (REYES, 2014).

Cuando los pacientes comprenden plenamente su situación médica, incluyendo diagnóstico, opciones de tratamiento, riesgos y beneficios, están mejor preparados para tomar decisiones que se alineen con sus valores y preferencias personales. Esto no solo empodera a los pacientes, sino que también fortalece la confianza en la relación médico-paciente.



### Elementos Clave del Consentimiento Informado

Para que el consentimiento informado sea efectivo, deben cumplirse ciertos elementos clave:

a). Información Completa y Comprensible: Los pacientes deben recibir información clara y completa sobre su diagnóstico, opciones de tratamiento y cualquier alternativa disponible. La información debe presentarse de manera comprensible, evitando el uso de lenguaje técnico excesivamente complicado.

c). Voluntariedad: El consentimiento debe ser otorgado de manera voluntaria y libre de cualquier forma de coerción o presión. Los pacientes tienen el derecho de negarse o retirar su consentimiento en cualquier momento sin sufrir consecuencias negativas.

d). Oportunidad para Preguntas: Los pacientes deben tener la oportunidad de hacer preguntas y aclarar cualquier duda que tengan. Los profesionales de la salud deben estar dispuestos a responder de manera comprensible y honesta.

e). Documentación Adecuada: Todas las discusiones y decisiones relacionadas con el consentimiento informado deben documentarse de manera adecuada en el expediente médico del paciente. Esto garantiza un registro claro de lo que se ha discutido y acordado.

## Comunicación Efectiva en el Consentimiento Informado

La comunicación efectiva desempeña un papel crucial en el proceso de consentimiento informado. Implica más que simplemente transmitir información; implica establecer una relación de confianza entre el paciente y el profesional de la salud. Algunos aspectos clave de la comunicación efectiva en el consentimiento informado incluyen:

**Claridad y Transparencia:** Los profesionales de la salud deben comunicar información de manera clara y transparente, evitando el uso de jerga médica complicada. Deben proporcionar información honesta sobre los riesgos y beneficios de las opciones de tratamiento

**Escucha Activa y Empatía:** Escuchar activamente a los pacientes y mostrar empatía es esencial. Los pacientes deben sentir que sus preocupaciones son

escuchadas y comprendidas. La empatía contribuye a crear una relación de confianza.

**Espacio para Preguntas:** Se debe brindar tiempo y espacio adecuado para que los pacientes hagan preguntas y expresen sus preocupaciones. Esto fomenta un ambiente en el que los pacientes se sienten cómodos para buscar la información que necesitan.

**Educación Continua:** La comunicación efectiva implica proporcionar educación continua a lo largo del proceso de atención médica. Los pacientes deben recibir información en cada etapa, desde el diagnóstico hasta las opciones de tratamiento y las posibles consecuencias.

**Utilización de Medios Visuales:** En algunos casos, el uso de medios visuales, como imágenes, diagramas o videos, puede ayudar a los pacientes a comprender mejor su condición médica y las opciones disponibles.

**Respeto por la Diversidad Cultural:** Los profesionales de la salud deben estar atentos a las diferencias culturales y lingüísticas de los pacientes. Esto implica adaptar la comunicación para garantizar una comprensión efectiva.

**Consentimiento Activo:** La comunicación debe fomentar la participación del paciente en la toma de decisiones. Esto incluye preguntar al paciente si comprende la información y si está dispuesto a proceder (RESTREPO, 1997).

## Promoviendo la Alianza Informada

La promoción de una alianza informada significa fomentar la colaboración entre pacientes y profesionales de la salud en el proceso de toma de decisiones médicas. Esto va más allá de la simple obtención de consentimiento; implica una relación en la que ambas partes trabajan juntas para lograr los

mejores resultados para la salud del paciente. Algunas estrategias para promover esta alianza incluyen:

**Comunicación abierta y transparente:**

Establecer una comunicación abierta y transparente es fundamental. Los profesionales de la salud deben proporcionar información clara sobre el diagnóstico y las opciones de tratamiento, así como escuchar activamente las preguntas y preocupaciones del paciente.

**Escucha activa y empatía:**

Escuchar activamente a los pacientes y mostrar empatía es esencial. Los pacientes deben sentir que sus preocupaciones son escuchadas y que se les comprende.

**Educación continua:**

Proporcionar educación continua a lo largo del proceso de atención médica es clave. Los pacientes deben recibir información en cada etapa, lo que les permite tomar decisiones bien fundamentadas.

**Toma de decisiones compartidas:**

Fomentar la toma de decisiones compartidas implica que tanto los pacientes como los profesionales de la salud colaboren en la elección de diagnósticos, tratamientos y procedimientos. Esto se logra al presentar opciones y discutir las ventajas y desventajas de cada una.

**Respeto por la autonomía del paciente:**

Respetar la autonomía del paciente es esencial. Los profesionales de la salud deben reconocer que los pacientes tienen el derecho de tomar decisiones sobre su propia atención médica, y estas decisiones deben ser respetadas, incluso si difieren de las recomendaciones del profesional.

**Documentación adecuada:**

Es importante documentar todas las discusiones y decisiones en el expediente médico del paciente. Esto asegura que ambas partes

tengan un registro claro de lo discutido y acordado (MIRO, 2015).

## Elementos Clave del Consentimiento Informado

La intencionalidad de la intervención titulada "Decidiendo Juntos: El Consentimiento Informado y el Paciente" es múltiple y abarca varios objetivos importantes en el contexto de la atención médica y la relación entre pacientes y profesionales de la salud. A continuación, se describen estos objetivos:

### 1. Educación y Concienciación:

Uno de los objetivos fundamentales de esta intervención es educar y concienciar a la audiencia, que puede incluir tanto a profesionales de la salud como a pacientes y familiares, sobre la importancia del consentimiento informado. Se busca asegurar que todos los involucrados comprendan completamente en qué consiste el consentimiento informado, por qué es relevante y cómo puede mejorar la calidad de la atención médica y la experiencia del paciente.

### 2. Promoción de la Participación del Paciente:

La presentación tiene como objetivo fomentar la participación de los pacientes en su atención médica. Se busca empoderar a los pacientes, brindándoles la información y las herramientas necesarias para tomar decisiones informadas sobre su salud. Esto implica alentar a los pacientes a hacer preguntas, expresar sus preocupaciones y desempeñar un papel más activo en el proceso de toma de decisiones relacionadas con su tratamiento y atención médica.

### 3. Mejora de la Comunicación Médico-Paciente:

Otro objetivo importante de la intervención es mejorar la comunicación entre los profesionales de la salud y los pacientes. Se reconoce que una

comunicación efectiva es esencial para garantizar que los pacientes comprendan completamente su atención médica y puedan participar en el proceso de toma de decisiones. La presentación proporciona consejos prácticos tanto para profesionales de la salud como para pacientes sobre cómo comunicarse de manera más efectiva.

#### **4.Reducción de Malentendidos y Conflictos:**

La intervención tiene la intención de reducir malentendidos y conflictos relacionados con la atención médica. Cuando los pacientes están bien informados y participan en la toma de decisiones, es menos probable que surjan desacuerdos o disputas sobre su atención médica. Esto puede contribuir a un ambiente de atención más armonioso y al fortalecimiento de la relación médico-paciente.

#### **5.Protección de los Derechos del Paciente:**

Otro objetivo crucial es proteger los derechos del paciente. El consentimiento informado es un medio importante para garantizar que los pacientes tengan el derecho de tomar decisiones sobre su propio cuerpo y su atención médica. Al educar a la audiencia sobre estos derechos y cómo ejercerlos, la intervención busca proteger y respetar la autonomía de los pacientes.

#### **6.Fomento de una Atención Médica Centrada en el Paciente:**

Por último, pero no menos importante, la presentación busca fomentar una atención médica centrada en el paciente. Esto implica considerar las necesidades, valores y preferencias individuales de cada paciente en el proceso de toma de decisiones. Se promueve la idea de que la atención médica no debe ser impositiva, sino colaborativa, donde pacientes y profesionales de la salud trabajen juntos para tomar decisiones que beneficien al paciente.

En resumen, la intencionalidad de la intervención "Decidiendo Juntos: El Consentimiento Informado y el Paciente" es educar, empoderar y promover una comunicación efectiva entre pacientes y profesionales de la salud, con el objetivo de mejorar la calidad de la atención médica, respetar la autonomía del paciente y fortalecer la relación médico-paciente.

## **Conclusión**

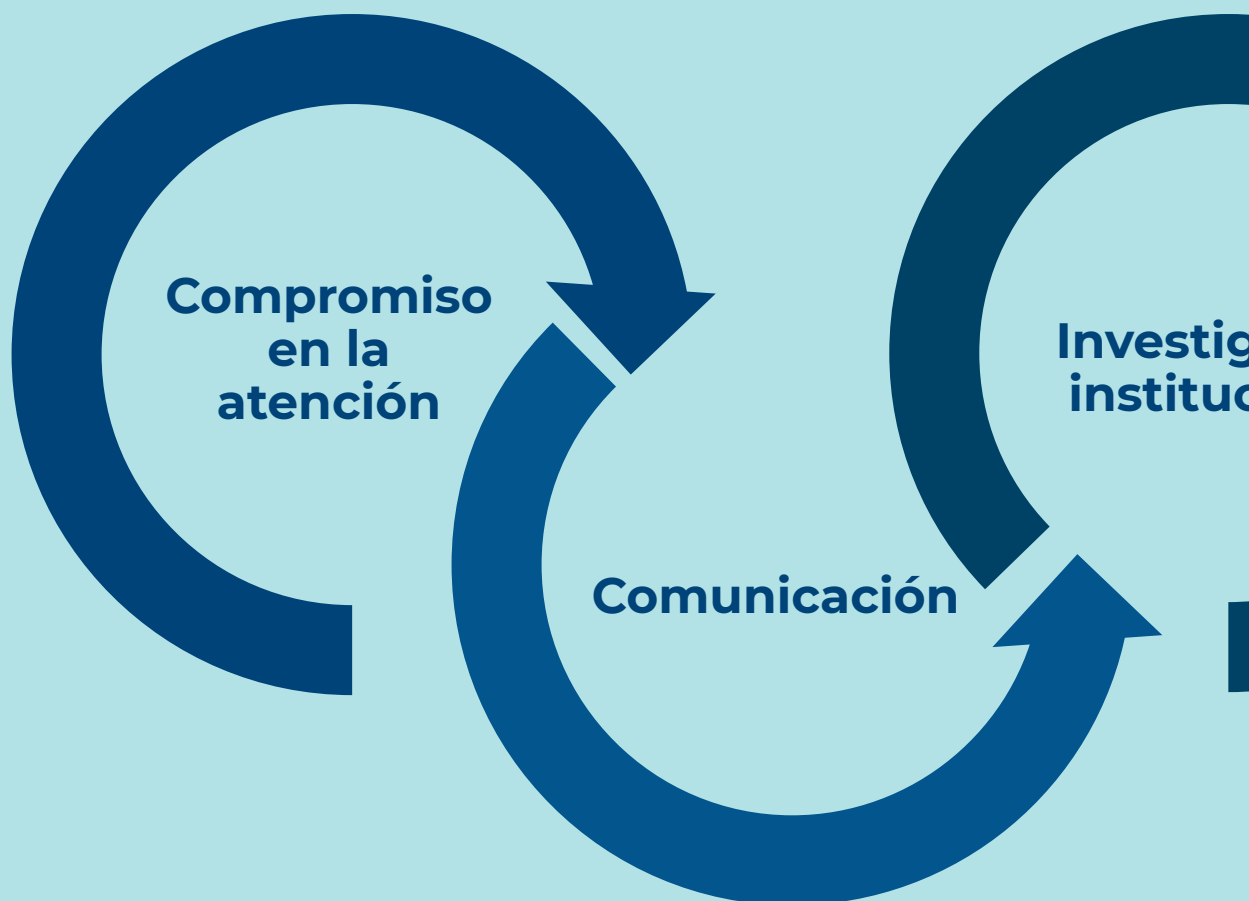
En resumen, el consentimiento informado es un proceso esencial en la atención médica moderna que respeta la autonomía del paciente y promueve la toma de decisiones compartidas. La comunicación efectiva desempeña un papel crucial en este proceso, y la promoción de una alianza informada fortalece la relación médico-paciente y mejora la calidad de la atención médica.

Decidir juntos no solo es un requisito ético, sino también una forma efectiva de garantizar que los pacientes reciban la atención que mejor se adapte a sus necesidades y valores individuales. Al promover una colaboración activa entre pacientes y profesionales de la salud, podemos avanzar hacia una atención médica más centrada en el paciente y ética.

## **BIBLIOGRAFÍA**

- 1.Reyes VMCD. EL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN LA PRAXIS MEDICA. CALL E17 No 68D - 46: TEMIS; 2014.
2. De Restrepo MPC. EL CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE EN LA RESPONSABILIDAD MEDICA. CALLE 17 No 68D - 46: TEMIS; 1997.
3. Lopez Miro HG. CAUSALES PARA DEMANDAR POR RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA. LA VALLE 1208 BUENOS AIRES: ASTREA; 2015.

# RETOS EN SALUD ENTORNO A SEGURIDAD DEL PACIENTE



AD



gación  
cional





Grupo  
Clínica  
Médicos