

PERCEPCIÓN DE LAS CONDICIONES DE SEGURIDAD DEL ENTORNO  
HOSPITALARIO DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LA CLINICA DE  
OCCIDENTE BOGOTÁ

SANTIAGO CASTRO HENAO  
DANIELA CASTRO HERNÁNDEZ  
RUBY LLORLEY ORTIZ SOSA

UNIVERSIDAD ECCI  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
PROGRAMA DE ENFERMERÍA  
BOGOTÁ D.C.  
2019

PERCEPCIÓN DE LAS CONDICIONES DE SEGURIDAD DEL ENTORNO  
HOSPITALARIO DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LA CLINICA DE  
OCCIDENTE BOGOTÁ

SANTIAGO CASTRO HENAO  
DANIELA CASTRO HERNÁNDEZ  
RUBY LLORLEY ORTIZ SOSA

Trabajo de grado presentado como requisito para optar al título de  
ENFERMERA (o)

Asesor:

Enf. Mg JENNY PAOLA BLANCO SÁNCHEZ

UNIVERSIDAD ECCI  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
PROGRAMA DE ENFERMERÍA  
BOGOTÁ D.C  
2019

*Este trabajo va dedicado a mi Madre, sin su apoyo este título hubiese sido más difícil de lograr, pues es su apoyo logístico lo que hoy quiero reconocer, un uniforme planchado, una merienda empacada, un desayuno en la mesa a las diferentes horas y en fin tantos eventos que puedo recordar donde estuve cansado y era elegir entre dormir y lavar, dormir y cocinar, entre muchas obligaciones y ahí estuvo ella para que yo hiciera lo primero y ella lo segundo y así recuperar fuerzas para continuar en la difícil labor, entonces eres la segunda titular de título mamá, gracias.*

*Santiago Castro*

*Este trabajo de grado va dedicado a mi familia, quienes siempre aportaron con sus consejos y palabras de aliento para no desistir durante el camino estudiantil, a mis progenitores por brindarme los recursos necesarios durante es etapa, además de estar a mi lado apoyándome, aconsejándome, porque fueron quienes hicieron de mí una mejor persona a través de su enseñanza y amor, a mis hermanos por siempre brindar aliento en los momentos difíciles por medio de consejos y cariño.*

*Daniela Castro*

*Esta dedicatoria va dirigida en especial para mi Papá el Señor Sócrates Ortiz que a pesar de que se fue de este mundo hace cuatro años sé que me acompaña desde el cielo, sus concejos han sido vitales para lograr llegar a este punto, fue el mejor papá del mundo y este triunfo es de él y para él, por otro agradezco inmensamente a mis hijos Anderson Steven Sánchez Ortiz y Joan Sebastián Neuta Ortiz quienes siempre me han apoyado y han sido ese motor para que yo no desfallezca en este intento de salir adelante, también le doy las gracias a mi esposo Walter Yesid Neuta Mateus, quien a pesar de mi falta de tiempo y en ocasiones cansancio a estado ahí para darme su mano y seguir, por último y no menos importante agradezco a mi mejor amiga Ximena Sarria quien siempre ha tenido una voz de aliento para que yo no me rinda en la lucha de alcanzar este sueño, gracias y mil gracias.*

*Ruby Ortiz*

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradecemos profunda y sinceramente...

A la vida y a esa fuerza superior que nos dieron la suerte de tomar este camino que estamos culminando hoy.

A la Clínica de Occidente por permitirnos realizar esta investigación, por su colaboración en especial a Dr. Fabio Corredor Gerente de la clínica. A la jefe Ginna Chamorro, Jefe de seguridad del paciente quien estuvo siempre dispuesta a brindarnos su colaboración. Al personal de enfermería quienes nos dieron su ayuda, y a cada uno de los pacientes y familiares que sin interés alguno estuvieron dispuestos a participar de este estudio, ya que sin su colaboración esto no hubiera sido posible.

**¡MIL GRACIAS!**

## TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN .....	8
ABSTRACT .....	12
INTRODUCCIÓN .....	14
Capítulo 1. Marco Referencial.....	17
Descripción del problema .....	17
Pregunta problema .....	31
Justificación .....	31
Objetivos.....	33
General .....	33
Específicos .....	33
Definición operativa de conceptos.....	34
Capítulo 2. Marco Conceptual.....	36
Seguridad del Paciente.....	36
Calidad .....	37
Pilares del desempeño en la calidad.....	40
Dimensiones de la calidad.....	41
Percepción.....	42
Capítulo 3. Marco Metodológico .....	45
Tipo De Estudio .....	45
Población .....	46
Muestra .....	46
Criterios de inclusión .....	47
Criterios de exclusión .....	47
Instrumento para la recolección de datos.....	48
Escenario de investigación.....	49
Procedimiento para la recolección de datos.....	50
Procedimiento para el análisis de datos .....	50
Criterios éticos .....	51
Resolución 8430 de 1993.....	51

Principios éticos .....	53
Capítulo 4. Resultados y análisis .....	56
Caracterización socio demográfica .....	56
Nivel educativo .....	57
Género .....	58
Ocupación.....	59
Estado civil.....	60
Diagnóstico.....	61
Cuidador .....	62
Percepción de la seguridad.....	63
Conocimiento .....	63
Pautas de prevención.....	67
Actitud personal frente al riesgo .....	69
Riesgo materializado .....	72
Percepción global de la seguridad.....	76
Capítulo 5. Conclusiones.....	78
Capítulo 6. Recomendaciones .....	80
Capítulo 7. Limitaciones .....	82
BIBLIOGRAFÍA .....	83
ANEXOS .....	85

## LISTA DE GRÁFICOS

GRAFICA 1. Edad .....	56
GRAFICA 2. Nivel educativo .....	57
GRAFICA 3. Género .....	58
GRAFICA 4. Ocupación .....	59
GRAFICA 5. Estado Civil.....	60
GRAFICA 6. Diagnóstico .....	61
GRAFICA 7. Cuidador.....	62
GRAFICA 8. Conocimiento.....	65
GRAFICA 9. Posibles riesgos .....	66
GRAFICA 10. Pautas de prevención.....	68
GRAFICA 11. Actitud personal .....	71
GRAFICA 12 Riesgo materializado.....	74
GRAFICA 13 Riesgo de ocurrencia.....	74
GRAFICA 14. Percepción global.....	77

## LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Conocimiento .....	64
Tabla 2. Pautas de prevención .....	67
Tabla 3 Actitud personal frente al riesgo.....	69
Tabla 4 Riesgo Materializado.....	72



## LISTA DE ANEXOS

A. Instrumento recolección de datos.....	85
B. Consentimiento informado pacientes.....	86
C. Permiso solicitado a clínica de occidente.....	89
D. Permiso uso de instrumento. ....	90

## **RESUMEN**

**OBJETIVO** Describir la percepción de los pacientes sobre las condiciones de seguridad durante la estancia hospitalaria en la Clínica de Occidente de Bogotá.

**METODOLOGÍA** Se desarrolló un estudio cuantitativo de tipo no experimental, descriptivo, transversal, elaborado con el fin de describir la percepción de los pacientes sobre las condiciones de seguridad durante la estancia hospitalaria en la Clínica de Occidente de Bogotá. La población con la que se contó para el desarrollo de la investigación estuvo conformada por 120 pacientes en los servicios de hospitalización de la clínica de occidente ubicada en la ciudad de Bogotá. La muestra fue de 94 paciente hospitalizados en la Clínica de Occidente de Bogotá durante los meses de Junio, Julio y Agosto de 2019. Se utilizó como instrumento una encuesta elaborada por el Grupo de Cuidado al Paciente Crónico y su familia de la Universidad Nacional de Colombia, validada para el contexto colombiano: “Percepción de Condiciones de Seguridad del Entorno Hospitalaria, versión Paciente”, el cual se encuentra conformado por 29 ítems, subdividido en cinco categorías: Conocimiento, pautas de prevención, actitud personal frente al riesgo, riesgo materializado, percepción global de seguridad, dentro de los criterios de inclusión de tuvo en cuenta: Hospitalización en cualquier servicio de la Clínica de Occidente, estancia hospitalaria mayor a tres días, pacientes entre 18 y 89 años de edad.

**RESULTADOS** De la muestra encuestada, se obtiene en la categoría de conocimiento que el 99% los pacientes conocen la razón de la hospitalización, el 45 % de los paciente no saben cómo actuar frente al riesgo, el 18% no conoce su derechos y deberes durante la estancia hospitalaria, sobre las pautas de prevención se evidencia que esta fue percibida positivamente por parte de los pacientes, evidenciándose que el personal llama al paciente

por el nombre en un 95%, hay un comunicación plena clara y confidente en un 85% y el personal cumple con medidas para prevenir riesgos en un 81%, con respecto a la actitud personal frente al riesgo, se evidencia, que el paciente principalmente realiza las siguientes acciones de autocuidado, observas un lugar nuevo con atención 82%, sigue recomendaciones de seguridad dadas por el personal en un 87% y siente confianza en los profesionales que lo atiendes en un 87%, en mayor proporción con un 22% nunca o algunas veces está pendiente de detectar los posibles riesgos en el espacio, en riesgo materializado los resultados más relevantes fueron en Flebitis: el 83% no lo presento el 17% si lo presento, el 24 % estuvo en riesgo y el 76% no estuvo en riesgo, Administración de medicamentos fuera de horario: el 88% no lo presento el 12% si lo presento, el 17 % estuvo en riesgo, Reacción adversa a medicamentos: el 89% no lo presento el 11% si lo presento, el 27 % estuvo en riesgo y finalmente en percepción global de seguridad El 96% de los pacientes si se sienten seguros en la institución, el 4% no se sienten seguros.

**CONCLUSIONES** A partir del trabajo investigativo desarrollado, con respecto a la evaluación de la percepción de los pacientes sobre seguridad en el entorno hospitalario, se obtienen varios resultados que permiten, conocer ¿Qué tan seguro se siente el paciente? A partir de su opinión, definido lo anterior en categorías específicas, que evalúan desde el conocimiento del paciente frente al riesgo hasta la ocurrencia del mismo durante la hospitalización, pasando por las actividades realizadas para minimizar el mismo tanto por el personal asistencial como por el paciente. La percepción global de seguridad es positiva, lo cual es de suma importancia dado que los pacientes sienten que el proceso de atención es de calidad y oportuno, evidenciándose en la confianza que depositan en el equipo asistencial que lo atiende.

## **ABSTRACT**

**Objective** Describe the patients' perception of the safety conditions during the hospital stay at the Clínica de Occidente de Bogotá.

**Methodology** A quantitative, non-experimental, descriptive, cross-sectional study was developed to describe patients' perception of safety conditions during hospital stay at the Clínica de Occidente de Bogotá. The population that was counted for the development of the research consisted of 120 patients in the hospitalization services of the western clinic located in the city of Bogotá. The sample consisted of 94 patients hospitalized at the Clínica de Occidente de Bogotá during the months of June, July and August 2019. A survey prepared by the Chronic Patient Care Group and his family from the National University of Colombia was used as an instrument , validated for the Colombian context: “Perception of Hospital Entrone Safety Conditions, patient version”, which is made up of 29 items, subdivided into five categories: Knowledge, prevention guidelines, personal attitude towards risk, materialized risk, Global perception of safety, within the inclusion criteria, took into account: Hospitalization in any service of the West Clinic, hospital stay longer than three days, being over 18.

**Results** From the sample surveyed, it is obtained in the knowledge category that 99% of patients know the reason for hospitalization, 45% of patients do not know how to act against the risk, 18% do not know their rights and duties during the hospital stay, on the prevention guidelines it is evidenced that this was positively perceived by the patients, evidencing that the staff calls the patient by name in 95%, there is a clear and confident full communication in 85% and the staff complies with measures to prevent risks by 81%, with respect to the personal attitude towards risk, it is evident that the patient mainly performs the

following self-care actions, you observe a new place with 82% attention, follow safety recommendations given by 87% of the staff and feel confident in the professionals that attend to it in 87%, in greater proportion with 22% never or sometimes is pending to detect what s possible risks in space, at materialized risk the most relevant results were in Phlebitis: 83% did not present it 17% if I present it, 24% were at risk and 76% were not at risk, Administration of medications outside Schedule: 88% did not present it 12% if I present it, 17% was at risk, Adverse drug reaction: 89% did not present it 11% if I present it, 27% was at risk and finally in overall perception of safety 96% of patients if they feel safe in the institution, 4% do not feel safe.

**Conclusions** Based on the research work carried out, regarding the evaluation of patients' perception of safety in the hospital environment, several results are obtained that allow us to know how safe the patient feels? Based on their opinion, the above defined in specific categories, which evaluate from the patient's knowledge of the risk to the occurrence of the same during hospitalization, through the activities carried out to minimize the care of both the care staff and the patient. The overall perception of safety is positive, which is of the utmost importance given that patients feel that the care process is of quality and timely, evidencing the trust they place in the care team that treats it.

## INTRODUCCIÓN

La seguridad del paciente, es un tema que ha tomado fuerza en la actualidad, partiendo del hecho de que es un aspecto que evalúa calidad en los procesos de atención en salud establecido por normatividad a nivel mundial, por lo cual se ha convertido en un reto que busca crear en las instituciones sanitarias una cultura de seguridad, teniendo como tarea el cambio en muchos de los procesos que se ejecutan en las instituciones prestadoras de servicio de salud, implicando a todos los actores que intervienen en este proceso desde pacientes hasta profesionales de salud.

El concepto ya mencionado, surge a partir de la documentación de la incidencia de eventos adversos que impactan negativamente en la calidad de la atención en salud, la 55<sup>a</sup> asamblea mundial de la salud llevada a cabo en el 2003, que mostro los altos costos de estos eventos en términos materiales y de oportunidad para los servicios, como determinante en la vigilancia y mantenimiento de bienestar y del paciente (Ramirez Gómez & Arenas Gutierrez, 2011).

Dentro de las consecuencias de la falta de seguridad del paciente podemos hacer mención al informe del Instituto de Medicina de los Estados Unidos, “To Err is Human”, publicado en 1999, uno de los trabajos que hace referencia, fue una revisión de 30000 historias clínicas, en las cuales se encontró un 3.7% de eventos adversos, de los cuales se consideró que el 58% eran evitables y 13.6% resultaron en muerte. Los autores hicieron una extrapolación a las 33.6 millones de hospitalizaciones anuales en el año del estudio, concluyendo que se podían producir entre 44000 y 98000 muertes al año, por eventos adversos ligados a la atención en salud, asociado a un costo de entre 17 y 28 billones de dólares al año

Se establece que Entre un 4 y un 17% de los pacientes que ingresan en un hospital sufrirán un accidente imprevisto e inesperado, derivado de la atención sanitaria y no de su enfermedad de base, que tendrá consecuencias en su salud y en sus posibilidades de recuperación. En algunos casos, estos errores le provocarán la muerte. En EEUU se ha estimado que entre 44.000 y 98.000 personas mueren cada año por este motivo (Ministerio de Sanidad, Política social e igualdad, 2011).

En Colombia la estrategia encaminada a seguridad del paciente está regulada por el Sistema Obligatorio de la Garantía de Calidad de la Atención en salud y busca, prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y de ser posible eliminar la ocurrencia de eventos adversos para contar con instituciones seguras y competitivas internacionalmente (Ministerio de Salud y Protección social, 2008).

En el país se han realizado varias acciones para mitigar la incidencia de evento adversos donde cabe mencionar, que en el años 2004 el Ministerio de Salud y Protección social, tomo la decisión de impulsar la notificación de los eventos adversos trazadores, haciendo reuniones de consenso en diferentes partes de país y promoviendo procesos de vigilancia en algunas instituciones, en ese mismo años el ICONTEC, estableció como prerrequisito necesario para aplicar la acreditación en salud que la institución demostrara que desarrollaba procesos de vigilancia y en el 2006 la evaluación mostro avances tangibles que llevaron a cabo la expedición de la Resolución 1446 de 2006.

A partir de lo ya dicho cabe hacer mención del término cultura de seguridad del paciente, el cual se relaciona con las creencias y actitudes que asumen las personal en su práctica para garantizar que no experimentara daño innecesario o potencial asociado a la atención en salud (Ramirez Gómez & Arenas Gutierrez, 2011), frente a este aspecto se

evidencian varios estudios principalmente desde las perspectiva del personal asistencial pero no desde la perspectiva del paciente, por lo cual se convierte un aspecto de importancia a estudiar dado que el paciente debe hacerse participe del proceso de atención en salud, y su percepción es la que en muchos casos establece la calidad de la atención.

Con todo lo anteriormente mencionado, se muestra a importancia de la seguridad del paciente en la atención de la salud, donde todos los actores son participes de lograr una atención de calidad y segura, por lo que se plantea esta investigación que hace parte de un macro proyecto de facultad de enfermería de la Universidad ECCI, denominado **PERCEPCIÓN DE CONDICIONES DE SEGURIDAD DEL ENTORNO HOSPITALARIO DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN TRES INSTITUCIONES DE SALUD**, plateando como objetivo, describir la percepción de los pacientes sobre las condiciones de seguridad durante la estancia hospitalaria en la Clínica de Occidente de Bogotá, enfatizando en identificación de amenazas y riesgos, actitud tomada frente al riesgo, ocurrencia de eventos adversos, permitiendo de este modo aumentar y aportar mayor conocimiento mediante el análisis y conclusiones de este estudio, todo visto desde la percepción del paciente.



## **Capítulo 1. Marco Referencial**

### **Descripción del problema**

El derecho a la salud establecido en la Ley Estatutaria 1751 de 2015, se ha convertido en el punto de partida para muchas políticas encaminadas a la atención integral de los pacientes, buscando garantizar que el Sistema General de Seguridad Social en salud en Colombia cumpla con estándares de calidad que permitan evaluar la prestación del servicio. A partir de esto se enmarca la seguridad del paciente como aspecto fundamental en el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud en Colombia, asegurando de esta manera una atención con disminución de riesgos que puedan causar daño al paciente durante la atención.

Para iniciar la seguridad del paciente, es un concepto que ha presentado cambios con el pasar de la historia, y desde su surgimiento se ha convertido en un principio fundamental para la atención sanitaria (Organización Mundial de la Salud OMS, 2019). Teniendo en cuenta que, durante el desarrollo de esta, hay un cierto grado de riesgo en que el paciente puede sufrir daños por errores cometidos por el personal de salud.

El termino Seguridad del paciente, surge muchos años atrás, donde se pueden mencionar 5 etapas, descritas a continuación, la primera etapa se remonta a albores de las civilizaciones de Mesopotamia, India y China, donde se encuentran los primeros escritos médicos y las primeras normas o leyes establecidas para procurar una atención más segura de los enfermos, difundiendo mediante la escritura conocimientos y tratamientos a patologías procurando calidad en la atención en salud. El texto más conocido en esta época es el Código de Hammurabi, el cual contiene 282 leyes siendo un ejemplo de legislación, donde once de esta leyes se refieren al acto médico, un ejemplo es la ley 218 que dice: “Si un médico hizo

una operación grave con el bisturí de bronce y lo ha hecho morir, o bien si lo operó de una catarata en el ojo y destruyó el ojo de este hombre, se cortarían sus manos”, lo cual constituye un intento de establecer una proporcionalidad entre el daño recibido en un crimen y el daño producido en el castigo. (Rodríguez Herrera & Losardo, 2018).

La segunda etapa se puede hacer referencia a los periodos Helenista y Romano, donde cabe resaltar, la sabiduría de Hipócrates de Cos (c. 460-370 a. C.) y su escuela, contenida en el Corpus Hippocraticum con su máxima Primum Non Nocere, donde se establece que el acto médico no debe causar daño al paciente (Epidemias, libro I, sección II, número V). Este principio de velar por el correcto acto médico se plasmó por primera vez en el juramento hipocrático, a partir del cual el ejercicio de la medicina tiene una orientación normativa y ética muy clara hacia la seguridad de los pacientes. (Rodríguez Herrera & Losardo, 2018).

La tercera etapa constituye a lo establecido desde el Humanismo y el Renacimiento hasta la Revolución Industrial, donde la medicina retoma su norte respecto de la ciencia y la seguridad del acto médico, con el retorno al estudio práctico de la anatomía humana, que marca la obra y legado de Andreas Vesalio (1514-1564). Se retoma el rumbo de la medicina hacia la ciencia, y se abren los caminos hacia la fisiología, la histología, la patología y otras disciplinas médicas. Los médicos, cada vez con mejor formación, toman nota y corrigen los errores que pueden documentar en su práctica. Tal es el caso de Ambroise Paré (1509-1590), considerado el padre de la cirugía, que después de verificar los resultados nocivos de las cauterizaciones en la batalla de Vilaine, las desaconseja a sus discípulos. (Rodríguez Herrera & Losardo, 2018).

La cuarta etapa enmarcada en la seguridad del paciente en la era del control estadístico de la calidad (siglo XX). Ernest Codman (1869-1940), cirujano y padre de la calidad

asistencial, publicó en 1916 sus postulados sobre la gestión de la calidad en los hospitales, donde indicaba que se deben hacer públicos los resultados, tanto los positivos como los negativos, para impulsar estudios que lleven a mejoras en sus diagnósticos y tratamientos. Tiempo después el American College of Surgeons, ante el aumento de quejas y demandas por los malos resultados de la atención de la salud en hospitales de los Estados Unidos de América, aceptó retomar las propuestas de Codman para exigir el cumplimiento de estándares de calidad en los centros de salud. Uno de los episodios dignos de mencionar ocurrió en 1964, cuando Elihu M. Schimmel, gastroenterólogo y profesor del Departamento de Medicina Interna de la Escuela de Medicina de la Universidad de Yale, publicó un artículo titulado “Los peligros de la hospitalización”, donde alerta sobre los daños por iatrogenia que sufrían los pacientes admitidos en un hospital que auditó. Concluyó que el 20% de los pacientes admitidos presentaban lesiones de esta naturaleza, y que los daños graves correspondían a una quinta parte del total. Estos estudios fundadores motivaron a otros profesionales a realizar sus propias investigaciones, y desde entonces la identificación de resultados no deseados en los servicios de salud fue ganando importancia en el mundo. La seguridad de los pacientes entra de lleno en el ámbito del control estadístico de la calidad, forzando a los líderes a tomar medidas, tanto a nivel de los trabajadores de la salud como de las organizaciones. (Rodríguez Herrera & Losardo, 2018).

La quinta etapa, en la que se enmarca el desarrollo actual, se engloba la seguridad del paciente a partir de la publicación del informe “Errar es humano” y el establecimiento de los “Retos Globales” de la OMS y el estudio IBEAS (siglo XX). Como consecuencia del auge de estudios significativos y bien diseñados sobre los eventos adversos y su impacto en muchos hospitales, en 1999, el Instituto de Medicina de la Academia Nacional de Ciencias

de EE.UU. (Institute of Medicine, National Academy of Sciences – IoM, NAS) publicó el informe “Errar es humano: la construcción de un sistema de salud más seguro” (To err is human: building a safer health system); cuyas conclusiones sacudieron la opinión pública y obligaron a los líderes políticos y administrativos de ese país a considerar “la seguridad de los pacientes”. (Rodríguez Herrera & Losardo, 2018)

En 2002, en Ginebra, la OMS, durante la 55ª Asamblea Mundial de la Salud, contempló el tema en sus deliberaciones y propuso desarrollar estrategias conjuntas para mejorar las deficiencias en la atención de la salud. Como resultado, en 2004, la 57ª Asamblea Mundial de la Salud, propició la fundación de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. Un año después, en 2005, la OMS creó esa Alianza y lanzó el Primer Reto Global de Atención Segura OPS-OMS titulado “Atención Limpia es una atención segura”, que es el punto de partida para el desarrollo de la “seguridad del paciente” en todo el planeta. Luego, vino el Segundo Reto Global: “Cirugía segura”; y actualmente se ha lanzado el Tercer Reto Global: “Medicación sin daños”. (Rodríguez Herrera & Losardo, 2018)

En 2007, en América Latina, se realizó el estudio IBEAS (sobre la prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica), que incluyó 11.379 pacientes de 58 hospitales de cinco países: Argentina, Colombia, Costa Rica, México y Perú. Fue un proyecto desarrollado en conjunto con la OMS y la OPS. Se resaltó que la tasa de eventos adversos documentada fue de 10,5%, de los cuales el 60% se consideraron evitables, así como un 6% de las muertes. La publicación de los resultados y metodología de este estudio se realizaron algunos años después, en el 2011.12 Por su magnitud y calidad de diseño, se constituyó como referente obligado en las publicaciones sobre seguridad del paciente y eventos adversos. (Rodríguez Herrera & Losardo, 2018).

Todo lo anterior como introducción para llegar al concepto de seguridad del paciente, la cual está definida, según el Ministerio de Salud y Protección social de Colombia como “El conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias. Implica la evaluación permanente de los riesgos asociados a la atención en salud para diseñar e implantar las barreras de seguridad necesarias” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019).

Tras lo mencionado anteriormente se han desarrollado varios estudios que buscan mostrar la eficacia, efectividad y eficiencia de poner en práctica las estrategias dirigidas a controlar los eventos adversos todo enmarcado en la seguridad del paciente, la Organización Mundial de la Salud (OMS), presenta la investigación “la seguridad del paciente, mayor conocimiento para una atención más segura”, donde presenta:

- La OMS estima que, a escala mundial, cada año, decenas de millones de pacientes sufren lesiones discapacitantes o mueren como consecuencia de prácticas médicas o atención insegura.
- Casi uno de cada diez pacientes sufre algún daño al recibir atención sanitaria en hospitales bien financiados y tecnológicamente adelantados.
- Se conoce mucho menos acerca de la carga de la atención insegura en entornos diferentes de los hospitales, donde se presta la mayor parte de los servicios de atención sanitaria del mundo.

- Cada año en el mundo se administran 16 000 millones de inyecciones, en su mayor parte con fines terapéuticos. De ese total, el 40% se administra con jeringas y agujas reutilizadas no esterilizadas, y en algunos países la proporción asciende hasta un 70%.

- Cada año, las inyecciones administradas sin las suficientes precauciones de seguridad causan 1,3 millones de defunciones y la pérdida de aproximadamente 26 millones de años de vida, principalmente debido a la transmisión por vía sanguínea de virus tales como los de las hepatitis B y C y el VIH

- La carga económica ocasionada por la atención dispensada sin las suficientes precauciones de seguridad también es abrumadora. La atención insegura genera gastos médicos y de hospitalización, infecciones nosocomiales, pérdida de ingresos, discapacidad y pleitos que en algunos países cuestan entre US\$ 6000 millones y US\$ 29 000 millones por año.

- El coste anual generado por las inyecciones administradas sin precauciones de seguridad se estima en US\$ 535 millones en gastos médicos directos. (Organización Mundial de la Salud, 2008).

La situación a nivel mundial, menciona varios estudios, como los realizados en la Unión Europea, Canadá, Australia y Bélgica, que han evaluado el incremento de costes asociado a los eventos adversos hospitalarios, los cuales tienen una incidencia que en la literatura oscila entre un 2,9% y un 16,9% de las asistencias sanitarias y suponen un incremento en el coste del episodio de un 9,6% a un 25%<sup>9,10</sup>. Estos estudios utilizaron, por episodio, el «coste basado en actividades» (aunque mayoritariamente han usado técnicas

indirectas, como el cost-to-charge) y sistemas de información al alta como Inpatient Dataset, que permite la agrupación mediante Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD) (Allué, Chiarello, & Bernal Delgado, 2014).

Lo mencionado anteriormente evidencia, que la falta de estrategias encaminadas a la seguridad del paciente se convierte en un problema de salud pública que afecta a todos los países, por lo cual es importante establecer acciones encaminadas a mejorar la atención en el paciente, enfocados en la calidad de la atención.

La seguridad del paciente en Colombia está establecida y regulada por el Sistema Obligatorio de la Garantía de la calidad en salud, cuyo objetivo es prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y de ser posible eliminar la ocurrencia de Eventos adversos para contar con instituciones seguras y competitivas internacionalmente. (Ministerio de Salud y Protección social, 2008).

Para que un sistema de Atención en Salud sea seguro es necesario la participación responsable de los diversos actores involucrados en él. Cuando ocurre un evento adverso, el paciente sufre daño y el profesional de la salud también pues en muchas ocasiones se señala como culpable a este sin detenerse a analizar que no ha habido intención de dañar ni la cadena de procesos de la atención en salud que al fallar han facilitado la ocurrencia de tales situaciones. La Seguridad del Paciente implica la evaluación permanente y proactiva de los riesgos asociados a la atención en salud para diseñar e implantar de manera constante las barreras de seguridad necesarias. (Ministerio de Salud y Protección social, 2008)

Amparado por el decreto 1011 de 2006 se crea la oficina de calidad del ministerio de salud y protección social donde una de sus funciones es el establecimiento y monitoreo de los

indicadores de calidad. En este sentido durante los últimos años se ha fortalecido el proceso de análisis de la situación de la calidad en salud, en búsqueda del máximo beneficio de la evidencia para la formulación de un Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad, el cual pretenderá que la calidad de la gestión sea entendida como la forma de asegurar dinámicas permanentes de ajuste, mejora e innovación en todo el Sistema de Salud y Protección Social, Más aún, la Resolución 1446 de 2006 reglamentó para el Sistema de Información para la Calidad –SIC– un conjunto de indicadores para Instituciones Prestadoras de Salud –IPS– y las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios –EAPB–, centrados en aspectos relevantes, como i) oportunidad/accesibilidad, ii) calidad técnica, iii) gerencia del riesgo y iv) satisfacción/lealtad. Estos tienen el propósito de realizar el seguimiento y evaluación de la gestión de la calidad de la atención, brindar información a los usuarios para elegir libremente con base en la calidad de los servicios y ofrecer insumos para el referenciación por calidad, lo que permite materializar los incentivos de prestigio del Sistema General de Seguridad Social en Salud (Ministerio de Salud y Protección social, 2016).

Dentro de los programas instaurados por la oficina de calidad del Ministerio de Salud y Protección Social para la prevención y monitorización de eventos adversos, encontramos programas de Tecnovigilancia (pasiva y activa); Dispositivos médicos involucrados (INVIMA, 2011).

Farmacovigilancia Es la actividad específica que monitorea el uso de medicamentos en los pacientes. La Organización Mundial de la Salud la define como la ciencia y las actividades relacionadas con la detección, valoración, entendimiento y prevención de efectos adversos o de cualquier otro problema relacionado con medicamentos. Cualquier medicamento que se le suministre a un paciente tiene el efecto potencial de desencadenar



eventos adversos, por lo tanto, es necesario que se implementen acciones para el mejoramiento de la seguridad en su utilización y se vigile el efecto de la misma, una de las acciones principales es la obligación de la aplicación de los diez correctos el éxito de la farmaco-vigilancia es el continuo reporte, seguimiento y monitoreo a las reacciones adversas (RAM) y eventos adversos (EAM) que presenten nuestros pacientes con su tratamiento farmacológico.

Hemovigilancia Es el término que se utiliza para definir el conjunto de acciones de vigilancia epidemiológica que permiten la detección, registro y análisis de la información relativa a los eventos adversos e indeseables derivados tanto de la donación, como de la transfusión de sangre.

A partir de los reportes generados durante actividades de farmacovigilancia en el año 2007 en un hospital de tercer nivel de Bogotá, se revisaron las historias clínicas de los pacientes involucrados y se evaluó la relación de causalidad, la gravedad y el carácter prevenible de los eventos adversos a medicamentos. Se calcularon los costos directos generados, agrupándolos en pruebas diagnósticas, tiempo de estancia adicional, procedimientos y medicamentos adicionales. Se revisaron 448 reportes de eventos adversos a medicamentos en 283 pacientes y se encontró que 24,8 % de los eventos reportados eran prevenibles, con mortalidad de 1,1 % y costos totales asociados con su atención entre \$ 33'620.346 (US\$ 16.687) y \$ 37'754.856 (US\$ 18.739). Los factores más frecuentemente asociados con la prevención fueron las interacciones farmacológicas y las dosis o frecuencias inadecuadas de administración (Pinzón , Maldonado , & Diaz, 2011).

Se hizo un estudio fármaco-epidemiológico, descriptivo y retrospectivo, en el que se analizaron los reportes producidos como resultado de las actividades de farmacovigilancia

del Hospital Universitario La Samaritana de Bogotá, durante el año 2007, obtenidos por notificación espontánea durante todo el año o por actividades específicas de vigilancia, producto del proyecto WHEDIT (Warfarina, Heparinas, Dipirona, Tramadol), consistente en la detección activa de eventos adversos sospechosos de ser producidos por estos medicamentos en pacientes hospitalizados, el cual se ejecutó durante los meses de marzo a agosto de 2007 (Pinzón , Maldonado , & Diaz, 2011).

Con lo anterior se evidencia la relación presente entre la calidad de un buen servicio de salud y la incurrancia sobre los eventos adversos, donde se debe garantizar una atención segura enmarcada en políticas de seguridad del paciente en la que se involucren a las diferentes instituciones, al personal y al paciente, garantizando un ambiente seguro durante la atención en salud a nivel mundial, lo cual permita evaluar la calidad del servicio de salud para los ciudadanos.

En los aspectos a mencionar, dentro de la seguridad del paciente y la evaluación de la calidad del servicio de salud, es importante tener en cuenta la percepción de usuario sobre la atención convirtiéndose este aspecto en un eje fundamental. La OMS en su programa “Seguridad del paciente. Una alianza mundial para una atención más segura”, implementa la estrategia “Pacientes para la Seguridad del Paciente, trabajando conjuntamente para que el cuidado del paciente sea más seguro”, estableciendo una red de pacientes y familiares que ha sufrido un daño prevenible, al ser atendidos en instituciones sanitaria, con la participación de defensores de pacientes, legisladores cuidadores, dedicados a mejorar la seguridad del paciente mediante un trabajo coordinado, estableciendo que la seguridad del paciente mejorara si se incluyen a los paciente como miembros activos en iniciativas de reforma,

promoviendo que el paciente adquiera autoridad y liderazgo, mediante la creación de iniciativas de seguridad del paciente. (Organización Mundial de la Salud, 2008).

Dentro del programa de Reforma a la salud, en la publicación “Calidad en Salud en Colombia, Los principios”, se menciona en el cuarto tema del abordaje conceptual de la Seguridad del Paciente: **involucrar al paciente y su familia. ¡El paciente es finalmente quien sufre! ...** y quien se beneficia además y, a veces, algunas de nuestras instituciones, no todas, porque las que ya están trabajando el Tema de Seguridad del Paciente reaccionan de manera muy diferente a las instituciones inexpertas. Estas últimas abandonan al paciente, los profesionales tienden más bien a no ir a donde él; eso es lo que no hay que hacer, todo lo contrario, cuando le ocurre un evento adverso a un paciente hay que rodearlo, hay que estar con él, hay que preguntarle en que piensa; no hay que ocultarle las cosas pero sí hay que saber contarle, porque así como es complejo para nosotros también hay que saber contarle la complejidad al paciente y mostrarle una actitud de resarcir o de mitigar, al menos, las consecuencias, si es que han ocurrido. Y además muy importante, es que desde que el paciente llega a la Institución hay que educarlo; al paciente hay que darle elementos para que pregunte por sus posibles riesgos, para que identifique esos posibles factores que pudieran alertarlo y para que lo comunique e igualmente cuando ya la Institución tiene una cultura de seguridad del paciente aprenderá a volverse experta en no ignorar esos alertas que los pacientes nos generan, es decir, involucrar en forma activa al paciente y su familia como una barrera de seguridad. (Kerguelén Botero, 2008)

Al indagar sobre estudios relacionados sobre la percepción del paciente frente a la seguridad en la atención sanitaria, se encuentra el estudio, Percepción de los pacientes sobre la seguridad de la asistencia sanitaria, realizado en Madrid España en el año 2008, que utilizo

una metodología cualitativa aplicada a un grupo focal, con un instrumento de entrevista semiestructurada, la cual se aplicó a pacientes y a personas pertenecientes a directivas de asociaciones de pacientes, donde obtienen los siguientes resultados:

- A pesar de haber vivido u observado un episodio de EA en su propia trayectoria clínica, o en su entorno social más cercano, los entrevistados del presente estudio hacen hincapié en que para ellos «seguridad» no es igual a «ausencia de errores». Nombran aspectos como confianza, comunicación, información, continuidad asistencial y apoyo psicológico como factores importantes para garantizar la seguridad en el ámbito clínico.

- Este concepto del término seguridad clínica se aleja de una mirada centrada en el concepto de error y de una definición de seguridad como «ausencia de perjuicios accidentales».

- Coincide con un enfoque más reciente en la bibliografía y política sanitaria actual que parte de una idea de seguridad clínica como sinónimo de comunicación, información, confianza y calidad, gestión de riesgos o «gestión de la incertidumbre». En este sentido, se señala que seguridad no es igual a una ausencia de riesgos y se analiza la relación entre calidad y seguridad en el sistema sanitario actual, definiendo seguridad como «dignidad y respeto»

- Los pacientes entrevistados parten de la idea de que no es posible evitar todos los errores, afirmando que «el error es humano». En vez de culpabilizar al profesional concreto, en el que siguen confiando, destacan el carácter sistémico de muchos errores.

- En las preguntas por incidentes concretos que hayan vivido o presenciado, los entrevistados ofrecen una descripción detallada de la situación que lleva al evento

adverso, así como a su abordaje. Identifican diferentes medidas de prevención, como una mejor formación profesional, una mayor escucha de las señales de alarma verbalizadas por el paciente, su participación en el proceso clínico, así como la introducción de protocolos de actuación, coincidiendo con las recomendaciones presentes en la bibliografía actual.

- En la resolución del incidente, los pacientes entrevistados resaltan la importancia de una actitud de disculpa como factor importante aparte de la subsanación del daño para mantener la confianza en el profesional, cuya necesidad se señala también en otros trabajos.

- Los entrevistados del presente estudio señalan la importancia de la participación de las asociaciones de pacientes en el proceso de implantación de actuaciones relacionadas con la seguridad. (Prieto Rodriguez, March Cerda, & Ruiz Azarola, 2008).

En Colombia se encuentra el estudio “Percepción en paciente y familia de la seguridad de la atención hospitalaria de en un Hospital Universitario”, en donde se realizó un estudio cuantitativo con abordaje descriptivo-transversal y muestreo estratificado no aleatorizado, con una muestra de 276 participantes de los servicios de hospitalización y urgencias; la recolección de datos se hizo con el cuestionario “Percepción de seguridad de la atención en salud en el ámbito hospitalario”, Las dimensiones indagadas fueron: 1. Información recibida por los pacientes con 88.8% de acuerdo; 2. Calidad en la atención en salud recibida con 88.2% de acuerdo; 3. El 97.2% no identificaron Eventos Adversos; 4. El 99,64% no identificaron incidentes en la atención de salud; y 5. Sensación de seguridad percibida en el 88,77% como segura y en el 4,35% como ligeramente segura, encontrándose como resultado

una alta percepción positiva de la seguridad en la atención de salud brindada y baja cantidad de eventos adversos e incidentes, el comportamiento de los resultados fue en general similar entre las 3 categorías de participantes (paciente y cuidador, paciente únicamente y cuidador familiar únicamente) y por servicios participantes. Lo anterior muestra la importancia de implementar y mantener estrategias institucionales que van desde políticas, programas, procedimientos y actividades específicas en los servicios para que el paciente y su familia se sientan seguros frente a su situación de salud y tratamiento. (Quemba, Ortiz, & Fetecua, 2016). Sin embargo cabe mencionar que el instrumento utilizado para la aplicación de este estudio no se encuentra avalado en Colombia, pero si nos permite crear una percepción general del paciente frente a la seguridad en la atención en salud.

Presentado todo lo anterior y vislumbrado el panorama frente a la seguridad del paciente, es importante hacer mención del hecho de que a nivel nacional e internacional, el tema está establecido y enfocado en un nivel teórico, muy bien formulado a partir de las experiencias que se han presentado con el pasar del tiempo, basado en la visión del profesional de la salud, dejando en segundo plano la perspectiva del paciente frente al tema. Donde cabe resaltar que el paciente es quien evalúa la calidad de la atención en salud prestada y su perspectiva en aspectos que conciernen la seguridad del paciente se convierten en un eje de gran importancia. De esto surge la problemática establecida sobre la poca información que se encuentra, los estudios aplicados con el fin de evaluar la percepción del paciente. Permitiendo establecer un escenario de investigación y análisis en seguridad para el paciente y la perspectiva del individuo para el país, teniendo en cuenta que es en quien repercuten principalmente la ocurrencia de eventos adversos.

## **Pregunta problema**

Esta investigación busca dar respuesta a la siguiente pregunta, ¿Cuál es la percepción de los pacientes sobre las condiciones de seguridad durante la estancia hospitalaria en la Clínica del Occidente de Bogotá?

## **Justificación**

Esta investigación tiene como finalidad, reconocer la percepción de los pacientes sobre las condiciones de seguridad durante la hospitalización en la Clínica de Occidente, obteniendo y aportando resultados y conocimientos sobre la perspectiva que tienen los pacientes acerca del valor que le dan en la institución a un cuidado seguro, lo cual ayudara a crear nuevas herramientas, estrategias y planes, que permitan la disminución del riesgo y presencia de eventos adversos, incidiendo de forma positiva en la calidad del servicio e impactando en la seguridad del paciente.

Desde el punto de vista normativo, se busca responder lo establecido a nivel mundial por la Organización Mundial de la Salud, fomentando estrategias que involucren a todos los actores del sistema de salud especialmente al paciente para evitar la ocurrencia de eventos adversos, de igual forma promueve la investigación y contribuye a la creación de nuevo conocimiento. Para lo establecido en el país se desarrollara la investigación basados en la política de seguridad del paciente, liderada por el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud, que busca prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y de ser posible eliminar la ocurrencia de Eventos adversos para contar con instituciones seguras y competitivas internacionalmente. (Ministerio de Salud y

Protección Social, 2008). Respondiendo a estándares de calidad en atención en salud que contribuirán a evaluar, habilitar y acreditar los sistemas de salud.

En cuanto al aspecto social, el compromiso de llevar a cabo esta investigación con el fin de aportar experiencias de la percepción de cuidado recibido durante la hospitalización por parte del paciente y su familia, para así fortalecer la calidad de la atención brindada por enfermería a partir de las experiencias relatadas por los pacientes durante su periodo de hospitalización buscando de esta manera generar disminución en la incidencia de eventos adversos, desde el buen que hacer del profesional de enfermería, generando una reducción de los días de hospitalización, disminuyendo el gasto que genera un evento adverso, logrando mitigar los factores que inciden en la seguridad del paciente. Lo anterior teniendo en cuenta los indicadores de ocurrencia de eventos adversos en el país y sobre todo las implicaciones directas que tienen sobre la existencia del paciente, como lesiones físicas, infecciones, flebitis, etc. y otras implicaciones indirectas, pero no menos relevantes derivadas del aumento de días de hospitalización asociado a EA como lo son alejarse del núcleo familiar, incertidumbre en la ocupación del rol familiar, la misma generación de recursos de manutención familiar, perjuicios económicos derivados de los días de hospitalización

Desde el punto de vista teórico, es evidente que desde el desarrollo de la actividad del profesional de enfermería, la percepción de la calidad de la atención de los pacientes en los hospitales de Colombia es un fenómeno que no ha sido muy estudiado, son pocas las investigaciones que puedan dar un panorama claro de la forma en cómo están percibiendo los pacientes la atención recibida, por esto buscamos ampliar el conocimiento sobre la percepción de la atención de salud en una población específica de Bogotá, que si bien la llamamos específica por pertenecer a estratos 2, 3, 4, también es una población de alto



porcentaje en nuestro país, los cuales son pacientes que se hospitalizan a diario por diferentes patologías y son ellos quienes perciben las condiciones de seguridad que brinda la institución de salud que lo tiene bajo su cuidado.

Por último, desde el punto de vista disciplinar, buscamos incidir directamente en el que hacer de profesional e impactar positivamente sobre la atención prestada por enfermería al paciente, donde se demostrara la importancia de la adecuada aplicación y cumplimiento de los protocolos o guías de atención a los pacientes. También a partir de la evidencia estadística se busca a futuro plantear una guía básica de atención e identificación de riesgos que tienen los pacientes en hospitalización en piso y llevarla a cabalidad, ya que instituciones que exigen el cumplimiento de estos protocolos de seguridad del paciente tienen los indicadores más bajos de eventos adversos derivados de la atención de enfermería, resaltando y reconociendo el trabajo de enfermería intrainstitucional, procurando el cumplimiento de los protocolos de atención de enfermería sin necesidad de supervisión, logrando así reconocimiento por la comunidad sanitaria y general.

## **Objetivos**

### **General**

Describir la percepción de los pacientes sobre las condiciones de seguridad durante la estancia hospitalaria en la Clínica de Occidente de Bogotá.

### **Específicos**

- Describir las características sociodemográficas de los pacientes hospitalizados en la Clínica del occidente de Bogotá.

- Indagar el conocimiento que tienen los pacientes, sobre las condiciones de seguridad en la Clínica del Occidente de Bogotá.
- Identificar las pautas de prevención que brinda la Clínica del Occidente de Bogotá a sus pacientes, para disminuir los posibles riesgos.
- Describir la actitud personal frente al riesgo, sobre las condiciones de seguridad en la Clínica del Occidente de Bogotá
- Determinar la percepción sobre el riesgo materializado que tienen los pacientes en la Clínica del Occidente de Bogotá.
- Exponer la percepción global de seguridad de los pacientes, en la Clínica del Occidente de Bogotá.

#### **Definición operativa de conceptos**

- **Seguridad del Paciente** “El conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias. Implica la evaluación permanente de los riesgos asociados a la atención en salud para diseñar e implantar las barreras de seguridad necesarias” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019).
- **Percepción** “Proceso cognitivo de la conciencia que consiste en el reconocimiento, interpretación y significación para la elaboración de juicios en torno a las sensaciones obtenidas del ambiente físico y social, en el que interviene otros procesos psíquicos,

entre los que se encuentran el aprendizaje, la memoria y la simbolización” (Pastor Seller & Cabello Garza, 2018)

- **Evento Adverso** “Cualquier lesión no intencional causada por el manejo médico, más que por el proceso de enfermedad, que produce demora en el alta, estancia prolongada o discapacidad, y que puede amenazar la vida o causar la muerte del paciente” (Ministerio de salud y protección social, 2007)
- **Calidad en Salud** “En el marco del SGSSS y la normatividad vigente, se ha definido como la provisión de servicios de salud a los usuarios de forma accesible, equitativa y con un nivel profesional óptimo, considerando el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el fin de lograr la satisfacción de los usuarios. Esta definición centrada en el usuario, involucra aspectos como accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad en la atención, que se deben considerar en la prestación de los servicios de salud a la población colombiana” (Kerguelén Botero, 2008).

## **Capítulo 2. Marco Conceptual**

### **Seguridad del Paciente**

El Ministerio de Salud y Protección Social define la seguridad del paciente como “conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019). Colombia impulsa una Política de Seguridad del Paciente, liderada por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, cuyo objetivo es prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y de ser posible eliminar la ocurrencia de Eventos adversos para contar con instituciones seguras y competitivas internacionalmente. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2008)

Los avances científicos de la medicina también pueden acompañarse de riesgos adicionales, sin que necesariamente eso signifique que haya habido una intención de hacer daño por parte de los trabajadores de la salud, más bien hay desconocimiento de los factores que generan las situaciones mórbidas. Para que un sistema de Atención en Salud sea seguro es necesario la participación responsable de los diversos actores involucrados en el. Cuando ocurre un evento adverso, el paciente sufre daño y el profesional de la salud también pues en muchas ocasiones se señala como culpable a este sin detenerse a analizar que no ha habido intención de dañar ni la cadena de procesos de la atención en salud que al fallar han facilitado la ocurrencia de tales situaciones. La Seguridad del Paciente implica la evaluación permanente y proactiva de los riesgos asociados a la atención en salud para diseñar e implantar de manera constante las barreras de seguridad necesarias. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2008)

Quemba y colaboradores indican que “en la prestación de servicios de salud se presentan frecuentemente, actos inseguros los cuales se clasifican como eventos adversos e incidentes y se estima que en los hospitales latinoamericanos se tiene una prevalencia del 10.5% de errores en la atención en salud”. Muchos de estos, son generados por factores relacionados con el mal estado de la infraestructura, el deterioro de los equipos, las deficiencias en la eliminación de desechos, las dificultades en el control de las infecciones, la mala calidad de los medicamentos y la falta o deficiente participación del recurso humano, produciendo grandes consecuencias en los pacientes como discapacidad, muerte y el incremento de días de hospitalización que conllevan a un aumento de costos hospitalarios además de las implicaciones emocionales y sociales (Quemba, Ortiz, & Fetecua, 2016).

El paciente hospitalizado genera una serie de emociones como son temor, incertidumbre, desconfianza, tristeza por su diagnóstico y pronóstico, por lo cual esperan del servicio un trato amable, con respeto, confianza privacidad y confidencialidad, de igual manera el paciente es un actor fundamental en cuanto a su seguridad en la atención en salud, pues es este quien se encarga de tomar decisiones que pueden o no perjudicar (Quemba, Ortiz, & Fetecua, 2016).

### Calidad

Diferentes autores han definido la calidad según sus características, por ejemplo, la OMS establece algunas variables que deben poseer los servicios de salud: (Mejia Garcia, 1997)

- Un alto nivel de excelencia profesional.
- Uso eficiente de los recursos.

- Un mínimo de riesgos para el paciente.
- Un alto grado de satisfacción por el paciente.
- Un impacto final en la salud.

“La calidad de los servicios de salud es el desempeño apropiado (acorde con las normas) de las intervenciones que se saben son seguras, que la sociedad en cuestión puedes costear y que tiene la capacidad de producir un impacto, sobre la mortalidad, la morbilidad, la incapacidad y la desnutrición”, concepto dado por M.I Roemer y C. Montoya Aguilar en la OMS en 1988 (Mejia Garcia, 1997).

La Comisión Conjunta de los Estados Unidos utiliza el concepto de “desempeño institucional”, que ofrece una perspectiva diferente a la palabra calidad, similar a la expresada por W.E Deming de “hacer lo correcto correctamente” (Mejia Garcia, 1997).

Hacer lo correcto, es determinado por la eficacia del procedimiento o tratamiento según las condiciones del paciente, además de la adecuación de los procedimientos o tratamientos para atender al paciente y sus necesidades. Conjuntamente se requiere hacerlo correctamente lo cual determina una disponibilidad de los procedimientos o servicios, una oportunidad de ellos, la efectividad con que los servicios son proporcionados, la seguridad para el paciente que se somete a una prueba y la eficiencia con que se proporcionan los servicios en relación con los resultados y los recursos utilizados además del respeto humano que se ofrece a los pacientes (Mejia Garcia, 1997).

También se identifica las cuatro posibilidades operáticas de hacer correctamente lo correcto en las siguientes alternativas (Mejia Garcia, 1997):

- Hacer incorrectamente las cosas correctas
- Hacer incorrectamente las cosas incorrectas.
- Hacer correctamente las cosas incorrectas.
- Hacer correctamente las cosas correctas.

En la Garantía de la Calidad el mejoramiento continuo se identifica desde el punto de hacer correctamente las cosas correctas. De no ser así se emprenden acciones para corregir el rendimiento individual a fin de asegurar mejores resultados en el futuro. En el mejoramiento continuo de la calidad el énfasis se pone también en hacer correctamente las cosas correctas (es importante conocer que es lo correcto). Con frecuencia, al enfrentar el problema, la atención se dirige primero y principalmente al proceso. Los esfuerzos por mejorar se concentran en identificar las causas últimas de los problemas (causas que emanan del proceso antes que del desempeño individual). Intervenir para reducir o eliminar estas causas y dar pasos para corregir el proceso. Tanto el proceso como el desempeño son importante dentro del concepto de mejoramiento continua (Mejia Garcia, 1997).

Otros autores han ensayado diferentes definiciones, cada una de ellas hace énfasis en una parte de sus elementos, a continuación, algunas de ellas para mostrar el desarrollo del concepto (Mejia Garcia, 1997):

“ Provisión de servicio accesibles y equitativos ofrecidos con un nivel profesional optimo, y teniendo en cuenta los recursos disponibles y que logra la satisfacción del usuario” (Palmer RH, Universidad de Harvard).

“Calidad en los servicios de salud es la satisfacción de las necesidades razonables de los usuarios, con soluciones técnicamente óptimas calidad sentida en los servicios de salud, es decir “la que está en la subjetividad de los usuarios y debe ser explicada y expresada por ellos”; corresponde a la satisfacción razonable de su necesidad luego de la utilización de los servicios” (OPS, 1994)

“Calidad es la satisfacción de las necesidades del cliente y sus expectativas razonables” (Berry Thomas, 1996)

“Se dice que hay calidad en la prestación de los servicios de salud, cuando los atributos contenidos en dicha prestación hacen que la misma sea oportuna, personalizada, humanizada, integral, continua y de acuerdo con los estándares aceptados en procedimientos y práctica profesional” Ley 100 de 1993.

Lo anterior alude a algunos tópicos de la calidad y el desempeño. Todas ellas resaltan aspectos que incluyen tanto la satisfacción de paciente y la eficiencia como los resultados clínicos. La calidad en las instituciones de servicios de salud siempre ha aparecido como un intangible. En la actualidad, según sea el interés del autor, se han diseñado varias aproximaciones a su concepto. La definición más conocida es la del autor Avedis Donabedian de la escuela de salud pública de Michigan, quien ha sido pionero de este tema en el contexto de salud definiendo que "Calidad de la atención es aquella que se espera que pueda proporcionar al usuario el máximo y más completo bienestar después de valorar el balance de ganancias y pérdidas que pueden acompañar el proceso en todas sus partes” (Mejía García, 1997).

Pilares del desempeño en la calidad



Las mediciones e indicadores permiten al usuario tener información, poder elegir y aumentar el grado de satisfacción. El desempeño en calidad se sustenta en (Forrellat Barrios, 2014):

- Medición de resultados: Midiendo los resultados se pueden mejorar los procesos, revisando los indicadores como mortalidad, morbilidad, natalidad, entre otros. No se saca nada con tener indicadores si no se es capaz de revisarlos y actuar.
- Mediciones de procesos: cumplimiento de los protocolos.
- Mediciones de satisfacción de los pacientes y sus familias: medir mediante indicadores cuán satisfechos están los usuarios con nuestro quehacer, el trato y el resultado final.

#### Dimensiones de la calidad

**Efectividad:** Se refiere a la capacidad real de un procedimiento o tratamiento de lograr los objetivos propuestos.

**Eficiencia:** Es la máxima prestación de cuidados por recurso utilizado.

**Accesibilidad o facilidad para obtener atención de salud a pesar de barreras económicas, geográficas, culturales, etc.**

**Continuidad:** Es decir que la atención se provea de forma ininterrumpida y coordinada en y entre distintos proveedores e instituciones.

**Oportunidad o entrega de servicios en el momento en el usuario efectivamente lo requiera o necesite.**

Aceptabilidad o Satisfacción Usuaría, tal como su nombre lo indica, se refiere al grado de satisfacción de los usuarios respecto a la atención.

Equidad, es la distribución justa de las atenciones sanitarias, por ejemplo a igual patología igual acceso a tecnologías o competencias profesionales de manera independiente de otros determinantes (sociales, geográficos, económicos).

Seguridad: Involucra la reducción del riesgo de daño asociado a la atención sanitaria, hasta un mínimo aceptable.

Competencia Profesional: Es la capacidad de los miembros del equipo de salud para solucionar problemas de salud y satisfacer las necesidades de sus usuarios (Observatorio de calidad en salud Guía Práctica, 2018).

Frente a todo lo anterior se hace evidente como desde el desarrollo del concepto de calidad, se prioriza al paciente y al usuario para el desarrollo de los procesos de atención, enfocados en una atención segura que no genere daños para el paciente, adiciona a esto que el paciente se sienta a gusto con la atención prestada, enmarcando la calidad y la seguridad como dos pilares fundamentales de la prestación del servicio de salud.

### **Percepción**

La percepción está definida como un conjunto de procesos y actividades relacionados con la estimulación que alcanza a los sentidos, mediante los cuales obtenemos información respecto a nuestro hábitat, las acciones que efectuamos en él y nuestros propios estados internos.

Este concepto puede entenderse como procesamiento de información: una serie de operaciones que transforman un elemento de entrada (o input) - la luz- en otro de "salida" (o output) diferente - información sobre el entorno (Garcia, s.f.).

La percepción comprende fundamentalmente dos procesos primero, la remodificación o selección del enorme caudal de datos que nos llegan del exterior, reduciendo su complejidad y facilitando su almacenamiento y recuperación en la memoria, segundo, un intento de ir más allá de la información obtenida, con el fin de predecir acontecimientos futuros y de ese modo,

evitar o reducir la sorpresa (Arias Castilla, 2006).

Heider (1958) concluyó que las personas tienden a atribuir la conducta de alguien a causas internas a la disposición de las personas, o a causas externas, o relacionadas con la situación. Estas explican la teoría de atribución, en la cual, las personas explican la conducta de los demás, atribuyéndola por ejemplo a disposiciones internas (rasgos, motivos y actitudes perdurables o a situaciones externas) (Arias Castilla, 2006).

Para el proceso de percepción de un evento, se tienen en cuenta la interacción social. En él se permite la adaptación social, mediante la percepción del medio que rodea a las personas, medio físico y social. En este proceso son de carácter básico algunos procesos como la atribución, la cognición social y la inferencia. La percepción de una persona o de algún fenómeno depende del reconocimiento de emociones, a partir de las reacciones de las personas; también se forman las impresiones, a partir de la unión de diversos elementos informativos que se recolectan en los primeros instantes de interacción. Y también, en tercer lugar, por atribuciones causales, o búsqueda de alguna causa que explique la conducta y los

hechos. En cualquier caso, lo que parece evidente es que los sentimientos, pensamientos y conductas respecto a las personas estarán mediatizados por el tipo de causa a la que se atribuya su conducta (Arias Castilla, 2006).

Lo anterior evidencia la importancia de la percepción del paciente en cuanto a seguridad durante la prestación del servicio de salud, ya que a partir de esto crea un concepto que evaluara la calidad del servicio de salud.

## Capítulo 3. Marco Metodológico

### Tipo De Estudio

Se desarrolló un estudio cuantitativo de tipo no experimental, descriptivo, transversal, elaborado con el fin de describir la percepción de los pacientes sobre las condiciones de seguridad durante la estancia hospitalaria en la Clínica de Occidente de Bogotá.

Una investigación cuantitativa presenta como característica que “usa la recolección de datos para probar hipótesis con base a medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías” (Del Canto & Silva Silva, 2013), es de tipo no experimental “dado que este tipo de estudios son usados para describir, diferenciar o examinar asociaciones, en vez de buscar relaciones directas entre variables, grupos o situaciones. No existen tareas aleatorias, grupos control, o manipulación de variables, ya que este modelo utiliza apenas la observación” (De Sousa, Diessnack, & Costa Mendez, 2017), adicional a esto descriptivo y transversal, debido a que “el investigador se limita a medir la presencia, características o distribución de un fenómeno en una población en un momento de corte en el tiempo” (Veiga de Cabo, De la Fuede Diez, & Zimmerann, 2008).

Lo anteriormente mencionado se cumple, debido a que en este caso los datos son recolectados a partir de una encuesta la cual permitió obtener estadísticamente información con la que se logró determinar la percepción de seguridad durante el ámbito hospitalario, el investigador cumplió un papel observacional, con el fin de lograr describir dicha percepción, en un momento específico dado que la recolección de datos se dio entre agosto, junio y julio del 2019.

## **Población**

La población con la que se contó para el desarrollo de la investigación estuvo conformada por 120 pacientes en los servicios de hospitalización de la clínica del occidente ubicada en la ciudad de Bogotá, la cual cuenta con una capacidad instalada de 120 camas para el servicio de hospitalización.

## **Muestra**

Para el desarrollo del estudio, se realizó, un muestreo probabilístico, el cual es de suma importancia debido a que la representatividad de una muestra, permite extrapolar y por ende generalizar los resultados observados en esta, a la población accesible (conjunto de sujetos que pertenece a la población blanco, que están disponibles para la investigación) y a partir de esta a la población blanco. Una muestra será representativa o no; solo si fue seleccionada al azar, es decir, que los sujetos de la población blanco y accesible, tuvieron la misma posibilidad de ser seleccionados en esta muestra y por ende ser incluidos en el estudio, y por otro lado que el número de sujetos seleccionados represente numéricamente a la población que le dio origen respecto de la distribución de la variables en estudio en la población (Otzen & Manterola, 2017).

Para el cálculo de la muestra se utilizó la siguiente formula, establecida para población finita:

$$n = \frac{N \times Z_{\alpha}^2 \times p \times q}{d^2 \times (N-1) + Z_{\alpha}^2 \times p \times q}$$

En donde:

N = Tamaño de la población

Z = Nivel de confianza

p = Probabilidad de éxito

q = Probabilidad de fracaso

d = Error máximo admisible

Para el desarrollo de la investigación, se estableció un nivel de confianza de 95%, un error admitido del 5%, obteniendo de tamaño de la muestra 94 paciente hospitalizados en la Clínica de Occidente de Bogotá durante los meses de Junio, Julio y Agosto de 2019.

### **Criterios de inclusión**

Se tuvo encuentra para la inclusión en la muestra del estudio los siguientes aspectos:

- Paciente hospitalizado en cualquier servicio de la Clínica de Occidente.
- Paciente con estancia hospitalaria mayor a tres días.
- Pacientes mayores de 18 años.
- Pacientes con Glasgow 15/15

### **Criterios de exclusión**

Dentro de los criterios de exclusión, se tuvo en cuenta:

- Pacientes que no desearan participar en el estudio.
- Paciente que no sepan leer y escribir.
- Pacientes que por condición médica actual no logran desarrollar el cuestionario.

## **Instrumento para la recolección de datos**

Para el desarrollo del estudio, se utilizó como instrumento una encuesta elaborada por el Grupo de Cuidado al Paciente Crónico y su familia de la Universidad Nacional de Colombia, validada para el contexto colombiano: “Percepción de Condiciones de Seguridad del Entorno Hospitalaria, versión Paciente”.

Este instrumento, inicia con un encabezado denominado Datos de Identificación, en el cual se indaga por datos personales y sociodemográficos del participante, adicional a esto, se encuentra conformado por 29 ítems, subdividido en cinco categorías:

1. Conocimiento: Conformado por siete preguntas que evalúan el conocimiento del paciente frente a su hospitalización, los riesgos a los que se está expuesto que no están relacionados con su enfermedad y deberes y derechos como paciente.
2. Pautas de prevención: Compuesto por seis preguntas, que establecen si el personal cumple con criterios de prevención de seguridad hacia los pacientes.
3. Actitud personal frente al riesgo: Establece 7 preguntas, las cuales buscan indagar sobre el comportamiento del paciente frente a la identificación del riesgo al ingresa a una institución hospitalaria.
4. Riesgo materializado: Evalúa 8 aspectos, frente a situaciones que le paciente ha percibido riesgo de ocurrencia durante su hospitalización.
5. Percepción global de seguridad: Una pregunta que cuestiona al paciente sobre si se ha sentido seguro o no durante la hospitalización.

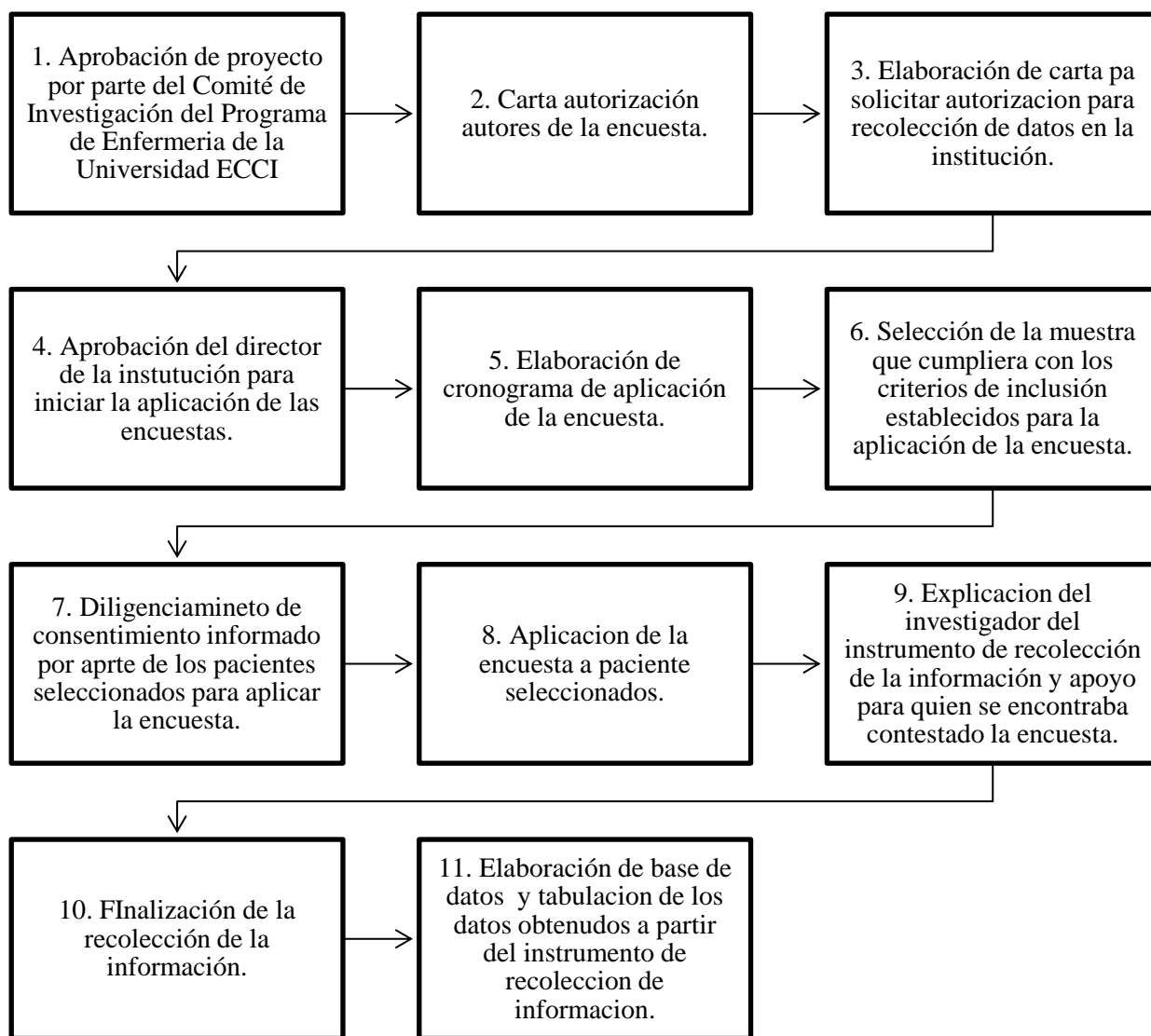
(Ver Anexo A)



## **Escenario de investigación**

La investigación se desarrolló en una Clínica ubicada en el suroccidente de Bogotá (Clínica del Occidente), de cuarto nivel de complejidad, con capacidad total de 120 camas aproximadamente para el servicio de hospitalización general y un aproximado de relación pacientes enfermeras profesionales dos por cada treinta pacientes y auxiliares en enfermería una por cada 10 pacientes Vs atención en pacientes, con políticas clara de y establecidas de atención y seguridad del paciente.

## Procedimiento para la recolección de datos



Referencia: Elaboración Propia

## Procedimiento para el análisis de datos

La información obtenida se organizó a través de estadística descriptiva, a través de la elaboración de una base de datos, que permitió organizar, tabular y procesar la información,

utilizado el Programa de Excel del paquete de Microsoft Office 2013. Estableciendo codificación dada por los investigadores a cada una de las preguntas.

### **Criterios éticos**

Resolución 8430 de 1993.

Para el desarrollo de esta investigación, se tiene en cuenta dentro de los aspectos éticos, lo establecido por la normatividad colombiana, referente a las investigaciones en salud en seres humanos en Colombia. Se toma como punto de desarrollo la Resolución 8430 de 1993, “por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud”. Dentro de los aspectos que se encuentran dentro de esta resolución, concierne a esta investigación:

- **Capítulo 1 “DE LOS ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN EN SERES HUMANOS”**

**ARTICULO 5.** En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y su bienestar.

**ARTICULO 6.** La investigación que se realice en seres humanos se deberá desarrollar conforme a los siguientes criterios:

- a. Se ajustará a los principios científicos y éticos que la justifiquen.
- b. Se fundamentará en la experimentación previa realizada en animales, en laboratorios o en otros hechos científicos.

- c. Se realizará solo cuando el conocimiento que se pretende producir no pueda obtenerse por otro medio idóneo.
- d. Deberá prevalecer la seguridad de los beneficiarios y expresar claramente los riesgos (mínimos), los cuales no deben, en ningún momento, contradecir el artículo 11 de esta resolución.
- e. Contará con el Consentimiento Informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal con las excepciones dispuestas en la presente resolución.
- f. Deberá ser realizada por profesionales con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano bajo la responsabilidad de una entidad de salud, supervisada por las autoridades de salud, siempre y cuando cuenten con los recursos humanos y materiales necesarios que garanticen el bienestar del sujeto de investigación.
- g. Se llevará a cabo cuando se obtenga la autorización: del representante legal de la institución investigadora y de la institución donde se realice la investigación; el Consentimiento Informado de los participantes; y la aprobación del proyecto por parte del Comité de Ética en Investigación de la institución.

**ARTICULO 8.** En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo, sujeto de investigación, identificándolo solo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

**ARTICULO 11.** Para efectos de este reglamento las investigaciones se clasifican en las siguientes categorías:

**b. Investigación con riesgo mínimo:** Son estudios prospectivos que emplean el registro de datos a través de procedimientos comunes consistentes en: exámenes físicos o psicológicos de diagnóstico o tratamientos rutinarios, entre los que se consideran: pesar al sujeto, electrocardiogramas, pruebas de agudeza auditiva, termografías, colección de excretas y secreciones externas, obtención de placenta durante el parto, recolección de líquido amniótico al romperse las membranas, obtención de saliva, dientes deciduales y dientes permanentes extraídos por indicación terapéutica, placa dental y cálculos removidos por procedimientos profilácticos no invasores, corte de pelo y uñas sin causar desfiguración, extracción de sangre por punción venosa en adultos en buen estado de salud, con frecuencia máxima de dos veces a la semana y volumen máximo de 450 ml en dos meses excepto durante el embarazo, ejercicio moderado en voluntarios sanos, pruebas psicológicas a grupos o individuos en los que no se manipulará la conducta del sujeto, investigación con medicamentos de uso común, amplio margen terapéutico y registrados en este Ministerio o su autoridad delegada, empleando las indicaciones, dosis y vías de administración establecidas y que no sean los medicamentos que se definen en el artículo 55 de esta resolución. (Ministerio de Salud y Protección social, 1993)

Principios éticos

### **Justicia**

El término relevante en este contexto es el de justicia distributiva que, se refiere a «la distribución imparcial, equitativa y apropiada en la sociedad, determinada por normas justificadas que estructuran los términos de la cooperación social». Sus aspectos incluyen las políticas que asignan beneficios diversos y cargas tales como propiedad, recursos, privilegios

y oportunidades. Son varias las instituciones públicas y privadas implicadas, incluyendo al Gobierno y al sistema sanitario. (Siruana Aparisi, 2010).

La investigación da cumplimiento a este aspecto, dado que todos los participantes se tratarán de igual manera y sus respuestas serán manipuladas y tratadas con igual importancia.

### **Beneficencia - No maleficencia**

El principio de no-maleficencia hace referencia a la obligación de no infringir daño intencionadamente. Este principio se inscribe en la tradición de la máxima clásica *primum non nocere* («lo primero no dañar») (Siruana Aparisi, 2010).

Este principio solicita «no dañar». Una persona daña a otra cuando lesiona los intereses de ésta. Estos intereses pueden considerarse de manera amplia como son los referidos a la reputación, la propiedad, la privacidad o la libertad. (Siruana Aparisi, 2010).

La investigación responde a este principio teniendo en cuenta que es una investigación que presenta un riesgo mínimo y no se afecta al participante.

### **Autonomía**

La autonomía de una persona es respetada cuando se le reconoce el derecho a mantener puntos de vista, a hacer elecciones y a realizar acciones basadas en valores y creencias personales. El respeto por la autonomía del paciente obliga a los profesionales a revelar información, a asegurar la comprensión y la voluntariedad y a potenciar la participación del paciente en la toma de decisiones (Siruana Aparisi, 2010).

En esta investigación, se tiene en cuenta la participación voluntaria, donde el paciente se puede retirar en cualquier momento, mediante la firma de un consentimiento informado (Ver anexo B)

## **Confidencialidad**

Se basa en una relación supuesta de confianza ante la que se espera la respuesta de fidelidad. Es sobre este supuesto que se estructura el deber del secreto profesional como expresión máxima de la confidencialidad que el profesional debe a cuanto información el paciente le proporcione, de una u otra clase, y sin más límite que el posible daño a otras personas o el bien de la comunidad.

El cumplimiento de este principio se da a partir de codificación de los cuestionarios, enfatizando que la información es manejada exclusivamente por los investigadores y netamente con fines académicos.

Adicional a lo ya mencionado se respeta el reglamento de propiedad intelectual establecido por la Universidad ECCI, establecido mediante la Resolución Rectoral No 06 del 5 de julio de 2016 en sus artículos 22-24 y 27

También cabe resaltar que se cuenta con el permiso por parte del grupo de cuidado al paciente crónico y su familia para la utilización del cuestionario (Ver anexo B), con permiso de la Clínica de Occidente (Ver anexo C), permiso para uso del instrumento (ver anexo D)

Por lo anterior se deja en claro que la presente investigación, no pone en riesgo la vida de los participantes, adicional a esto no se realizaran actividades de experimentación con seres humanos, representando un riesgo mínimo, tampoco no se verá afectada su dignidad y no se hará discriminación por vulnerabilidad en el análisis de datos.

## Capítulo 4. Resultados y análisis

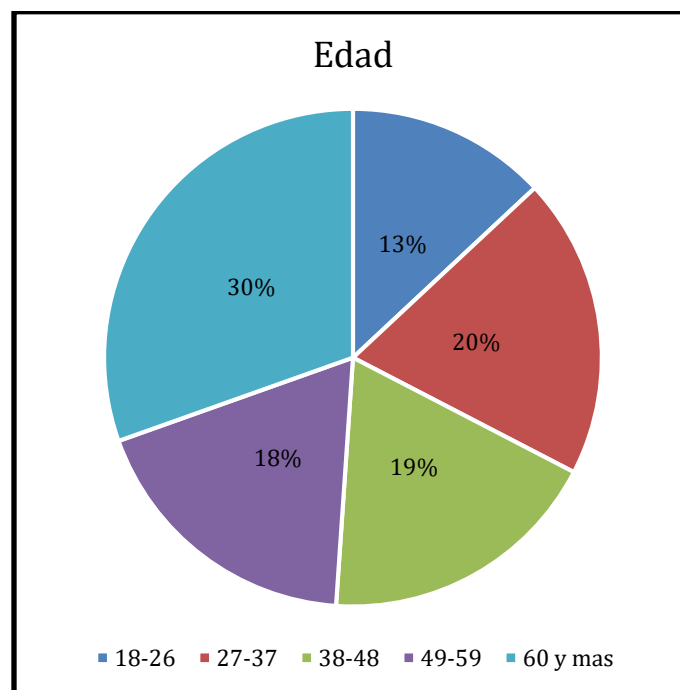
Tras aplicar la encuesta denominada “**Percepción del paciente sobre condiciones de seguridad del entorno hospitalario, versión paciente**”, a una muestra de 92 paciente hospitalizados en la Clínica de Occidente, se obtuvieron los resultados que se presentaran a continuación.

Los resultados se recolectaron en un periodo de tres meses Junio, Julio, Agosto de 2019, los cuales se organizaron en una matriz de Excel, en la cual se consignó toda la información recolectada con el fin de tabular los datos base del estudio, logrando con lo anterior la elaboración de tablas y gráficos los cuales van a permitir realizar un análisis en cada una de las categorías presentadas en el instrumento de investigación.

### Caracterización socio demográfica

Edad

GRAFICA 1. Edad



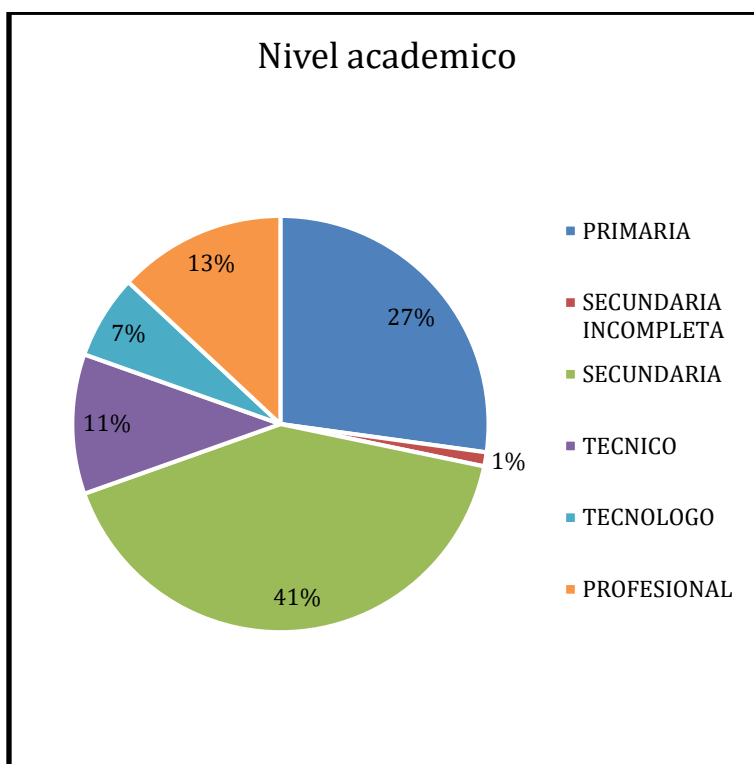
Fuente: Elaboración propia



En el Gráfico 1, se evidencia el rango de edad de la muestra a la que se aplicó la encuesta descrita anteriormente en la Clínica de Occidente, encontrándose participación de pacientes entre 18 y 89 años de edad, distribuido de la siguiente manera, el mayor porcentaje se concentra en los adultos entre 60 años y más con un 30% de representatividad, seguido por los pacientes entre 27 y 37 años con un 20%, seguido de los paciente entre 38 y 48 años y los de 49 a 59 años con 19% y 18% de representatividad respectivamente, el menor porcentaje de la muestra se ubicó en los paciente de 18 a 26 años con un 13% de participación

Nivel educativo

GRAFICA 2. Nivel educativo



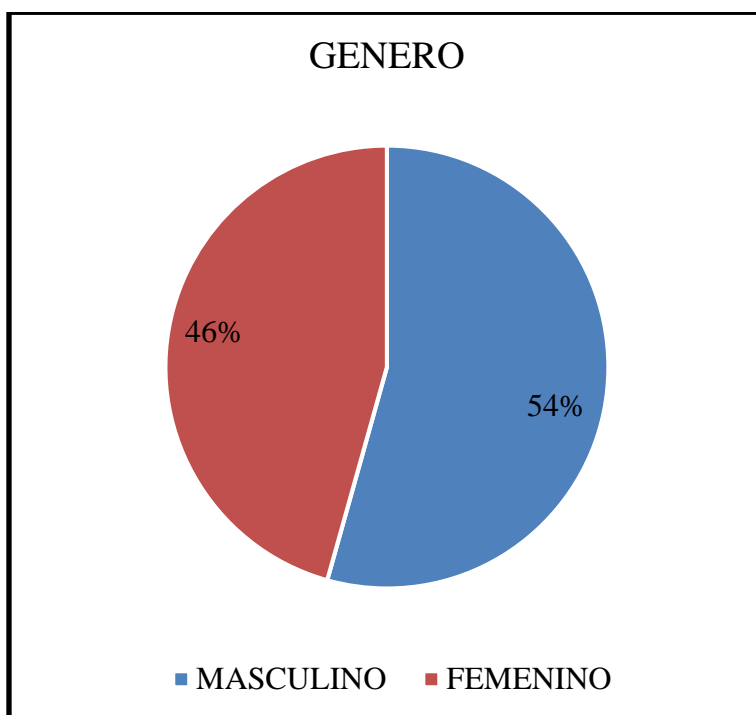
Fuente: Elaboración propia.

En la Gráfica 2, se muestra el nivel educativo de la muestra encuestada, distribuido en seis grupos: Primaria, secundaria incompleta, secundaria completa, técnico, tecnólogo y profesional, donde la mayor parte de la muestra se ubica en la secundaria completa con un

41%, seguido de primaria, profesional, técnico y por último secundaria incompleta con 27%, 13%, 11%, 7% y 1% respectivamente.

Género

GRAFICA 3. Género

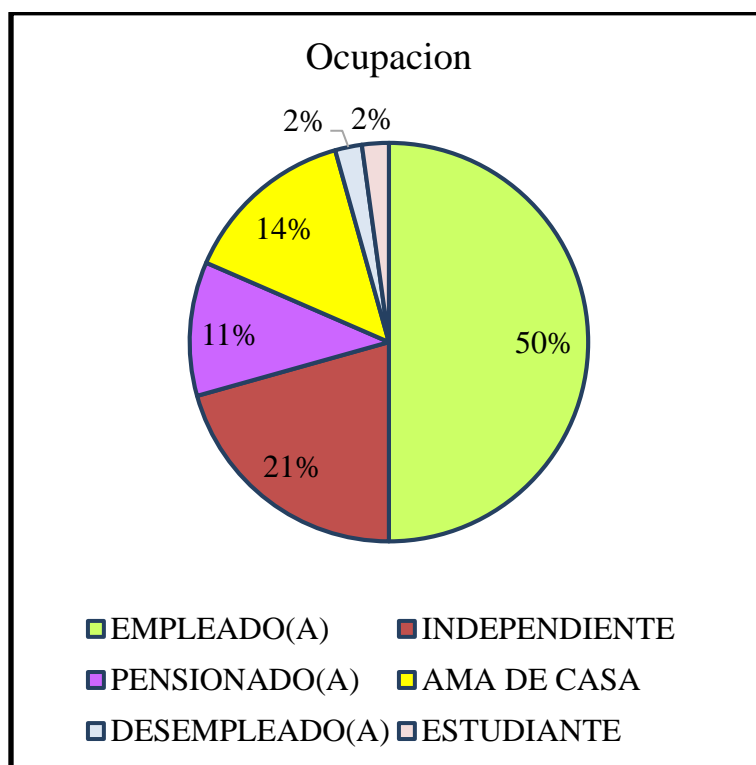


Fuente: Elaboración propia.

La gráfica 3 muestra la distribución por género, donde del total de la muestra (92 pacientes), en 54% pertenece al género masculino y el 46% al género femenino.

## Ocupación

GRAFICA 4. Ocupación

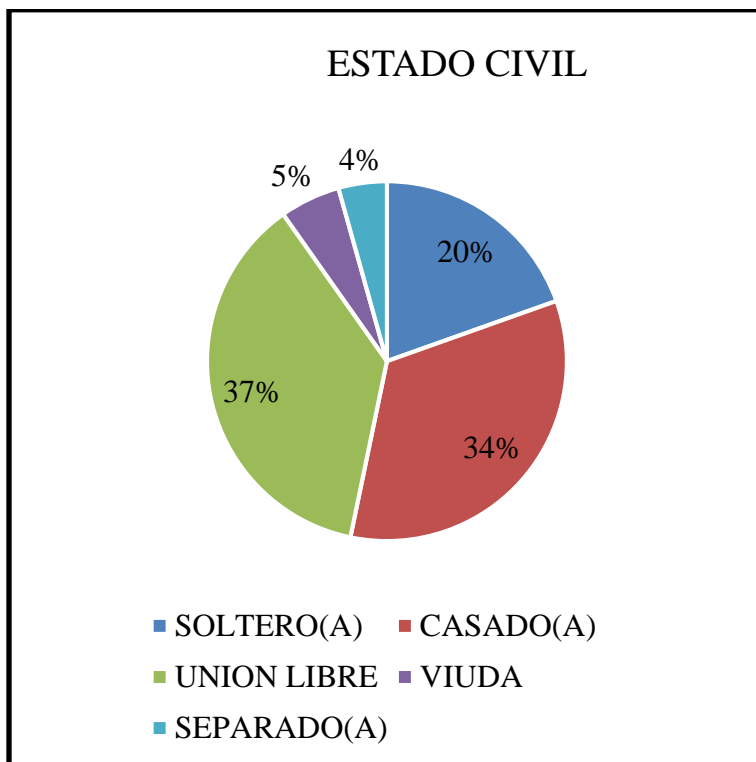


Fuente: Elaboración propia.

En la gráfica 4, se muestra la distribución de la ocupación de la muestra encuestada, donde el 50% es empleado, el 21% independiente, el 11% pensionado, evidenciándose que el 83% de la muestra cuenta con ocupación que garantiza ingresos para satisfacer necesidades básicas, por otro lado se encuentra que el 18% se ubica en otras ocupaciones donde el 14% es ama de casa, y en menor proporción desempleado y estudiante con un 2% respectivamente.

## Estado civil

GRAFICA 5. Estado Civil



Fuente: Elaboración propia.

En la gráfica 5, se muestra la distribución de la población con respecto a su estado civil, donde la mayor parte de esta se ubica en unión libre y casados con 37% y 34% respectivamente, seguido de los solteros con un 20% y en menos proporción los separados y viudos con 5 y 4% de representatividad.

## Diagnóstico

GRAFICA 6. Diagnóstico



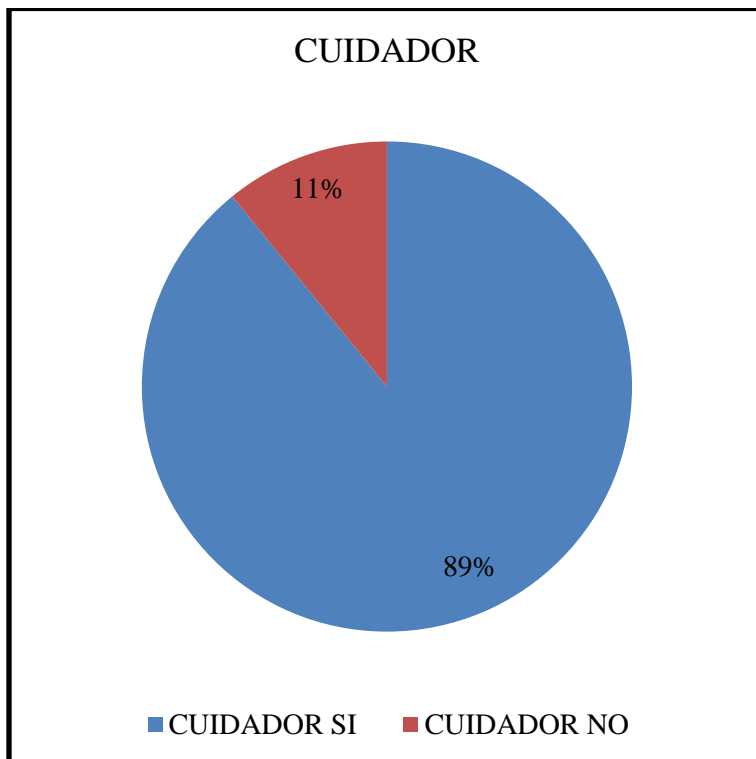
Fuente: Elaboración propia

En la gráfica 6, se muestran los diagnósticos de la muestra encuestada los cuales se distribuyeron en 6 grupos, donde las enfermedades de mayor predominio se encuentran en las del sistema digestivo con un 29%, dentro de las que se encuentran (hemorragia de vías digestivas, colelitiasis, posoperatorio de laparotomía exploratoria, cáncer de colon, cáncer de recto, cáncer gástrico, cáncer páncreas, posoperatorio de apendicetomía, enfermedad

diarreica aguda, pancreatitis aguda, síndrome biliar obstructivo, coledocolitiasis, colangiocarcinoma, cierre de ileostomía), seguido de enfermedades del sistema cardiovascular con un 18%, dentro de las que se encuentra, ( trombosis venosa profunda de miembros inferiores, posoperatorio safenectomía, emergencia hipertensiva, corrección cardiovascular aneurisma, ulcera varicosa sobreinfectada, infarto agudo al miocardio, accidente cerebrovascular, posoperatorio endoprotesis aortica, meningioma, sincope cardiogénico, vasculitis), seguido de enfermedades del sistema renal con 11% y otras con un 10%, en menor proporción se encuentra, enfermedades del sistema genitourinario 8%, politraumatismo con 6%, enfermedades del sistema inmune con 7% y enfermedades del sistema esquelético con 1%.

#### Cuidador

GRAFICA 7. Cuidador



Fuente: Elaboración propia.

En la gráfica 7, se muestra que porcentaje de la muestra cuenta con una persona que lo cuide durante su hospitalización, donde el 89% contestó que sí y el 11% contestó que no contaba con cuidador.

Con respecto a los resultados sociodemográficos a grandes rangos se obtiene que la muestra encuestada se encuentra mayormente en los rangos de edad de 29 a 33 años y 64 y 68 años, la muestra encuestada pertenece mayoritariamente al género masculino, contrario a lo presentado en el estudio realizado por Vargas Rosero (2017) donde predominaba el género femenino, adicional a esto la mayor parte de la población pertenecía a nivel educativo de secundaria completa, se ocupaban principalmente como empleados o independientes, las patologías predominantes fueron las enfermedades del sistema digestivo y cardiovascular, su estado civil era mayormente casado o unión libre y finalmente la mayor parte de la muestra contaba con cuidador durante su proceso patológico, lo cual es importante tener en cuenta dada la influencia de la familia sobre el cuidado del paciente en estado de hospitalización.

### **Percepción de la seguridad**

A continuación, se presentan los resultados obtenidos en las cinco categorías definidas por el instrumento: Conocimiento, pautas de prevención, actitud personal frente al riesgo, riesgo materializado y percepción global de seguridad.

#### **Conocimiento**

Dentro la categoría de conocimientos, se evalúan las preguntas 1 a 7 del instrumento de evaluación, donde los ítems 2, 4 y 6 corresponden a preguntas abiertas, por lo cual se hace la claridad de que, la pregunta 2 está ligada a la pregunta 1 por lo cual su resultado es el mismo, se presentara una gráfica independiente con la pregunta 4 y la pregunta 6 se enmarco

dentro de la base de datos con una respuesta dicotómica como las demás preguntas plasmadas en la tabla 1.

En esta sección del instrumento de evaluación, se valora el conocimiento que tiene el paciente sobre el riesgo de encontrarse hospitalizado, partiendo del punto del que el paciente en muchas ocasiones omite el riesgo que representa encontrarse internado en una institución de salud, y relaciona “el estar seguro” con la buena atención y no con las adecuadas prácticas de seguridad por parte del personal que lo atiende.

Se muestra a continuación la tabla 1 y la gráfica 8, donde se visualizan los resultados obtenidos a las preguntas aplicadas.

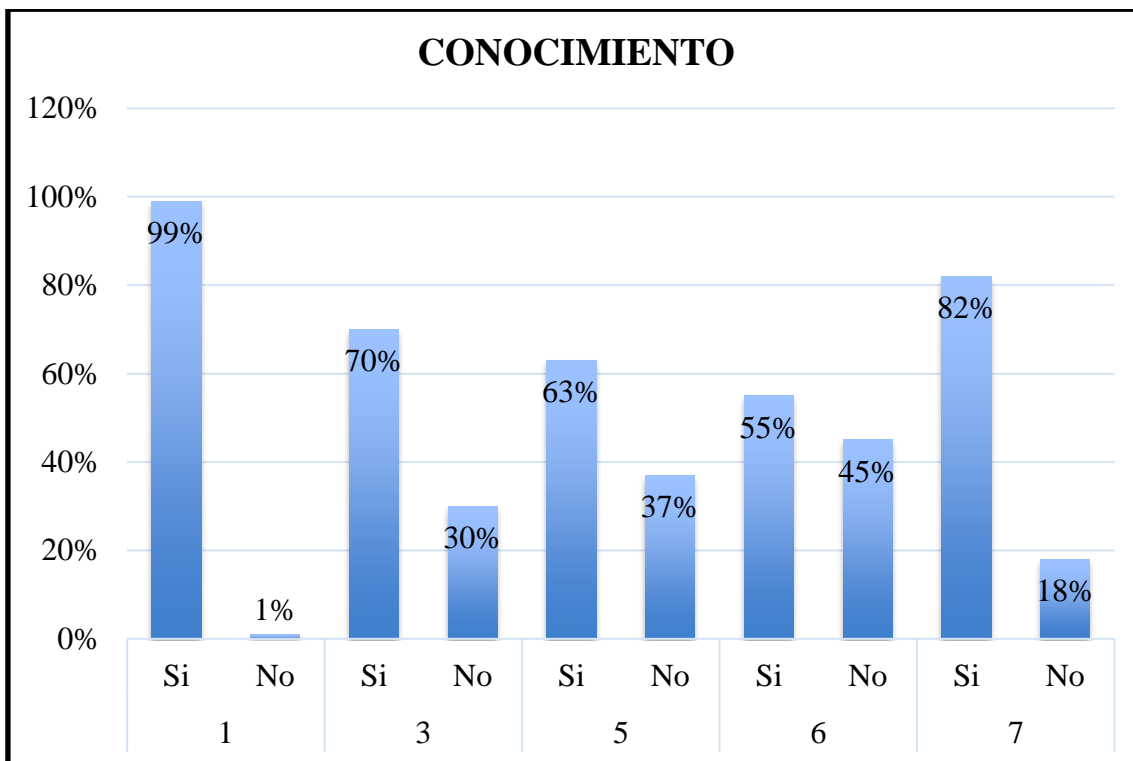
Tabla 1. Conocimiento

<b>CONOCIMIENTO</b>	<b>PORCENTAJE</b>	
1. ¿Conoce la razón por la que se encuentra hospitalizado? 2. ¿Cuál es?	Si	99%
	No	1%
3. ¿Cree que durante la hospitalización usted puede estar expuesto a algunos riesgos?	Si	70%
	No	30%
5. ¿Sabe qué hacer para que estos riesgos no ocurran?	Si	63%
	No	37%
6. ¿Conoce cómo actuar ante la ocurrencia de estos riesgos?	Si	55%
	No	45%
7. ¿Conoce sus deberes y derechos como paciente durante su hospitalización?	Si	82%
	No	18%

Fuente: Elaboración propia



GRAFICA 8. Conocimiento



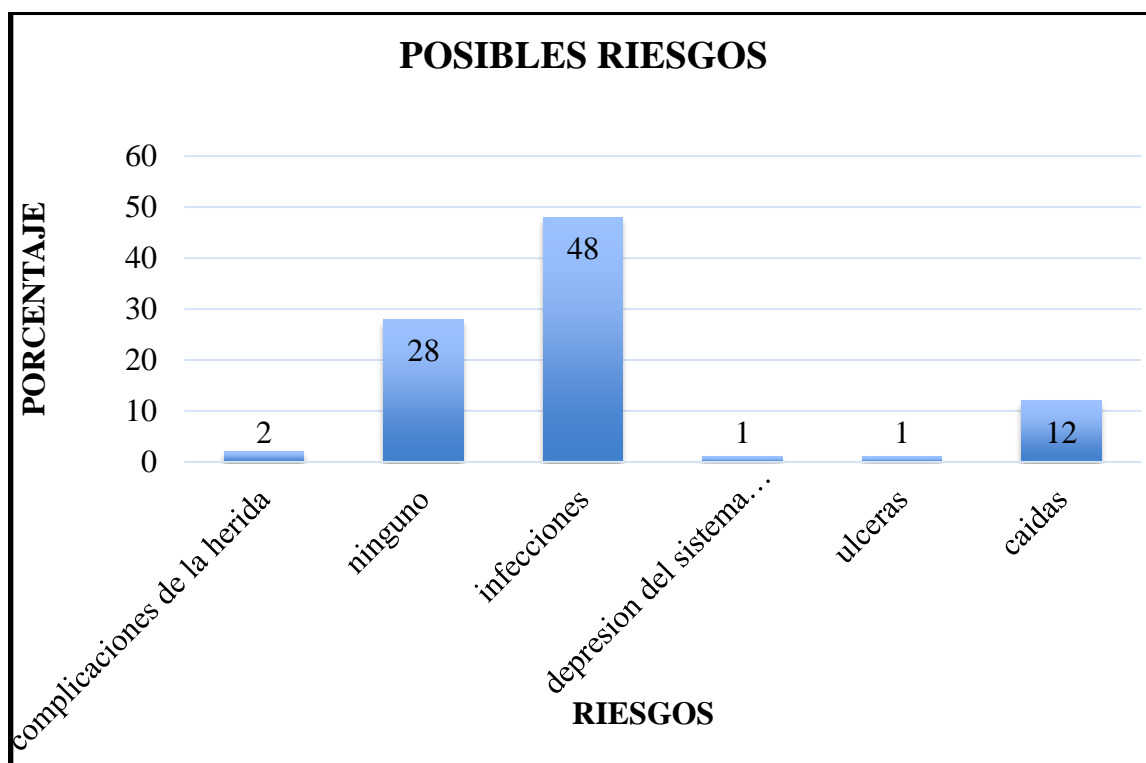
Fuente: Elaboración propia.

En lo anterior se obtiene que el 99% de los pacientes conoce cuál es la razón por la que se encuentran hospitalizados y un 1% manifiesta desconocerlo, el 70% de la población indica creer que durante la hospitalización puede estar expuesto a un riesgo, lo cual es positivo teniendo en cuenta que en su mayoría la muestra percibe el riesgo presente al estar hospitalizado, por el contrario, un 30% manifiesta no creer estar en riesgo. El 63% de la población manifiesta saber qué hacer para que estos riesgos no ocurran y el 37% manifiesta no saber cómo actuar ante la presencia de riesgos, el 55% de la población manifiesta conocer cómo actuar ante la ocurrencia de estos riesgos mientras que el 45% manifiesta no conocerlo. El 82% de los pacientes conoce sus deberes y derechos durante la hospitalización mientras que el 18% los desconoce.

Con lo anterior, se evidencia que el mayor porcentaje de los pacientes conoce el motivo de su hospitalización. Sin embargo, al enfocarse en los riesgos presentes durante la misma, el modo de actuar para prevenirlo y los deberes y derechos durante la hospitalización, se evidencia que cerca del 60% lo conoce y un alto porcentaje cerca del 40% lo desconoce.

Gráfica 9. Posibles riesgos.

GRAFICA 9. Posibles riesgos



Fuente: Elaboración propia.

Frente a los posibles riesgos que los pacientes perciben durante la hospitalización, se presenta en la gráfica 9 lo manifestado, donde la mayor proporción percibe las infecciones como el mayor riesgo con 48%, seguidas de ninguno 28% y de caídas con el 12%, en menor proporción complicaciones de la herida, depresión del sistema inmunológico y úlceras con 2%, 1% y 1% respectivamente.

## Pautas de prevención

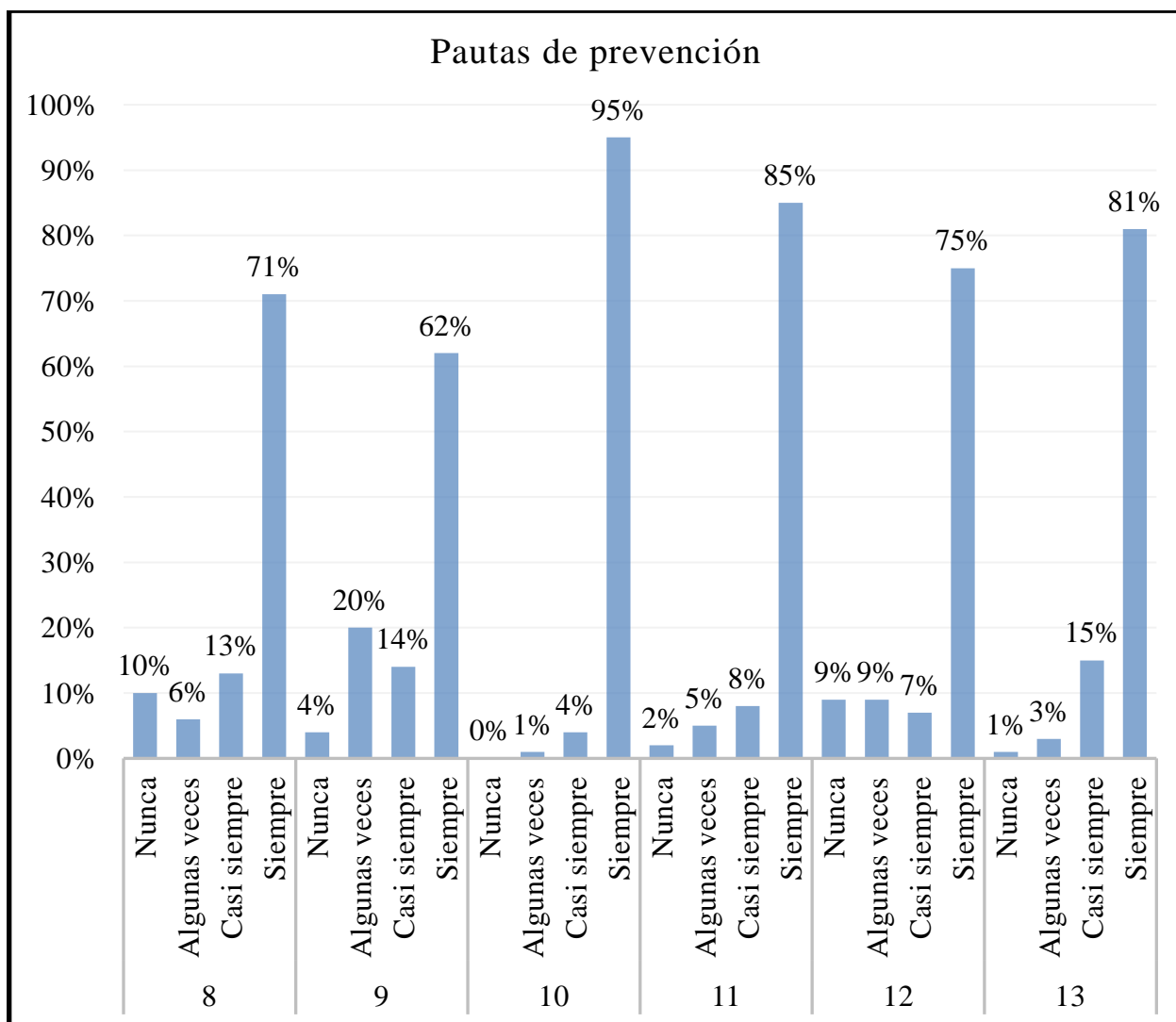
En cuanto a las pautas de prevención frente al riesgo hospitalario, se evaluaron las preguntas 8 a la 13, donde los resultados se presentan en la Tabla 2 y la gráfica 10, donde se evalúa la percepción del paciente frente a acciones de prevención del riesgo durante la hospitalización por parte del personal hospitalario.

Tabla 2. Pautas de prevención

<b>PAUTAS DE PREVENCIÓN</b>	<b>PORCENTAJE</b>	
8. ¿Le han explicado las reglas y procedimientos de seguridad durante su hospitalización?	Nunca	10%
	Algunas veces	6%
	Casi siempre	13%
	Siempre	71%
9. ¿El personal de salud acude oportunamente ante sus llamados?	Nunca	4%
	Algunas veces	20%
	Casi siempre	14%
	Siempre	62%
10. ¿El personal de salud lo llama por su nombre antes de realizar cualquier procedimiento?	Nunca	0%
	Algunas veces	1%
	Casi siempre	4%
	Siempre	95%
11. ¿Existe una comunicación plena, clara y confidente con el personal de salud?	Nunca	2%
	Algunas veces	5%
	Casi siempre	8%
	Siempre	85%
12. ¿Le han brindado información sobre los riesgos y complicaciones de los tratamientos y procedimientos realizados durante la hospitalización?	Nunca	9%
	Algunas veces	9%
	Casi siempre	7%
	Siempre	75%
13. ¿ha observado si el personal que lo atiende cumple con las medidas para prevenir los riesgos?	Nunca	1%
	Algunas veces	3%
	Casi siempre	15%
	Siempre	81%

Fuente: Elaboración propia

GRAFICA 10. Pautas de prevención



Fuente: Elaboración propia

El cuadro anterior evidencia las pautas de prevención ejecutadas por parte del personal y percibidas por el paciente, los mayores porcentajes evidenciados por el paciente son ser llamados por su nombre con un 95% de cumplimiento, una comunicación plena, clara y confidente con un 85% y el uso de medidas para prevenir riesgos con un 81% de cumplimiento.

Por otro lado, se evidencia que los paciente encuestados manifiestan que en algunas veces o nunca se da una respuesta oportuna ante el llamado del paciente con un 24% de incidencia, se explican riesgo o complicaciones de procedimientos a realizar durante la hospitalización con un 18% de ocurrencia y no se han explicado reglas de seguridad el paciente con un 16%.

#### Actitud personal frente al riesgo

En este aspecto, se obtienen los resultados de las preguntas 14 a la 20, las cuales evalúan las medidas de autocuidado tomadas por los pacientes a partir de la observación, detección e identificación del peligro durante la hospitalización.

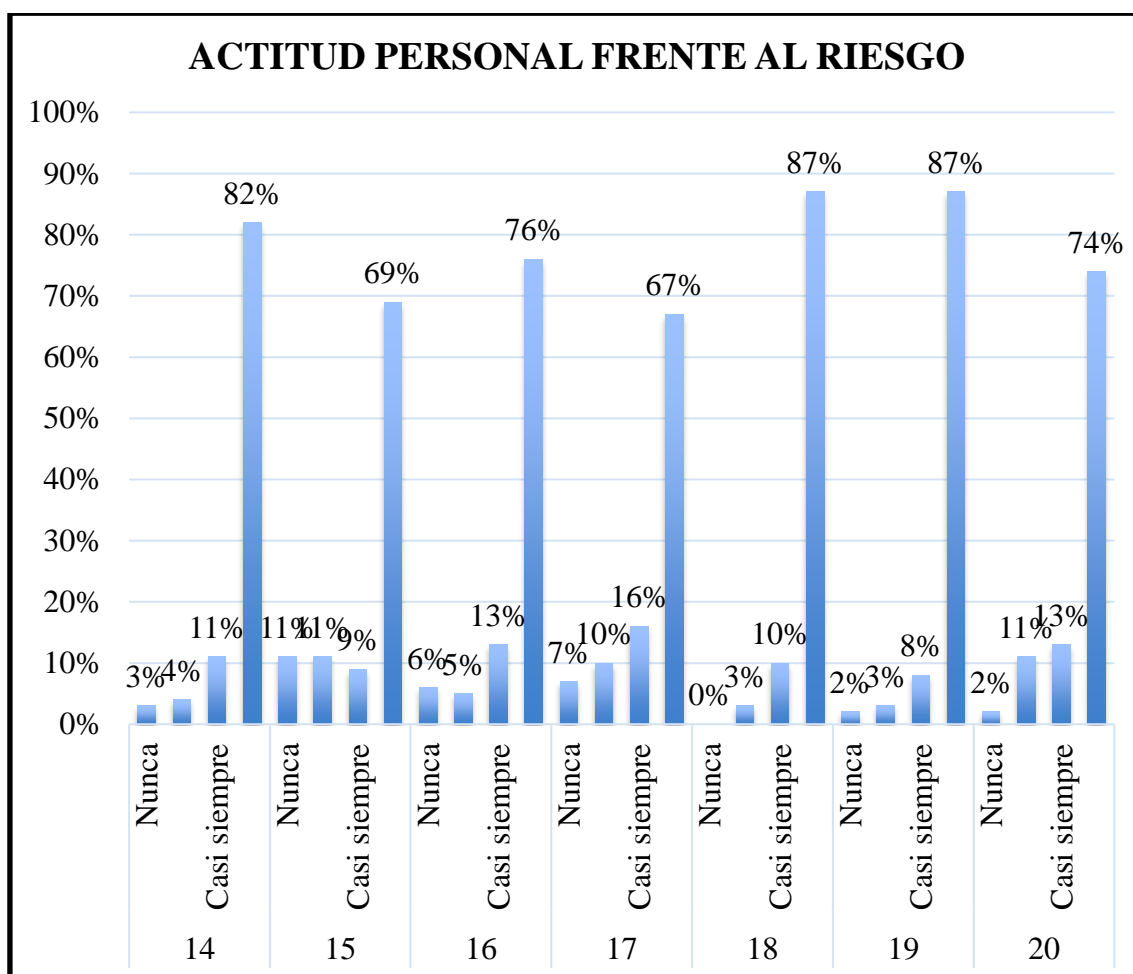
Tabla 3 Actitud personal frente al riesgo.

<b>ACTITUD PERSONAL FRENTE AL RIESGO</b>	<b>PORCENTAJE</b>
14. Cuando Ud. Llega a un lugar nuevo ¿lo observa con atención?	Nunca 3%
	Algunas veces 4%
	Casi siempre 11%
	Siempre 82%
15. ¿Está Ud. Pendiente de detectar posibles riesgos en este espacio?	Nunca 11%
	Algunas veces 11%
	Casi siempre 9%
	Siempre 69%
16. Cuando Ud. Detecta un posible riesgo, ¿busca o pide apoyo?	Nunca 6%
	Algunas veces 5%
	Casi siempre 13%
	Siempre 76%
17. Cuando Ud. Detecta un posible riesgo ¿hace algo para minimizarlo?	Nunca 7%
	Algunas veces 10%
	Casi siempre 16%

	Siempre	67%
	Nunca	0%
18. ¿Sigue (atiende oportunamente) las recomendaciones de seguridad formuladas por el personal de salud?	Algunas veces	3%
	Casi siempre	10%
	Siempre	87%
	Nunca	2%
19. ¿Siente confianza en los profesionales que lo atienden en la hospitalización?	Algunas veces	3%
	Casi siempre	8%
	Siempre	87%
	Nunca	2%
20. ¿Se siente capaz de manejar las condiciones y eventualidades propias de la hospitalización?	Algunas veces	11%
	Casi siempre	13%
	Siempre	74%
	Nunca	2%

Fuente: Elaboración propia

GRAFICA 11. Actitud personal



Fuente: Elaboración propia.

Con respecto a la actitud personal frente al riesgo, se evidencia que en mayor proporción el paciente siempre realiza las siguientes pautas de autocuidado, con el fin de disminuir la ocurrencia de eventos adversos y minimizar el riesgo, en un 87% respectivamente, siente confianza por el personal que lo atiende y atiende las recomendaciones de seguridad dadas por el personal de salud y en un 82% observa con atención un lugar nuevo al llegar.

Dentro de las pautas de autocuidado frente al riesgo, que en mayor proporción los pacientes realizan, algunas veces o nunca, se manifiestan, detectar posibles riesgos con un 22% de incidencia, detectar un riesgo realizar algo para minimizarlo con un 17% de ocurrencia y por último con un 13% de percepción no sentirse capaz de manejar la condiciones y eventualidades propias de la hospitalización.

#### Riesgo materializado

Frente al riesgo materializado, se evaluaron las preguntas 21 a 28, en las cuales se analiza el riesgo de ocurrencia de eventos adversos y si el paciente ha estado en riesgo de que ocurra el evento. En la tabla 4, grafica 11 y grafica 12 se muestran los resultados obtenidos.

Tabla 4 Riesgo Materializado

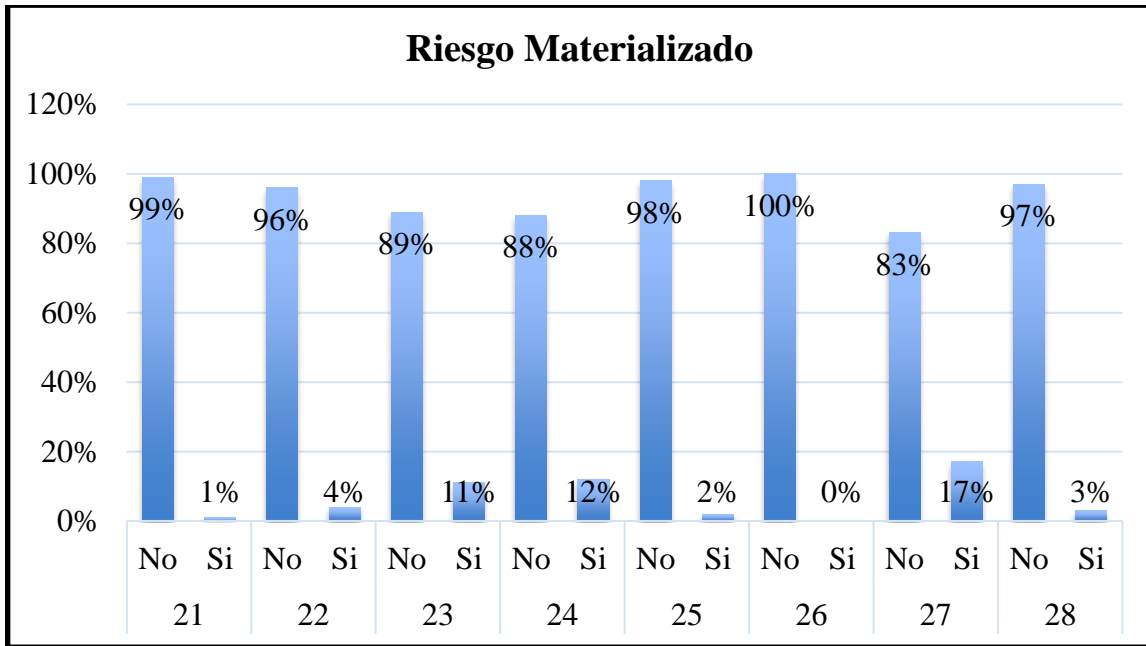
<b>ÍTEM</b>	<b>PORCENTAJE</b>	
Caídas	No	99%
	Si	1%
	Sin riesgo	78%
	Con riesgo	22%
Ulceras por presión	No	96%
	Si	4%
	Sin riesgo	93%
	Con riesgo	7%
Reacción adversa a medicamentos	No	89%
	Si	11%
	Sin riesgo	83%
	Con riesgo	17%
Administrar medicamentos fuera del horario	No	88%
	Si	12%
	Sin riesgo	83%
	Con riesgo	17%
Retiro o desplazamiento involuntario de dispositivos médicos	No	98%
	Si	2%
	Sin riesgo	91%



	Con riesgo	9%
	No	100%
	Si	0%
Infecciones intrahospitalarias	Sin riesgo	87%
	Con riesgo	13%
	No	83%
	Si	17%
Flebitis	Sin riesgo	76%
	Con riesgo	24%
	No	97%
	Si	3%
Ser confundido con otro paciente	Sin riesgo	92%
	Con riesgo	8%

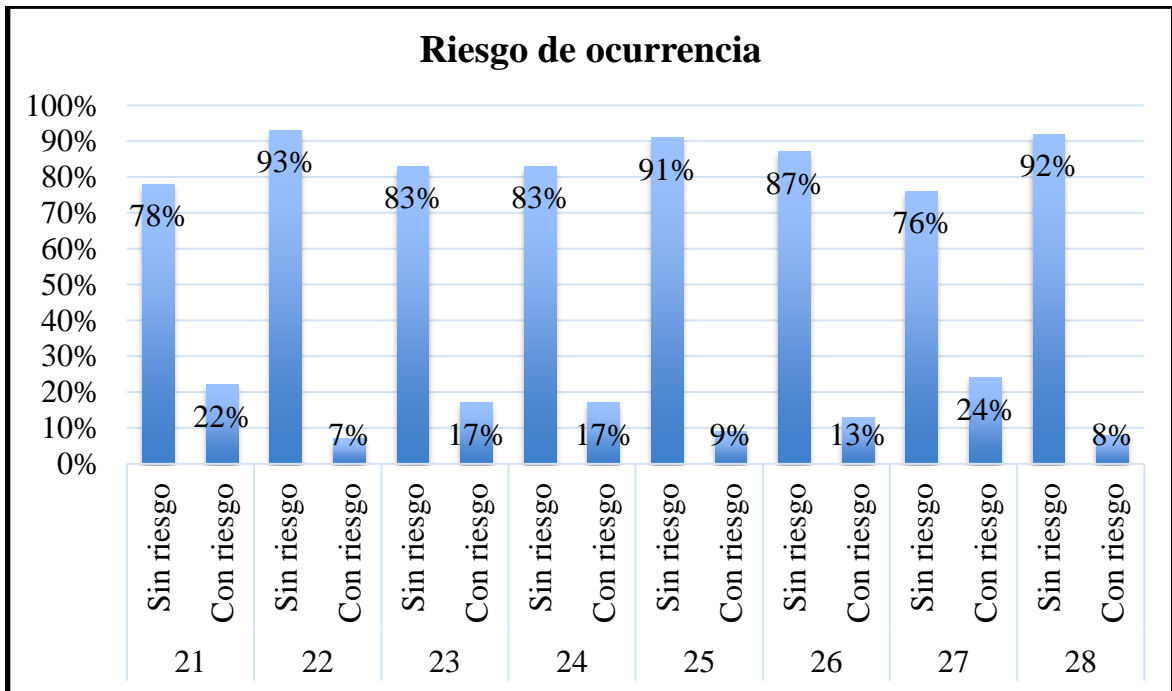
Fuente: Elaboración propia.

GRAFICA 12 Riesgo materializado



Fuente: Elaboración propia

GRAFICA 13 Riesgo de ocurrencia



Fuente: Elaboración propia

Frente a este aspecto, se evalúan 8 ítems (caídas, úlceras por presión, reacción adversa a medicamentos, administración de medicamentos fuera del horario, retiro o desplazamiento involuntario de dispositivos médicos, infecciones intrahospitalarias, flebitis y ser confundido con otro paciente). Obteniendo en cada una de las categorías los siguientes resultados, para empezar, las caídas se presentaron en un 1% de la población encuestada durante su estancia hospitalaria, mientras que el 99% restante no las presentó por otro lado, el 22% de la muestra estuvo en riesgo de presentar caída, mientras el 78% no estuvo en riesgo de presentarlas.

Las úlceras por presión se presentaron el 4% de los pacientes encuestados durante la hospitalización, mientras que el 96% no las presentó, el 7% estuvo en riesgo de presentarlas, mientras que el 93% no tuvo el riesgo.

Con respecto a reacción adversa a medicamentos, se obtuvo que el 11% de los pacientes presentó el evento, mientras el 89% de los pacientes encuestados no lo presentó, de igual forma el 17% estuvo en riesgo de presentarlo mientras que el 83% estuvo sin riesgo alguno de ocurrencia.

Frente a la administración de medicamentos fuera del horario, se obtiene que el 2% de la población presentó este evento, mientras que el 98% no lo presentó con una administración oportuna de medicamentos, el 9% de la población refiere estar en riesgo de presentar esta situación mientras que el 91% manifiesta no está en riesgo alguno al respecto.

El retiro o desplazamiento involuntario de dispositivos médicos presentó un 2% de ocurrencia de la muestra encuestada, mientras que el 98% de la misma no lo presentó, por otro lado, el 9% de la población presenta el riesgo de presentar el evento mientras que el 91% no lo presenta.

Con respecto a las infecciones intrahospitalarias, se evidencia que no hubo ocurrencia de estas para los pacientes hospitalizados que participaron en la encuesta, con respecto al riesgo de ocurrencia se evidencia que el 13% presenta el riesgo, mientras que el 87% no lo presenta.

La presencia de flebitis estuvo en un 17% de la población encuestada, mientras que el 83% no presentó este evento, se evidencia que el 24% de la población encuestada se encuentra en riesgo de presentar este evento mientras que el 76% se encuentra sin riesgo.

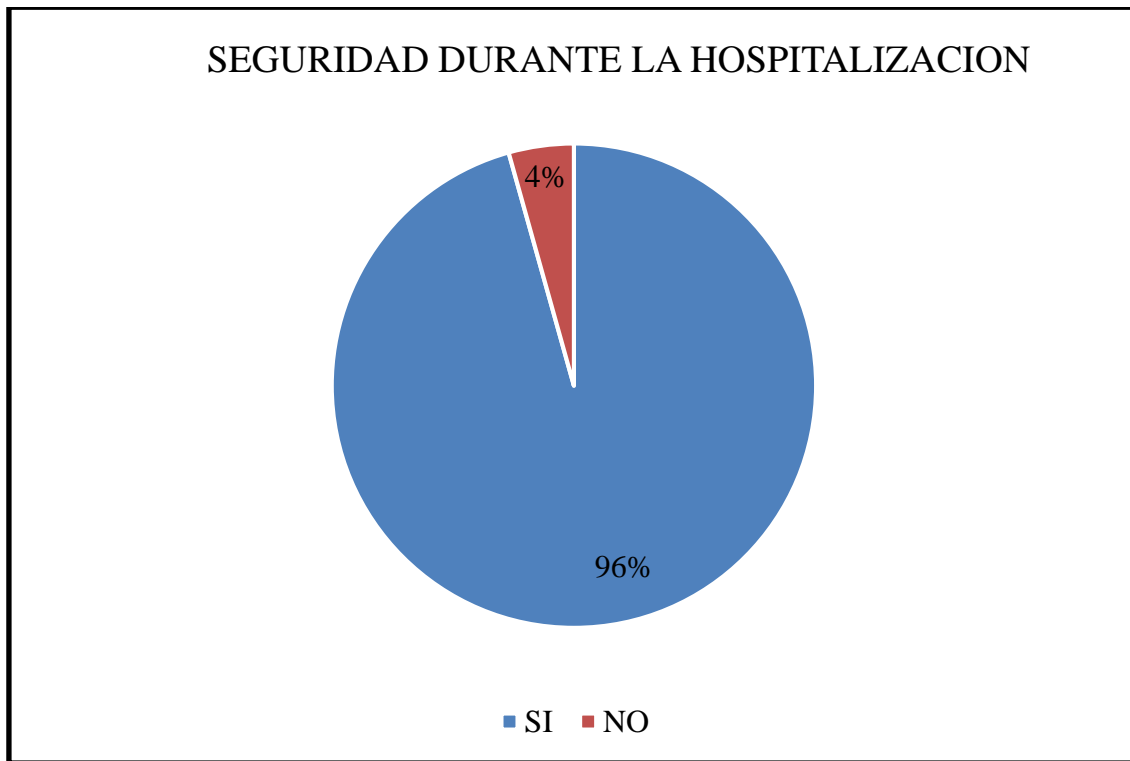
Por último, el ser confundido por otro paciente, presentó una ocurrencia del 3% frente a un 97% que no lo experimentó, se encontró adicional a esto que el 8% de la población se encuentra en riesgo de ocurrencia de este evento mientras que el 92% no.

Con lo anterior se concluye que el riesgo materializado se presenta en mayor proporción en flebitis, administración de medicamentos fuera de horarios y reacción adversa a medicamentos, por otro lado, el riesgo de ocurrencia se presenta en los mismos ítems junto con las caídas, siendo estos los puntos críticos que se deberían intervenir para garantizar una atención más segura.

#### Percepción global de la seguridad

En este aspecto, se evaluó una única pregunta con la cual se daba por finalizado el instrumento de medición, donde se preguntaba al paciente si se sentía seguro o no durante la hospitalización, mostrándose en el siguiente gráfico el resultado obtenido.

GRAFICA 14. Percepción global



Fuente: Elaboración propia.

En este aspecto se obtiene una respuesta muy positiva por parte de los pacientes, dado que el 96% de los mismos reporta sentirse seguro durante su estancia hospitalaria, mientras que el 4% por el contrario manifiesta no sentirse seguro.

## **Capítulo 5. Conclusiones**

A partir del trabajo investigativo desarrollado, con respecto a la evaluación de la percepción de los pacientes sobre seguridad en el entorno hospitalario, se obtienen varios resultados que permiten, conocer ¿Qué tan seguro se siente el paciente? A partir de su opinión, definido lo anterior en categorías específicas, que evalúan desde el conocimiento del paciente frente al riesgo hasta la ocurrencia del mismo durante la hospitalización, pasando por las actividades realizadas para minimizar el mismo tanto por el personal asistencial como por el paciente.

Frente al aspecto sociodemográfico, se evidencia un amplio rango de edad de la muestra encuestada encontrándose desde los 18 hasta 89 años de edad, donde la mayor cantidad de la población se ubica en un nivel educativo primaria y secundaria completa y en menor proporción técnico, tecnólogo y profesional, se aplicó la encuesta mayormente al género masculino y la mayor parte de muestra trabajaba ya sea como empleado o de forma independiente, de igual forma la mayor parte de la población era casada o se encontraba en unión libre y la mayor proporción de los pacientes encuestados se encontraban hospitalizados por enfermedades del sistema digestivo, adicional a esto la mayoría de los pacientes hospitalizados contaban con cuidador durante la misma.

Con respecto a la percepción de la seguridad, que buscaba evaluar el conocimiento del riesgo por parte de los pacientes hospitalizados, se obtiene que la mayoría de pacientes conocen la causa por la que encuentran hospitalizado junto con los deberes y derechos durante la hospitalización, por otro lado el aspecto que más desconocimiento presenta es en cómo actuar frente a la ocurrencia de riesgos durante la hospitalización y en las acciones a tomar para que los riesgos no ocurran durante la estancia hospitalaria.

Con respecto a las pautas de prevención se concluye que los pacientes en general perciben que el personal asistencial cumple con las medidas básicas de prevención para prevenir la ocurrencia de un evento adverso donde se ubica una respuesta oportuna en casi siempre y siempre del 70 al 85% de las respuestas, se evidencia que la mayor falencia se presenta en la explicación de las reglas y procedimientos de seguridad durante la hospitalización, acudir oportunamente a los llamado y brindar la información sobre los riesgos y complicaciones de los tratamientos y procedimientos realizados durante la hospitalización.

Frente a la actitud personal frente al riesgo, se concluye que la mayor proporción de la muestra encuestada detecta el riesgo, confía en el personal que lo atiende y se siente en la capacidad de manejar las eventualidades propias de la hospitalización que pueden llevar a la ocurrencia de un evento adverso.

En el riesgo materializado se concluye que el mayor porcentaje de ocurrencia se encuentra en presencia de flebitis, administración de medicamentos fuera del horario y reacción adversa a medicamentos, mientras que el menor porcentaje de ocurrencia está en las infecciones lo cual es importante mencionar dado que en el aspecto de conocimiento, el mayor porcentaje de la población percibe las infecciones como el mayor riesgo durante la hospitalización. Por otro lado, el mayor riesgo de ocurrencia de eventos adversos se ubica la flebitis, las caídas y por último reacción adversa a medicamentos, donde la percepción del paciente frente al riesgo de esta es relativamente baja por parte de los pacientes.

La percepción global de seguridad es positiva, lo cual es de suma importancia dado que los pacientes sienten que el proceso de atención es de calidad y oportuno, evidenciándose en la confianza que depositan en el equipo asistencial que lo atiende.

## **Capítulo 6. Recomendaciones**

Dado que la seguridad del paciente, esta instaurado como uno de los ejes de evaluación de la calidad en la prestación del servicio de salud, es importante que esta se considerara como fundamental en cada uno de los procesos que se desarrollen dentro de una institución, dado que la percepción de esta por parte del paciente se materializa en la confianza que el deposita sobre el equipo que presto la atención, haciendo evidente la responsabilidad de la entidad de salud con el paciente.

Por lo anterior presentamos las siguientes recomendaciones para continuar con una percepción positiva frente a los riesgos y el riesgo de ocurrencia de eventos adversos durante la hospitalización en la institución:

1. Realizar un seguimiento y monitoreo continuo a cargo de la institución y el área de seguridad de paciente, donde se garantice que el personal asistencial pone en práctica las acciones requeridas para evitar la ocurrencia de eventos adversos logrando minimizar el riesgo de ocurrencia de estos, en donde se tenga en cuenta el reconociendo identificación del paciente, y comunicación asertiva durante la estancia hospitalaria.
2. Por parte de la institución crear una estrategia de divulgación de la política de seguridad del paciente con metodologías dirigidas al personal y a los pacientes, que garanticen una atención con disminución de la ocurrencia del riesgo con participación de todos, la cual se encuentre en evaluación continua.
3. Continuar con el desarrollo de trabajos investigativos, que den continuidad al tema, creando herramientas que evalúen la percepción en seguridad del paciente de los actores que hacen parte del todo el proceso de atención en salud, para lograr de esta manera realizar un paralelo entre la percepción del personal de salud y del paciente.



4. Promover la participación y desarrollo de este tipo de investigaciones desde la academia, con participación de estudiantes de semestres inferiores de la carrera de enfermería, aplicado en el desarrollo de las practicas, con el fin de garantizar apropiación y conocimientos del tema en los futuros profesionales de enfermería.
5. Involucrar al paciente y familiar en el proceso de seguridad del paciente, brindando toda la información requerida lo cual contribuirá a que mejoren los procesos de calidad, haciéndolos participes de su proceso de cuidado.

## **Capítulo 7. Limitaciones**

Dentro de las limitaciones que se presentaron se resalta:

- El lugar de aplicación de la investigación no fue proporcionado por universidad ECCI, los investigadores se encargaron de gestionar los permisos requeridos para la aplicación del estudio.
- Al momento de recoger la muestra final, se evidencia que existen pacientes que no participan en la encuesta planteada dado que no están de acuerdo con firmar el consentimiento informado y el manejo de sus datos personales.

## BIBLIOGRAFÍA

- Allué, N., Chiarello, P., & Bernal Delgado, E. (2014). Impacto económico de los eventos adversos en los hospitales españoles a partir del conjunto mínimo básico de datos. *Gaceta Sanitaria*, 48-54.
- Arias Castilla, C. A. (2006). Enfoques teóricos sobre la percepción que tienen las personas. *Horiz. Pedagóg.*, 9-22.
- Forrellat Barrios, M. (2014). Calidad en los servicios de salud: un reto ineludible. *Revista Cubana Hematología, Inmunología y Hemoterapia*, 179-183.
- García, R. (s.f.). *Percepción, atención y memoria*. Obtenido de <http://www4.ujaen.es/~mrgarcia/Tema1PAM.pdf>
- INVIMA. (20 de 12 de 2011). Actualización del programa de tecnovigilancia en Colombia e implementación de los componentes señalización y gestión en tecnovigilancia. Bogotá.
- Kerguelén Botero, C. A. (2008). *Calidad en salud en Colombia Los principios*. Bogotá: Scripto Ltda.
- Mejía García, B. (1997). *Auditoría Médica Para la garantía de la calidad en salud*. Bogotá: ECOE.
- Ministerio de salud y protección social. (2007). *Herramientas para promover la estrategia de la seguridad del paciente en el sistema obligatorio de la garantía de la calidad de la atención en salud*. Bogotá: Fundación Fitec.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (Noviembre de 2008). Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente. Bogotá.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2019). *Seguridad del Paciente*.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (11 de Junio de 2008). Lineamientos Para la Implementación de la Política de Seguridad del paciente en la República de Colombia. Bogotá.
- Ministerio de Sanidad, Política social e igualdad. (2011). La perspectiva de los ciudadanos por la seguridad del paciente. Madrid, España.
- Ministerio de Salud y Protección social. (2016). Gestión del Mejoramiento continuo de la calidad. Bogotá.
- Observatorio de calidad en salud Guía Práctica*. (Febrero de 2018). Obtenido de [http://www.supersalud.gob.cl/observatorio/671/articles-16609\\_recurso\\_1.pdf](http://www.supersalud.gob.cl/observatorio/671/articles-16609_recurso_1.pdf)

- Oganización Mundial de la Salud OMS. (2019). *Temas de salud, Seguridad del Paciente*.  
Obtenido de [https://www.who.int/topics/patient\\_safety/es/](https://www.who.int/topics/patient_safety/es/)
- Organizacion Mundial de la Salud. (2008). Alianza Mundial Para la Seguridad del paciente.  
La investigación en seguridad del paciente. Mayor conocimiento para una atencion más segura.
- Organizacion Mundial de la Salud. (2008). Pacientes para la seguridad del paciente .
- Pastor Seller, E., & Cabello Garza, M. L. (2018). *Retos y desafíos del trabajo social en el Siglo XXI*. Madrid: Dykinson.
- Pinzón , J., Maldonado , C., & Diaz, J. (2011). Costos directos e impacto sobre la morbimortalidad hospitalaria de eventos adversos prevenibles a medicamentos en una institución de tercer nivel de Bogotá. *Biomédica Revista del Instituto Nacional de Salud*.
- Prieto Rodriguez, M., March Cerda, J., & Ruiz Azarola, A. (2008). Percepción de los pacientes sobre la seguridad de la asistencia sanitaria. *Med Clin Monogr (Barc)*, 33-38.
- Quemba, M., Ortiz, A., & Fetecua, D. (Enero de 2016). Percepción en paciente y familia de la seguridad de la atención hospitalaria de en un Hospital Universitario. *Revista Cultura del Cuidado*, 13(1), 40-49.
- Ramirez Gómez , O., & Arenas Gutierrez, W. (2011). Cultura de seguridad del paciente por personal de enfermería en Bogotá Colombia . *Ciencia y Enfermería*, 97 - 11.
- Rodriguez Herrera, D. R., & Losardo, R. (2018). Historia de la seguridad del paciente. Hitos principales, desde los albores de la civilización hasta los primeros retos globales y el estudio IBEAS. *Revista de la Asociación Médica Argentina*, 131(4), 25-30.
- Siruana Aparisi, J. C. (2010). Los principios de la bioética y el surgimiento de una bioética intercultural. *Veritas Revista de Filosofía y Teología* , 121-157.

## **ANEXOS**

### A. Instrumento recolección de datos



**PERCEPCIÓN DEL PACIENTE SOBRE CONDICIONES DE SEGURIDAD DEL ENTORNO HOSPITALARIO GCPC-UN \***  
**VERSIÓN 1: 25 DE JULIO DE 2014**

DADOS DE IDENTIFICACIÓN	Nombre del paciente:	Edad:	Género:	Nivel educativo:
	Ocupación:	Estado civil:	Diagnóstico médico:	
	Nombre del cuidador principal:	Correo electrónico:		
	Dirección:	Ciudad:	Teléfono:	

CONDICIONAMIENTO	INDICADOR		SI	NO
	1. ¿Conoce la razón por la que se encuentra hospitalizado?			
2. ¿Cuál es?				
3. ¿Cree que durante la hospitalización Ud puede estar expuesto a algunos riesgos (que no se relacionan directamente con su enfermedad)?				
4. ¿Cuáles?				
5. ¿Sabe qué hacer para que estos riesgos no ocurran?				
6. ¿Conoce cómo actuar ante la ocurrencia de estos riesgos?				
7. ¿Conoce sus deberes y derechos como paciente durante la hospitalización?				

FACTORES DE HEREDENCIA	TENIENDO EN CUENTA SU CONDICIÓN DE PACIENTE DURANTE ESTA HOSPITALIZACIÓN, RESPONDA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS				
	Nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre	Interpone
8. ¿Le han explicado las reglas y procedimientos de seguridad durante su hospitalización?					
9. ¿El personal de salud acude oportunamente ante sus llamados?					
10. ¿El personal de salud lo identifica o llama por su nombre antes de realizar cualquier procedimiento?					
11. ¿Existe una comunicación plena, clara y confiable con el personal de salud?					
12. ¿Le han brindado información sobre los riesgos y complicaciones de los tratamientos y procedimientos realizados durante la hospitalización?					
13. ¿Ha observado si el personal que lo atiende cumple las medidas para prevenir los riesgos?					



ACTITUD PERSONAL: RESISTENTE AL RIESGO					
	14. Cuando Ud llega a un lugar nuevo ¿lo observa con atención?				
15. ¿Está Ud. pendiente de detectar posibles riesgos en este espacio?					
16. Cuando Ud. detecta un posible riesgo, ¿busca o pide apoyo?					
17. Cuando Ud. detecta un posible riesgo ¿Hace algo para minimizarlo?					
18. ¿Segue (atiende oportunamente) las recomendaciones de seguridad formuladas por el personal de salud?					
19. ¿Siente confianza en los profesionales que lo atienden en la hospitalización?					
20. ¿Se siente capaz de manejar las condiciones y eventualidades propias de la hospitalización?					

RIESGO MATERIALIZADO	RESPECTO A LAS SIGUIENTES SITUACIONES SEÑALE SI LAS HA PRESENTADO O HA PERCIBIDO EL RIESGO DE OCURRENCIA:	¿Alguna vez ocurrió?		¿Ha estado en riesgo de que le ocurra?	
		SI	NO	SI	NO
21. Caídas					
22. Úlceras o lesiones en la piel (que pudieran evitarse)					
23. Reacciones a la administración de medicamentos					
24. No administración de medicamentos en el horario establecido					
25. Retiro o desplazamiento accidental de dispositivos invasivos (catéteres, sondas, drenajes)					
26. Infecciones adquiridas en el hospital					
27. Flebitis (inflamación y /o enrojecimiento de los accesos venosos)					
28. Haber sido confundido con otro paciente					

Percepción Global de Seguridad		SI	NO
29. Con base en sus respuestas anteriores, evalúe globalmente si se ha sentido seguro o no durante la hospitalización.			

Nombre de la persona que diligencia el Instrumento:  
 Correo electrónico:

Teléfono:

**B. Consentimiento informado pacientes.**



**UNIVERSIDAD ECCI  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
PROGRAMA DE ENFERMERÍA**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO  
PROYECTO DE INVESTIGACIÓN “PERCEPCIÓN DE CONDICIONES DE  
SEGURIDAD DEL ENTORNO HOSPITALARIO DE PACIENTES  
HOSPITALIZADOS EN TRES INSTITUCIONES DE SALUD”.**

Usted ha sido invitado(a) a participar de la investigación “Percepción de condiciones de seguridad del entorno hospitalario de pacientes hospitalizados en tres instituciones de salud” que se desarrolla como proyecto de investigación del programa de enfermería de la Universidad ECCI, por esta razón, es muy importante que conozca y entienda la información necesaria sobre el proyecto de manera que le permita tomar una decisión sobre su participación en el mismo. Cualquier duda que surja al respecto, le será aclarada por los enfermeros en formación del programa RUBY LLORLEY ORTÍZ SOSA, identificada con cédula de ciudadanía 53.134.412, SANTIAGO CASTRO HENAO con cédula de ciudadanía 1.030.564.951 y DANIELA CASTRO HERNÁNDEZ con cédula de ciudadanía 1.010.227.443, quienes cursan VII semestre del programa de Enfermería de la Universidad ECCI, quienes se encuentran desarrollando su opción de grado en el marco del proyecto en mención.

El objetivo del proyecto es describir y comparar la percepción de las condiciones de seguridad del entorno hospitalario de pacientes hospitalizados en tres instituciones de salud, una de ellas la CLÍNICA DEL OCCIDENTE, lugar en el que usted se encuentra hospitalizado; con el desarrollo de este proyecto se aportará conocimiento para mejorar las condiciones de seguridad del paciente

La decisión de participar en esta investigación es voluntaria e individual. Usted podrá retirarse en cualquier momento y su decisión no generará ningún inconveniente para la investigación, de la misma manera será respetada. Su participación en esta investigación no genera ningún riesgo, puesto que no se realizará ningún tipo de intervención que pueda poner en riesgo su vida o su integridad, igualmente su participación no tendrá ningún costo, ni recibirá ningún tipo de beneficio económico, social, político o laboral como incentivo por su participación.

Con la firma del presente documento se garantiza total confidencialidad de la información que usted esté suministrando y se protegerá su identidad. Los datos obtenidos serán usados exclusivamente por el equipo investigador y será con fines académicos que aporten al desarrollo del proyecto mencionado; una vez se finalice la investigación, los resultados podrán ser conocidos por usted y por esta institución y podrán ser divulgados en eventos científicos de carácter nacional o internacional o divulgados en revistas científicas.

---



En caso de aceptar la invitación a participar, los datos serán recolectados en la institución en la que se encuentra hospitalizado en este momento, en donde los estudiantes aplicarán la encuesta "Percepción de Condiciones de Seguridad del Entorno Hospitalario, versión paciente", cuyo diligenciamiento tomará aproximadamente 15 minutos.

#### DECLARACIÓN DEL PARTICIPANTE

Yo \_\_\_\_\_, declaro que he recibido toda la información relacionada con el proyecto de investigación titulado "Percepción de condiciones de seguridad del entorno hospitalario de pacientes hospitalizados en tres instituciones de salud" y se me han explicado los objetivos, el propósito, los beneficios y riesgos de la investigación, se me ha permitido realizar preguntas acerca del proyecto y me han aclarado las dudas presentadas; por esta razón he decidido participar de manera libre, voluntaria y autónoma en esta investigación.

Entiendo que la información que yo suministre será manejada de manera confidencial, no será manejada con ningún otro fin diferente al académico, podré realizar las preguntas que me surjan en cualquier momento y que puedo retirarme de la investigación cuando lo decida, sin que esto conlleve algún daño para mí o para la investigación.

Firma de la participante

Firma del estudiante - investigador

Nombre del participante

Nombre del estudiante - investigador

C.C.

C.C.

Cualquier inquietud se puede comunicar con la investigadora principal En. Mg. JENNY PAOLA BLANCO SÁNCHEZ a través del teléfono: 3537171 EXT. 227. e-mail: [iblancos@ecc.edu.co](mailto:iblancos@ecc.edu.co)

|



C. Permiso solicitado a clínica de occidente

**UNIVERSIDAD ECCI**  
VIGILADA MINEDUCACIÓN

Bogotá D.C. 19 de febrero de 2019

Doctor:  
**FABIO CORREDOR**  
Gerente General  
Clínica del Occidente

Ref.: CEN0017

Respetuoso saludo.

De la manera más atenta nos permitimos presentar a los estudiantes Ruby Llorley Ortiz Sosa, identificada con cédula de ciudadanía No. 53.134.412, Santiago Castro Henao C.C. No. 1.030.564.951 y Daniela Castro Hernández C.C. No. 1.010.227.443, quienes cursan VII semestre del programa de Enfermería de la Universidad ECCI y se encuentran desarrollado su proyecto de grado mediante la participación en el proyecto de investigación de la Facultad titulado **"PERCEPCIÓN DE CONDICIONES DE SEGURIDAD DEL ENTORNO HOSPITALARIO DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN TRES INSTITUCIONES DE SALUD"**; este proyecto de se encuentra aprobado por el Comité de investigación del programa mediante Acta No. 017 del 22 de noviembre de 2017 y es liderado por la docente del programa Enfermera Mg. Jenny Paola Blanco Sánchez.

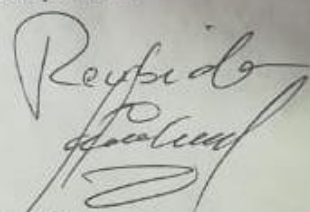
El propósito del estudio consiste en describir la percepción de las condiciones de seguridad del entorno hospitalario de pacientes hospitalizados en tres instituciones de salud de Bogotá, los resultados permitirán a las instituciones generar estrategias y políticas de seguridad del paciente que impacten en la calidad de vida de los usuarios de los servicios de salud y en el mejoramiento de la calidad en la atención de los mismos.


Conociendo el interés de la Clínica del Occidente por ser una institución líder en la prestación de servicios de salud con altos estándares de calidad y seguridad, que busca ser reconocida por su modelo de atención de excelencia que garantiza un servicio humanizado y seguro; nos permitimos manifestar nuestro interés para que la institución que usted dirige participe en nuestro proyecto permitiendo que los estudiantes mencionados anteriormente realicen la recolección de los datos correspondiente.





De ser aceptada la recolección de los datos, los estudiantes en nombre de la Universidad ECCI se comprometen a socializar los resultados en su institución para fines pertinentes, de igual manera, en caso de ser necesario estamos prestos a presentar el proyecto en una reunión formal con quien usted designe para tal fin.

Agradecemos de antemano su colaboración y quedamos atentas a sus sugerencias.

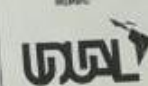

Cordialmente,

  
Mg. **JENNY PAOLA BLANCO**  
Dirección Programa Enfermería  
Líder Investigación  
[jblancos@eccci.edu.co](mailto:jblancos@eccci.edu.co)

  
PhD. **RUTH JANNETT ZAMORA**  
Coordinación  
Decanatura de Ciencias de la Salud  
Dirección Programa Enfermería  
[direccion.enfermeria@eccci.edu.co](mailto:direccion.enfermeria@eccci.edu.co)  
PBX: 3537171 ext. 227

  
PBX: (57 1) 3 53 71 71    [info@eccci.edu.co](mailto:info@eccci.edu.co)    Cra 19 No. 49 -20 Bogotá D.C. - Colombia  
[www.eccci.edu.co](http://www.eccci.edu.co)     Universidad ECCI     @UniversidadECCI     universidad.ecci

FUNDADA EN 1977 - INSTITUCIÓN DE EDUCACIÓN SUPERIOR VIGILADA POR EL M.E.N. Resolución No. 13270 de 10 de Agosto de 2014 Otorgada por el M.E.N. NIT. 900.401.496-0

## D. Permiso uso de instrumento.



Facultad de Enfermería  
Grupo de Investigación  
Cuidado de Enfermería al Paciente Crónico

### AUTORIZACIÓN DE USO DEL INSTRUMENTO PERCEPCIÓN DEL PACIENTE SOBRE CONDICIONES DE SEGURIDAD DEL ENTORNO HOSPITALARIO GCPC-UN, Versión paciente.

No. GCEPC-053-2018

Este acuerdo, se establece el 16 de Julio de 2018 y está vigente desde ese momento, se pacta entre Lorena Chaparro Díaz, Líder del grupo de Investigación Cuidado de enfermería al Paciente crónico del Departamento de Enfermería de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, en adelante **LOS PROVEEDORES**, quienes tienen su domicilio en la Carrera 30 No. 45-03, Edificio 228, oficina 305, Bogotá D.C., Colombia, por una parte, y por la otra Jenny Paola Blanco Sánchez, Enfermera y docente de la Universidad ECCI, adelante **EL RECEPTOR**, quien tiene su oficina en la carrera 19 Bo. 49-20, con fines de colaboración profesional y autorización de uso del instrumento "Instrumento percepción del paciente sobre condiciones de seguridad del entorno hospitalario GCPC-UN, versión paciente," en adelante **EL MATERIAL**, instrumento conformado y validado por **LOS PROVEEDORES**.

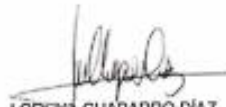
Este acuerdo se establece como respuesta a la solicitud escrita planteada por la Universidad ECCI, mediante correo electrónico del 6 de Julio de 2018, para que se facilite el uso y del **MATERIAL**, "Instrumento percepción del paciente sobre condiciones de seguridad del entorno hospitalario GCPC-UN, versión paciente". **LOS PROVEEDORES** aceptan satisfacer la petición siempre que se acepten y cumplan las siguientes condiciones:

1. Se autoriza el uso **EL MATERIAL** "Instrumento percepción del paciente sobre condiciones de seguridad del entorno hospitalario GCPC-UN, versión paciente", sólo en la cantidad de 385 ejemplares, para la aplicación en las experiencias o actividades de la investigación "*Percepción de condiciones de seguridad del entorno hospitalario de pacientes hospitalizados en tres instituciones de salud de Bogotá*". De ninguna manera se autoriza la reproducción y/o distribución indiscriminada de **EL MATERIAL**.
2. **EL MATERIAL** en la versión física en que se entrega, o en cualquiera otro formato en que se presente o se aplique, continúa siendo propiedad de **LOS PROVEEDORES**. **EL MATERIAL** debe ser usado bajo el control inmediato y directo de **EL RECEPTOR**, únicamente por los involucrados en la investigación "*Percepción de condiciones de seguridad del entorno hospitalario de pacientes hospitalizados en tres instituciones de salud de Bogotá*". **EL MATERIAL** en la versión en que se entrega, o en cualquiera otro formato en que se presente o se aplique, no deberá ser: a) ofrecido en venta como instrumento o como parte de una obra; b) dispuesto o desplegado en un servicio documental en línea de manera que pueda ser descargado o copiado; c) utilizado para ofrecer algún servicio que permita brindar un diagnóstico o producto que se comercialice. Ningún otro derecho, licencia, registro o cualquiera otro beneficio, se otorga a **EL RECEPTOR** por el uso de **EL MATERIAL** como resultado de esta autorización.
3. **EL MATERIAL** no debe ser vendido, distribuido o de cualquiera otra forma puesto a disposición de cualquier tercero para ningún propósito.

4. **EL MATERIAL** se entrega como fue considerado, diseñado, construido y validado por **LOS PROVEEDORES** y su uso se certifica en las publicaciones científicas y/o Ficha que hacen parte integral de este acuerdo. **EL MATERIAL** se transfiere sin garantías de aplicabilidad o ajuste a algún propósito particular o cualquiera otra garantía, expresa o implícita. **LOS PROVEEDORES** no garantizan ni reivindican que **EL MATERIAL** no infrinja Derechos de Autor, patentes, marcas o cualquiera otro derecho de propiedad intelectual. A menos que exista un requerimiento judicial, **EL RECEPTOR** acepta mantener indemne a **LOS PROVEEDORES**, a la Universidad Nacional de Colombia, a sus directivas y profesores de cualquier responsabilidad en relación con el uso de **EL MATERIAL** por **EL RECEPTOR**. A menos que exista un requerimiento judicial, **EL RECEPTOR** acepta defender e indemnizar a **LOS PROVEEDORES**, a la Universidad Nacional de Colombia, a sus directivas y profesores ante uno o todos los reclamos y daños que en cualquiera forma resultan de la transferencia, uso o aplicación de **EL MATERIAL** por **EL RECEPTOR**.
5. **EL MATERIAL** será utilizado atendiendo todas las normas y reglamentaciones aplicables, incluyendo las normas de la ética y los consentimientos informados que correspondan.
6. La vigencia de este acuerdo es de 24 meses a partir del inicio del proyecto, a menos que quiera ser terminado anticipadamente o extendido mediante acuerdo firmado por las partes. Cada parte puede terminar este acuerdo antes de su fecha de expiración mediante nota escrita a la contraparte enviada sesenta días antes del término señalado. Las obligaciones establecidas para **EL RECEPTOR** relacionadas con la protección del derecho de autor que sobre **EL MATERIAL** recae, seguirán vigentes aun finalizado el tiempo del presente acuerdo. Una vez concluido el acuerdo, **EL MATERIAL** deberá ser retornado a **LOS PROVEEDORES** o destruido.
7. Una vez firmado este Acuerdo, **EL RECEPTOR** estará autorizada para recibir **EL MATERIAL** de **LOS PROVEEDORES**, La Universidad Nacional de Colombia y la Universidad ECCI son garantes de la ejecución y cumplimiento del mismo y en consecuencia lo rubrican.

He leído y acepto

He leído y acepto:



LÓRENA CHAPARRO DÍAZ  
LOS PROVEEDORES  
Profesora Asociada  
Líder del Grupo de Investigación  
Universidad Nacional de Colombia



JENNY PAOLA BLANCO SÁNCHEZ  
EL RECEPTOR  
Docente  
Líder de Investigación  
Universidad ECCI